

UARJCHA

REVISTA DE PSICOLOGÍA

CLÍNICA Y PSICOLOGÍA: EXPERIENCIAS, EVIDENCIAS,
VICINITUDES.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE PEDRALCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MÉXICO

**El lenguaje como estructura de la
imagen del cuerpo en la transición
niñez-adolescencia**

**The language like structure of body
image in childhood-adolescence
transition**

Boris González Ceja¹

Sara Maribel Arellano García²

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

¹ Licenciado en Psicología. Contacto: bgonzalez@psi.uba.ar

² Tesista de la Facultad de Psicología.

Resumen

Se realiza un análisis epistémico sobre la estructura de la imagen corporal, considerando la trascendencia del lenguaje para su configuración en la vida psíquica, durante la transición de la niñez a la adolescencia.

Los resultados de la discusión teórica dan cuenta de la disimilitud entre la ciencia psicológica y los argumentos psicoanalíticos, lo que requiere una recapitulación de los métodos de abordaje para entender la subversión psíquica de la niñez a la adolescencia.

El proceso teórico para abordar el lenguaje como estructurador de la imagen corporal implica abrir la discusión sobre el sentido clínico del inconsciente y su fuerza de saber.

Se realiza un análisis textual del discurso científico de la psicología para oponerlo al discurso del psicoanálisis, buscando los espacios problemáticos en sus argumentaciones sobre el tema.

Como conclusión se rescata la labor que tiene el lenguaje para el *hallazgo* del cuerpo en la adolescencia, remarcando los distintos campos discursivos de los jóvenes y sus expresiones corporales, psíquicas y de saber.

Palabras clave: adolescencia, cuerpo, imagen, lenguaje.

Abstract

Epistemic analysis is performed on the structure of the body image, considering the importance of language for configuration in psychic life, during the transition from childhood to adolescence. The results of the theoretical discussion realize the dissimilarity between the science of psychology and psychoanalytic arguments, which requires a statement of the methods of approach to understanding mental subversion from childhood to adolescence. The theoretical process to address language as structuring of body image involves opening the discussion on the clinical sense of the unconscious and strength to know. There will be a textual analysis of scientific discourse of psychology to oppose the discourse of psychoanalysis, looking troubled spaces in their arguments on the subject. In conclusion rescues the work that has language to the discovery of the body in adolescence, highlighting the different discursive fields of youth and bodily expressions, psychic and knowing.

Key words: adolescence, body, image, language.

Introducción

En el campo de la psicología se escribe con frecuencia sobre los cambios físicos y *emocionales* que tiene el ser humano en el transcurso de la niñez a la adolescencia, recurriendo en múltiples imprecisiones conceptuales, o en el mejor de los casos, obviedades, que bien pueden discutirse con los avances que la ciencia del psicoanálisis propone.

El objetivo del presente trabajo es articular la relación conceptual lenguaje-cuerpo, sus vicisitudes y observables clínicos, durante el periodo comprendido entre la niñez y la adolescencia.

El abordaje psicológico muestra déficits argumentativos por sus prejuicios psicofísicos, al sostener que el proceso de estructuración de la imagen corporal es efecto (lo cual es un evidente resultado) de lo biológico en el ser humano; también desconociendo que la vida psíquica, con un fuerte trabajo del lenguaje, estructura tales modificaciones.

Está documentado que durante el devenir biológico del ser humano se presentan dispares asociaciones psíquicas al ensamble corporal (Aberastury y Knobel, 1988; Bandura, 1974; Mussen y Conger, 1990; Serafino y Armstrong, 2004). Esas asociaciones psíquicas en ocasiones son fáciles de manejar por los jóvenes, pero en muchas otras no es posible tener una resolución conforme a la norma cultural.

Se sabe que en la transición de la niñez a la adolescencia la lista de cambios psíquicos, biológicos y de relaciones sociales es importante y trascendente. De eso no tenemos duda.

Tal como lo mencionan muchos psicólogos en sus diagnósticos, y también la experiencia cotidiana sobre la transición de la niñez a la adolescencia lo evidencia, la imagen corporal de la niñez cae por su incompletud, comienza una mutación biológica y el control sobre esos cambios se vuelve indomable.

Nuestra propuesta es que el trabajo cifrado de la transición de la niñez a la adolescencia tiene como referente principal al *lenguaje* para descifrar sus enigmas psíquicos, en tanto elemento estructural del sujeto del inconsciente.

La reflexión acerca del impacto de la estructura del lenguaje sobre el cambio de la imagen corporal en la adolescencia, proponemos sea leída mediante el discurso de la ciencia. Veremos sus consecuencias para el saber sobre la materia.

Estado actual del conocimiento de la psicología sobre el tema

El *concepto de sí* que tenga el adolescente es un entramado de saber, historia e infancia que hacen a su experiencia temporoespacial.

Algunos autores posicionan la interface niñez–adolescencia en términos de felicidad, autoconcepto y buen desarrollo, abonando al *american way of life* y la supremacía imaginaria, en detrimento de la conceptualización de los fenómenos simbólicos y de lenguaje que hacen al periodo de síntesis sexual de la niñez hacia la adolescencia.

En la construcción de la teoría psicoanalítica, Freud posiciona la importancia del periodo infantil para la conformación de una vida anímica por el proceso sexual. Para él, la importancia de este periodo infantil es doble: la pulsión es la fuerza que viene de la trabazón entre lo psíquico y lo somático, además de efecto de la vida externa (Freud, 1992, p. 329).

Es en la transición de la niñez a la adolescencia donde la vida pulsional emerge con diversos sentidos: cognitivos, sintomáticos, afectivos. Agregando al aporte freudiano: con una ética, política y lazos sociales entramados.

En las construcciones de la psicología sobre la adolescencia, diversos autores sostienen que la fuerza para transitar de la niñez a la adolescencia parte de la elaboración imaginaria del autoconcepto, como un proceso cognitivo: “El buen desarrollo de un niño, y su felicidad personal se ven afectados por su auto-concepto y a la inversa”. (Serafino y Armstrong, 2004, p. 435).

El problema de indagar la pubertad con conceptos autoreferenciales, tales como *autoconcepto*, *autoestima* y *autoimagen*, expresan en sí una falla estructural de su presentación: el ser humano se encuentra en un campo de lenguaje, y con ello su *autoconcepto* se ve afectado en su síntesis referencial.

Con propuestas como la anterior, la psicología exagera el problema del individualismo al dejar al sujeto (asunto, tema) de la transición de la niñez a la adolescencia en un circuito imaginario sin fin, narcisista, de muerte.

En la psicología social del Yo podemos encontrar que distintos autores resaltan que la autoestima y la autoimagen estructuran al cuerpo. Es decir, el ejercicio del Yo en el aparato psíquico ejerce tal fuerza que estructura la imagen corporal. Es en el espacio del Yo, según su lectura, donde se forja una estructura de la imagen del cuerpo. Al presentar una teoría culturalista, el sentido psíquico de nuestro sujeto queda desmarcado sin respuesta lógica a los cuestionamientos de cómo se funda la imagen de sí y qué procesos psíquicos participan, independientemente de las sociedades con que el sujeto conviva.

La constancia del Yo como único valor explicativo de la vida anímica, indica una dirección de la cura sesgada y reduccionista para la atención de los adolescentes. Si el adolescente se sostiene con *su* autoestima y *su* autoimagen, ¿Qué margen de trabajo tenemos con ellos en circunstancias individualistas?

En textos psicológicos positivistas sobre el estadio adolescente, se insinúa una noción del trauma que se contrapone también en distintos puntos a lo planteado por sendas teorías sobre el tema, como la desarrollada por Freud.

No tendría por qué haber coincidencia conceptual, pero es un buen ejercicio contrastar la teoría psicológica en sus distintas acepciones para delimitar nuestro abordaje clínico.

El proceso de construcción de identidad se adjudica a los jóvenes en el proceso de transición valorando el proceso yoico que tal fenómeno implica, pero dejando de lado factores etiológicos de la desestructuración de la imagen corporal tales como el lenguaje, el discurso y la palabra que ellos demandan se les reconozca. Ese proceso consciente es lo que se señala en muchas psicologías como la desestructuración de la imagen del cuerpo, donde sostienen que son únicamente los fenómenos recursivos del Yo los procesos para el establecimiento estructural psíquico. Nada más alejado de la realidad.

Como puede observarse en sus lecturas clínicas (Mussen y Conger, 1990; Serafino y Armstrong, 2004), el señalamiento que realizan los psicólogos es en términos de un acto que genera la desestructuración de la imagen del cuerpo, sin dar una argumentación lógica a la construcción de tal evento, traumático o no.

Los psicoanálisis y las adolescencias

También diversos autores del campo psicoanalítico han notado que el adolescente vive procesos que afectan la personalidad y recurre, en el hilo crítico que proponemos, a una explicación simple de etapas de desarrollo, como si fuera lineal la vida humana. Para ellos, el adolescente “vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil con la mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto. Esta contradicción produce un verdadero *fenómeno de despersonalización* que denomina el pensamiento del adolescente en los comienzos de esta etapa, que se relaciona con la evolución misma del pensamiento”. (Aberastury, 1988, p. 143).

La extensión de la infancia en el tiempo cronológico de la adultez genera un descontrol al joven que se encuentra en *el despertar de primavera*, sobre todo con eventos de despersonalización que tienen una genética por rastrear epistémicamente, mucho más allá de la determinación temporal cronológica. ¿Ese mismo proceso físico genera despersonalización? No se explica de hecho en su lectura del problema, y proponemos que es por la falta de un tiempo lógico, conceptualmente hablando, que permite pensar en la sucesión de los procesos de la transición.

Aberastury refiere que en “el adolescente normal el manejo de las ideas le sirve también para sustituir la pérdida de su cuerpo infantil” (1988, p. 144), lo que deviene en una espiral de cambio anímico-corporal entre la entidad física y el movimiento de los pensamientos.

El fenómeno de la despersonalización acompaña al sujeto de un discurso que puede parecer delirante: cuerpo de hombre, cara de niño y lenguaje fantástico: “Este proceso de despersonalización fluctuante en el adolescente normal puede por exageración en su intensidad o por fijación evolutiva adquirir las características observadas en la psicopatía.” (Aberastury, 1988, p. 145). Sin embargo, delimitamos con nuestra propuesta al sentido *omínoso* que tiene el *ser humano por el lenguaje*, que lo hace ser.

Haciendo una lectura de las tesis anteriores, buscamos dar una idea del estado de la psicología contemporánea sobre el tema; en la cual, la comprensión de los fenómenos de lenguaje (como estructura) en la transición niñez-adolescencia, no sólo es omitida, sino también ignorada en sus discusiones. ¿Por qué tendría que ser distinto? La ciencia del psicoanálisis requiere de un avance sobre la conceptualización de la vida anímica, en su íntima relación con la experiencia discursiva de los sujetos de los que tratamos, puesto que no solo se rebasa lo biológico del proceso, sino que se reconstituye el sujeto por el Otro que lo acompaña en sus vicisitudes. Dicho en otras palabras: el lenguaje en la adolescencia le da cuerpo al adolescente.

Desestructuración de la imagen corporal: una perspectiva psicoanalítica

Por estructura en psicoanálisis nos referimos al *lenguaje*. Desde esa perspectiva pensamos el trabajo discursivo, de palabras y testimonios de los adolescentes en su historia por escuchar. La desestructuración tiene entonces, en el psicoanálisis de Lacan, un lenguaje por descifrar.

La desestructuración de la imagen corporal deviene de una escisión del proceso de formación del ser por el lenguaje. Es decir, el adolescente se enfrenta a un cuerpo de lenguaje que le conmina a establecer una posición ante lo dicho por el Otro, quedando lo biológico rezagado en la historia puberal. La adolescencia es constitucional al ser humano como el lenguaje, y ambas, lenguaje y adolescencia, son rechazadas, reprimidas, declaradas indeseables.

Muchos seres humanos han experimentado en determinados momentos una sensación de extrañeza hacia su propia imagen corporal, y para facilitar la comprensión de este fenómeno nos encontramos con gran cantidad de autores que tratan de dar una explicación a dicha sensación. En psicoanálisis el concepto de lo inconsciente permite entender los procesos psicopatológicos, de la vida cotidiana y estructural de la personalización-despersonalización.

Krishaber (en Maleval, 2009), pionero en la teoría de la despersonalización, describió el síndrome de despersonalización como una pérdida del sentido de la realidad externa e interna, junto a la sensación de vivir en un sueño relacionado con la neurosis cerebro-cardíacas (concepto antecedente de las actuales crisis de angustia); por otro lado Dugas y Heymmans consideraban que sólo se trataba de una “baja momentánea de la energía psíquica, que puede producirse en cualquier sujeto” (citados en Maleval, 2009, p. 164); en cambio, Janet y Hesnard “lo consideran una consecuencia de la astenia psíquica, vinculándolo de ese modo con las neurosis” (citados en Maleval, 2009, p. 163). Como puede observarse, hay quienes conciben la despersonalización como un estado patológico, y otros que lo piensan como una simple sensación momentánea en relación a los estresantes del entorno.

Desde la perspectiva psicoanalítica clásica, tenemos que Freud no se detiene en el estudio de la despersonalización (Maleval, 2009, p. 167), pues la despersonalización, al igual que la sensación de extrañeza, en Freud es un proceso desrealizante.

De nuestra clínica consideramos, siguiendo a Freud, que la despersonalización y la extrañeza no constituyen fenómenos patológicos, “son antes bien, *estructuras anormales*, que traicionan a igual título que el sueño un cierto fracaso del funcionamiento mental.” (Maleval, 2009, p. 167).

El fracaso del funcionamiento mental tiene un proceso, en donde aparece la diferenciación conceptual de la desrealización y la fragmentación como nociones para el devenir teórico del proceso psíquico escindido: “la desrealización estaría con frecuencia vinculada a experiencias reprimidas, en tanto que la fragmentación podría permitir la evitación de ciertas re-

presiones; se trata sin embargo en ambos casos de medidas de defensa del yo [que] intentan evitar la angustia.” (Maleval, 2009, p. 167). La diferencia drástica que postula Freud en relación con la clínica psicológica radica en que la *desrealización* aparece como una “psicopatología de la vida cotidiana”, mientras que la *fragmentación* se relaciona con la clínica de la neurosis y la psicosis.

Existen tesis que buscan lo diferencial de la estructura, como la propuesta por François Dolto para pensar el problema de la despersonalización durante la adolescencia: “la patología de los psicóticos se construye a base de las experiencias pre-verbales y al estado escópico” (retomado de Maleval, 2009, p. 155) en el que se encuentra sumergido el ser humano desde la infancia. Según Dolto, el problema de la despersonalización en la psicosis se posiciona en la estructura imaginaria de la formación del Yo y en su relación con experiencias pre-verbales.

De manera paralela, Waelhens “estima que, en la esquizofrenia, la fragmentación de la imagen del cuerpo propio sería una consecuencia de la forclusión del Nombre-del-padre” (retomado de Maleval, 2009, p. 155).

Aquí podemos mencionar un corte interesante: la despersonalización y la fragmentación de la imagen del cuerpo tienen como procesos la formación del Yo o la instauración de la Ley, en tanto simbolismo psíquico. Y esas son dos perspectivas asimétricas.

La tesis que presentamos en este trabajo, respecto a la impronta del lenguaje como estructura de la imagen corporal, la buscamos criticar siguiendo a Maleval, quien sostiene la trascendencia de la dimensión simbólica en la estructuración de la imagen corporal:

La forclusión del Nombre-del-Padre, descubierta en el origen de las psicosis disociativas, indica que el fundamento de esta patología se encuentra en una perturbación de la inserción del sujeto en el universo discursivo, en la dimensión simbólica. En cambio, la locura histérica, que se manifiesta en ciertos neuróticos, me parece que tiene su origen en un déficit de la función especular de la dimensión imaginaria. (Maleval, 2009, p. 195).

Como él mismo lo propone y no termina de explicar, el lenguaje como estructura tiene una importancia radical para el proceso de realización y despersonalización de la imagen corporal, tanto en la neurosis, en la psicosis y en la locura. (cf. Maleval, 2002). Sin embargo, en el proceso que Dolto propone, la dimensión imaginaria no soporta ni explica el proceso de despersonalización del sujeto, sino que es un elemento más.

Pankow, en ese mismo sentido,

insiste en la distinción entre fragmentación neurótica y disociación psicótica; según ella el cuerpo fragmentado del neurótico puede sacrificar partes sin perder su unidad, en tanto que en el psicótico se hallaría una imposibilidad de restablecer un vínculo entre la parte y la totalidad, una incapacidad para acceder a la noción de unidad corporal (citado en Maleval, 2009, p. 192).

En la neurosis se habla de un cuerpo fragmentado, es decir, el sujeto puede sacrificar alguna parte del propio cuerpo pero sin perder la totalidad que lo constituye; sabe que esa zona, a pesar de no sentirla, le pertenece; en la psicosis ocurre lo contrario. El psicótico no puede formar un vínculo entre la parte faltante y la totalidad de su cuerpo; dicho de otra manera, el sujeto presenta una incapacidad simbólica (originada por el lenguaje) para acceder a la noción de unidad corporal. En ambos casos, la fragmentación neurótica y la disociación psicótica, son referidas por múltiples autores como procesos que se encuentran en el escenario de las “psicosis histéricas”.

El proceso de disociación psicótica no posee la capacidad de recursividad para constituir al Otro, porque el Otro es ajeno del plano idiomático narcisista del adolescente, es instrumento por ser considerado en su nacimiento como sujeto en ese estadio puberal. Hasta este momento que manejamos, las estructuras clínicas no advienen con apellido, aunque su nombre se esté fundando.

Haciendo un comentario extensivo desde la clínica, es probable que el éxito terapéutico que se llega a tener en casos de fragmentación de la imagen corporal sea por la reestructuración que el lenguaje propicia en el sujeto adolescente, más no por la operación directa sobre los procesos psicopatológicos.

Con eso también postulamos una crítica a la noción de la psicopatología, donde se insiste en encontrar trastornos donde los síntomas florecen. Que cada clínico explique sus límites y posibilidades ante ese problema.

El proceso de fragmentación en la neurosis y en la psicosis tienen variantes clínicas importantes, además de la posicionada como transitiva de la adolescencia:

Después de haber recordado que los fantasmas de fragmentación del cuerpo propio se encuentra tanto en las neurosis como en las psicosis, y que pueden faltar tanto en una como en otra, parece interesante preguntarse si sus características son idénticas cuando son observados en los neuróticos y en los psicóticos (Maleval, 2009, p. 195).

Como puede observarse, el proceso clínico sobre el problema de la transición niñez-adolescencia, se encuentra lejos de responderse con un sí o un no. Más aún, el problema se delimita a tal grado que es necesario establecer una problematización al nivel de su vecindad conceptual.

Una de las propuestas que retomamos, coincide con lo que Bouvet desarrolla: “Parece que en la gran mayoría de los casos el despersonalizado no se convierte nunca en un delirante”, ya que este fenómeno corresponde más bien a una puesta en escena especial por la que quizá entre realmente el delirio de las negaciones; una demostración de esto es el delirio de Cotard, el cual atestigua la despersonalización como un síntoma, previamente al que posiblemente desate a la esquizofrenia y aparezcan realmente los delirios. Por lo tanto, “la despersonalización es una *barrera* contra la proliferación psicótica” (citado en Maleval, 2009, p. 169). Con esa afirmación, lo que se creía un problema, la despersonalización, es un intento de solución para una tragedia anunciada.

Conclusiones

Los estudios psicológicos sobre la fragmentación de la imagen corporal, en relación al tema de la transición niñez-adolescencia, son tan amplios que sus argumentaciones requieren de una delimitación conceptual en su relación de vecindad.

Un ejemplo de ello es la referencia de la psicología, que como revisamos tiende a la biologización de lo humano, en detrimento del proceso psíquico, que brinda una argumentación lógica.

Las bases de la discusión que el psicoanálisis propone, se centran en la apreciación del lenguaje como estructura de la imagen o su detumescencia.

El abordaje referencial del Yo hace que el proceso de análisis del problema se cierre en sus posibilidades epistémicas. Es una trampa de la ciencia de la psicología positivista pensar en la recursión del Yo, omitiendo la relación de vecindad del concepto que se encuentra implícito en sus postulados.

Además de las proposiciones –en ese estado estamos– existentes sobre el tema del lenguaje como estructura de la imagen corporal, es de vital importancia tomar en cuenta los testimonios de los adolescentes en relación a la construcción psíquica de su cuerpo, para posteriormente ir reconstruyendo las implicaciones psíquicas de la transición entre la infancia y la adolescencia.

Por lo tanto, los estudios sobre el lenguaje como estructura de la imagen corporal requieren de un avance en el campo conceptual de lo que hace a su estructura, explicitando los procesos psicopatológicos y de la vida cotidiana en relación con el funcionamiento psíquico.

Como lo pudimos revisar, la articulación conceptual para el problema de la transición de la niñez a la adolescencia victimiza a los jóvenes de pensarse con la recursividad que el Yo genera.

Referencias

- Aberastury, A., Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal*. México: Paidós Educador.
- Bandura, A. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1916/1992). Los caminos de la formación del síntoma. 23ª conferencia. En *Obras Completas. Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maleval, J. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre*. Buenos Aires: Paidós.
- Maleval, J. (2009). *Locuras histerias y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.
- Mussen, P., Conger, J. (1990). *Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.
- Serafino, G., Armstrong, J. (2004). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Trillas.

La dirección de la cura en el contexto institucional

Una reflexión desde el psicoanálisis

The way of a cure on institutional context

A Psychoanalysis reflection

Jesús Ramírez Franco¹

Facultad de Psicología

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

¹ Maestro en Psicología Educativa, vertiente psicoanalítica por el Instituto Michoacano de Ciencias de la Educación. Contacto: jesusrf68@hotmail.com

Resumen

Freud calificaba al psicoanálisis como una de las profesiones imposibles, cuando se trabaja en el contexto institucional esa imposibilidad parece redoblar. En este artículo analizamos algunos de los aspectos problemáticos de la práctica analítica en el contexto de una institución, el Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP), que forma parte de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Lo hacemos a partir de algunas de las ideas planteadas por el creador del psicoanálisis, Sigmund Freud, y del texto de Jacques Lacan (2009) *La dirección de la cura y los principios de su poder*, haciéndolos entrar en tensión con elementos de discurso y de práctica que la institución mencionada tiene como constitutivos. El punto de partida es el esclarecimiento conceptual de la construcción sintagmática *La dirección de la cura* y lo que ella conlleva en relación al analista y a su actuar en esa actividad singular e inédita que es el análisis, cuando algo de este orden puede constituirse.

Palabras clave

Cura, abstinencia, fines del análisis, deseo, posición del analista.

Abstract

Freud described psychoanalysis as one of the professions impossible, when work on the institutional context that impossibility seems to be redoubled. In this article we analyze some of the problematic aspects of the analytic practice in the context of an institution, the integrated Center of psychological intervention (CIIP), which is part of the Faculty of psychology of the Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. We do from some of the ideas raised by the creator of psychoanalysis, Sigmund Freud, and the text of Jacques Lacan (2009) the direction of cure and the principles of its power, making them enter tension with elements of discourse and practice which the said institution is constitutive. The starting point is the conceptual clarification of the phrase construction the direction of cure and what it means in relation to the analyst and his acting in that singular and unprecedented activity is analysis, when something of...

Key words: healing, abstinence, for purposes of analysis, desire, the analyst position

Introducción

Plantear el tema de *La dirección de la cura*, permítasenos el uso del sintagma creado por Jacques Lacan, en el contexto de trabajo institucional es a la vez plantear las problemáticas que en una práctica genera. Implica el reconocimiento de que el trabajo en una institución reviste cierta peculiaridad en relación al trabajo que se realiza en la consulta privada a la vez que implica enunciar cuáles son los elementos mínimos necesarios para que pueda plantearse un trabajo analítico. Esto conduce también, inexorablemente, a la debatida cuestión de la posibilidad del análisis en las instituciones, lo cual no es tema central de este trabajo pero sobre lo cual no pueden dejar de evocarse implícitamente, algunos puntos. Concomitante a esto, no se puede olvidar, que la clínica psicoanalítica no puede plantearse desvinculada de una ética y hasta de una política del psicoanálisis; lo que desde la perspectiva del trabajo institucional conduce, necesariamente, a referirse a una serie de problemáticas que tienen particular relevancia en cuanto al trabajo que se realiza en una institución como el *Centro Integral de Intervención Psicológica* (CIIP), espacio de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, que ofrece atención psicológica tanto a alumnos y trabajadores de la Universidad como a la comunidad en general. Aunque en el CIIP se llevan a cabo distintas formas de psicoterapia: humanista, sistémica, cognitivo-conductual, el presente artículo se circunscribe a la psicoterapia psicoanalítica que ahí se ofrece.

En este análisis tomaremos como eje el tema de la dirección de la cura a partir de algunos señalamientos esenciales que al respecto plantean Sigmund Freud y Jacques Lacan, hacer un seguimiento exhaustivo de sus puntos de vista en sus variaciones y agregados, exigiría otro tipo de escrito. Después, y a partir de lo anterior, nos referiremos a algunos aspectos de carácter ético-político implícitos al trabajo psicoterapéutico en una institución (CIIP), y como esos aspectos pueden limitar, dificultar u obstaculizar que se genere un trabajo psicoanalítico, pudiendo instalarse una práctica sugestiva.

La dirección de la cura

La expresión *dirección de la cura*, por las resonancias conceptuales y prácticas, es una creación de Jacques Lacan, Freud no utiliza tal construcción, sin embargo podemos encontrar en los textos del creador del psicoanálisis diversas enunciaciones que semánticamente le corresponden o se relacionan con ella. Antes de desarrollar algunas de las ideas del padre del psicoanálisis tratemos de aclarar el significado del enunciado arriba escrito,

remitámonos, en primer término, al significado de sus elementos: el término *dirección* remite a la acción y al efecto de dirigir, al consejo, enseñanza y preceptos con que se encamina a alguien hacia determinado fin, en este caso la cura; *cura*, por su parte, significa, aplicar con éxito a un paciente los remedios necesarios para la remisión de una dolencia ya sea del cuerpo, ya sea del alma. Este significado se corresponde sin dificultad con la concepción médica de la curación, aunque en ese campo muy rara vez se hable de *dirección, de alguien que dirige*, es algo que se da por sobrentendido, como si no pudiera ser de otro modo: en la relación médico-paciente sólo hay uno que sabe, el médico.

En psicoanálisis las cosas son diferentes, si se habla explícitamente de *dirección*, es para analizar, cuestionar y preguntarse en dado caso como es que se da esa *dirección*, la cual, finalmente, nunca es la de la enseñanza, el precepto o el consejo. Veremos cuál es la postura de Freud y Lacan al respecto.

El significado de cura en psicoanálisis tampoco se corresponde al que se emplea en el campo médico o incluso en el espiritual: cura es éxito en la remisión de la dolencia, o bien, en la salvación del alma del penitente; en psicoanálisis el significado del término no es tan tajante, puede haber remisión o desaparición del síntoma que lleva a un paciente a consultar, sin embargo, eso no implica que se haya curado. De hecho, el término es puesto en cuestión tanto por Freud como por Lacan. Volveremos sobre esto más adelante. ¿Qué significa entonces *dirección de la cura*? No se puede obviar que remite a la idea de finalidad, como propósito u objetivo, y también como límite o término, los cuales son fines diferentes.

Pasemos a explorar algunas de las ideas que, sobre los puntos mencionados, plantean Freud y Lacan. La revisión no será exhaustiva ya que eso desbordaría los límites de este trabajo, consideraremos sólo aquellas ideas que marcan derroteros para una práctica real del psicoanálisis.

Cuál es la meta del análisis, pregunta Freud (1904/1999) en un primer momento y responde: convertir el padecimiento neurótico en infortunio común. Objetivo modesto porque pone en duda la posibilidad de una cura exitosa, sin falla; hay un grado de infortunio que no puede ser eliminado. Posteriormente escribe: “tarea de la cura es suprimir las amnesias... Deben deshacerse todas las represiones... o, aún de mayor alcance: Se trata de volver asequible lo inconsciente a la conciencia, lo cual se logra venciendo las resistencias” (p. 240). Planteamiento más técnico y donde la modestia del primer objetivo parece haber desaparecido: deshacer todas las represiones, hacer consciente lo inconsciente, vencer las resistencias; tarea titánica que, afortunadamente, Freud (1904/1999, p. 241) reconsidera una vez pasada la euforia inicial del descubrimiento del inconsciente y la posibilidad de op-

erar con él, vuelve la modestia: “el restablecimiento de su capacidad de rendimiento y de goce”; amar y trabajar con lo que estos dos hechos, invariablemente, conllevan de placer y displacer, satisfacción e insatisfacción, éxito y fracaso.

En cuanto a la actuación del analista en la dirección de la cura, Freud (1910/1997) hace un señalamiento que quién se nombre analista no puede olvidar: “no es lícito enfrentar la vida como un higienista o terapeuta fanático. Admitamos que esa profilaxis ideal de las neurosis no resultará ventajosa para todos los individuos” (p. 141). Advertencia que sobre el *furor sanandis* lanza el maestro a los analistas: bajo la pretensión de hacer el bien al paciente, en realidad se le puede llegar a perjudicar.

Podemos encontrar en Freud más enunciados en torno al tema que abordamos, sin embargo, decidimos detenernos y no reseñarlos por considerar que con estos pocos queda clara la postura del maestro. Pasemos entonces a explorar lo que enuncia Lacan, para ello recurrimos fundamentalmente al texto *La dirección de la cura y los principios de su poder* recuperando sólo algunos enunciados que nos parecen importantes de la postura del autor en este momento de su obra y que, consideramos, siguen siendo vigentes con posterioridad a ella.

Comencemos por esto: “hoy (1958) ni siquiera se guardan las formas para confesar que bajo el nombre de psicoanálisis muchos se dedican a una “reeducación emocional del paciente”, (Lacan, 2009, p. 559) el papel de quien dirige el análisis y cómo lo dirige es evidente, y Lacan deplora de eso ya que “situar en este nivel la acción del analista acarrea una posición de principio” (p. 559), ya que afecta al sujeto que demanda y elimina la posibilidad del análisis. ¿Cuál es entonces el papel del analista? ¿No dirige acaso el análisis? Por supuesto, dice Lacan “El psicoanalista sin duda dirige la cura” (p. 560), pero no debe dirigir al paciente porque no es un director de conciencia, eso está bien para un *cura* que con su absolución declara libre de responsabilidad al pecador, para un educador que enseña o para un médico que con su saber sana el cuerpo o la mente, pero no para el analista. En qué consiste entonces la dirección de la cura, “en primer lugar en hacer aplicar por el sujeto la regla analítica o sea las directivas cuya presencia no podría desconocerse en el principio de lo que se llama “la situación analítica” (Lacan, 2009, p. 560). El famoso y también parodiado: *hable todo lo que se le ocurra...*

La posición de principio del analista, nos parece, está dada por la regla correlativa a la de la asociación libre que enuncia: *escuche con una atención parejamente flotante*, lo que se traduce como un no privilegiar algún decir del analizante. La cuestión es que ni el hablar del paciente es libre

ni la atención del analista deja de privilegiar, ya que, al hacer cualquier intervención, el analista ha privilegiado algo de lo dicho. Esto es necesario reconocerlo y así poder avanzar y enunciar que, lo destacable no es el privilegiar, sino desde dónde se privilegia, esto es la posición del analista. La escucha del analista no está comandada desde las posiciones del educador, preceptor, consejero o cualquier otra forma de guía moral, ubicarse en alguno de esos lugares, que en realidad no es más que uno, el de amo, muestra “que la impotencia para sostener auténticamente una praxis, se reduce, como es corriente en la historia de los hombres, al ejercicio de un poder” (Lacan, 2009, p. 559). ¿Cuál es entonces la posición a adoptar por el analista? ¿Qué dicen Freud y Lacan al respecto?

Encontramos en Freud (1915/1998) un precepto que es una guía importante y que enuncia a partir de su práctica: “La técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en la abstinencia” (p. 168). Y puntualiza aún más su postura “Lo que yo quiero es postular este principio: hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados. Es que uno no podría ofrecer otra cosa que subrogados” (p. 168). La cura tiene que ser realizada en la abstinencia por lo que concierne al paciente y, también, por lo que concierne al analista, punto que no es destacado de un modo fuerte por Freud, pero que está ahí: el analista no podría ofrecer más que subrogados; él mismo subroga a otra persona en la transferencia. Con lo que Freud advierte: el analista podría dejarse seducir por el decir de su paciente que lo coloca como la fuente de su bienestar y seguridad; como aquel que lo comprende, lo conoce y lo ayuda; como aquel que podría darle el amor que necesita, y respondiendo a esas o a otras demandas, lo único que lograría es truncar la posibilidad del análisis. En cambio, abstenerse es privarse de responder a la demanda del paciente mediante satisfacciones, privarse del lugar de educador, preceptor, consejero o cualquier otra forma de amo(r) a la que el paciente pretende subordinarlo o que él mismo puede desear adoptar.

Cuál es la postura de Lacan ante lo anterior, qué posición adopta cuando analiza la impotencia para sostener una praxis analítica y que conduce al ejercicio de un poder. Su postura es similar a la de Freud: apostar por la abstinencia, porque en el análisis hay un desdoblamiento de la persona del analista y así la libertad en el manejo de la transferencia está limitada (Lacan, 2009, p 562). Tal desdoblamiento ocurre en el hecho de que la palabra del analista es tomada como viniendo de otro u Otro, y es escuchada por el paciente como le place, por esto es que la abstinencia cobra valor. ¿Cómo proceder entonces? Lacan (2009) escribe lo siguiente “Rostro cerrado y la-

bios cosidos, no tienen aquí la misma finalidad que en el bridge” (p. 563). Al actuar así se trata de que el oponente no pueda deducir el juego propio a partir de las expresiones del jugador, sólo que el análisis no es una situación entre dos: analista y analizante, sino que por lo menos hay otro: el lenguaje, pero que por acción de la transferencia se hará presente otro más. Y así es que “el analista se adjudica la ayuda de lo que en ese juego se llama el muerto, pero es para hacer surgir al cuarto que va a ser aquí la pareja del analizado, y de cuyo juego el analista va a esforzarse, por medio de sus bazas, en hacerle adivinar la mano” (p.563). ¿La mano de quién, de la pareja o del analizado? Es incierto de quien son las cartas que están en juego y sólo en su transcurso se sabe quien juega. Lo cierto es que el analista dirige la cura sacrificando su voluntad, sus afectos o sus intereses de sujeto, “tal es el vínculo, digamos de abnegación, que impone al analista la prenda de la partida en el análisis” (p. 563). Ahora, tal sacrificio no es altruista, porque tal como queda planteado cuando Lacan hace referencia a la ética: ¿quién puede decir cual es el bien del paciente?

Como se puede notar, la propuesta de Lacan suscribe la de Freud. Si aún lo dudáramos, leamos lo siguiente: “Pero lo que es seguro es que los sentimientos del analista sólo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto; y que si se le reanima, el juego se prosigue sin que se sepa quién lo conduce” (Lacan, 2009, p. 563).

Si el analista se abstiene, ¿qué hace entonces? El analista *se presta y paga* sostiene Lacan (2009): “en el depósito de fondos de la empresa común, el paciente no es el único con sus dificultades que pone toda la cuota. El analista también debe pagar: -pagar con palabras sin duda, si la transmutación que sufren por la operación analítica las eleva a su efecto de interpretación; -pero también paga con su persona, en cuanto que, diga lo que diga, la presta como soporte a los fenómenos singulares que el análisis ha descubierto en la transferencia” (p. 561). Como se puede notar, la posición del analista no es pasiva aunque sea abstinente, no es irresponsable aunque el paciente sea el que tiene que hacerse cargo de su decir, no es desinteresada pero tampoco es altruista.

¿Cuál es entonces el faro que guía la dirección de la cura y en su conjunto el actuar del analista? La respuesta de Lacan en *La dirección de la cura y los principios de su poder* es: el deseo. Tema que retoma en el V apartado del texto que nos ha servido de referencia. En él, argumenta por qué el faro del análisis es el deseo, para ello retorna al origen del psicoanálisis, a la *Traumdeutung* de Freud. Para mostrar la importancia del deseo como motor del análisis, Lacan retoma dos sueños: uno analizado por Freud, *el sueño de la bella carnicera*, y otro, de la pareja de uno de sus analizantes, un obsesivo, que mueve a este a recuperar su potencia (Lacan, 2009, p. 595-596, 600-

601). En ellos es notorio como el deseo moviliza al sujeto y, al darse en el contexto del análisis, están dirigidos al analista; lo que plantea entonces ¿qué hacer con el deseo que en ellos se vehiculiza? Pregunta que remite a ¿cuál es el deseo del analista? Pregunta capital y central en los derroteros que puede tomar el análisis, cosa que volverá a hacer notar Lacan cuando escribe: “es el deseo del analista el que en último término opera en el psicoanálisis” (Lacan, 2009, p. 81).

Aunque en el texto de *La dirección de la cura y los principios de su poder* no hay una respuesta clara a cuál es el deseo del analista si hay algunas indicaciones al respecto: la abstinencia, la puesta en paréntesis de la demanda del analizante, no poner obstáculos a la confesión del deseo, pero que si los hay, surgen de la incompatibilidad del deseo con la palabra y finalmente, una frase que aparece como enigmática: “Interroguémonos lo que ha de ser del analista (del “ser” del analista) en cuanto a su propio deseo” (Lacan, 2009, p. 610), y que luego de un elogio a Freud, que sigue a su deseo, concluye (recordemos: qué ha(y) de ser del analista) *Nada* (Lacan, 2009, p. 611).

¿Qué desea entonces el analista? ¿El bien del sujeto? No, porque ¿cómo podría el analista saber cuál es el bien del sujeto? Proceder de ese modo sería creer tener aquello que podría completar al sujeto y conducirlo a la bienaventuranza, a la felicidad. Creer conocer o poder otorgar al sujeto su objeto de bien sería un principio maligno para el análisis, pernicioso para el trabajo analítico y consecuentemente para el sujeto. ¿Por qué maligno y pernicioso? Porque al ubicarse y sentirse el analista como poseedor de “el poder de hacer el bien, ningún poder tiene otro fin, y por eso el poder no tiene fin” (Lacan, 2009, p. 609) sería, a sabiendas o no, asumir un poder, poder maligno en cuanto queda abierto a una dirección ciega y a un ejercicio desmedido.

Cómo evitar esa dirección ciega. La respuesta es: hay que tomar el deseo a la letra, tal cual se expresa en los dichos del paciente, la cuestión es, cómo es posible que el analista escuche esos decires. Arriba se ha esbozado la respuesta, a través de su deseo, que no puede ser frustrante o gratificante en cualquiera de los modos posibles, porque, toda respuesta a la demanda en el análisis reduce en él la transferencia a la sugestión (Lacan, 2009, p. 604). Esto puede conducirnos a pensar en un deseo vacío, deseo puro, sin embargo, no es así como lo sostiene Lacan cuando enuncia: “El Deseo del analista no es un deseo puro. Es el deseo de obtener la diferencia absoluta, la que interviene cuando el sujeto, confrontado al significante primordial, accede por primera vez a la posición de sujeción a él” (Lacan, 2005, pag.284).

Esto no es la última palabra de Lacan en lo que a la dirección de la cura se refiere, conceptos posteriormente desarrollados como el de fantasma y su atravesamiento, objeto *a*, el goce y los desarrollos sobre lo real, entre otros, conducen las cosas ...*aún* más lejos; limitarnos a lo desarrollado hasta este momento es, sin embargo, no dejar de lado los conceptos *princeps* de lo que constituye la posibilidad de un análisis, sea en un contexto institucional o fuera de él.

La demanda de la institución

Una vez desarrollados los conceptos que consideramos centrales en relación a la cura analítica, bajo las acotaciones que brevemente hemos señalado, pasemos a enlazar estos haciendo una reflexión en relación al trabajo institucional.

Toda institución funciona bajo una política y una ética implícita o explícita, la tiene la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UM-SNH), la tiene la Facultad de Psicología y la tiene el Centro de Intervención Psicológica (CIIP) que es parte de la estructura de esta Facultad. Esta política y ética comandan el papel y funciones sociales de la institución y el actuar de aquellos que forman parte y laboran en ella. Podemos decir, con todo derecho, y por qué no, usemos un término psicoanalítico, que la Institución demanda; y con mayor fuerza a partir de que las políticas de calidad del gobierno federal pusieron de moda los parámetros de *Misión* y *Visión* que comandan el hacer de las instituciones: los ideales se imponen a los sujetos, por tanto, no es abusivo decir que hay una demanda ¿Qué puede hacer ante y con esa demanda el analista que trabaja en el CIIP? Con esto se está de lleno en la problemática que exige pensar *La dirección de la cura* desde el psicoanálisis.

Partamos de esa cuestión general que es la demanda de la institución, vehículo de los ideales políticos y sociales. La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (2012), en su portal de internet tiene como lema la frase *Cuna de héroes, Crisol de pensadores*, que por sus resonancias nos conduce a pensar en el origen y recipiente en el que se forman y forjan hombres famosos por sus hazañas y sus virtudes, por su meditación y reflexión, por su dedicación a elevados estudios (UMSNH, 2012). La Universidad se plantea entonces como Otro que demanda y el demandado, alumno o empleado, se pone al servicio de esa petición y trata de cumplir, a veces a toda costa, con la Misión y la Visión que la Universidad le asigna.

Para esclarecer brevemente lo que Misión y Visión significan recurrimos al Diccionario de la Real Academia Española (2001), en su versión digital nos dice: Misión, acción de enviar y que otorga un poder o facultad al enviado; comisión, tarea o encargo a realizar por el “misionero”. Visión, en su primera acepción remite a la acción y efecto de ver, y en la segunda, a la contemplación inmediata y directa sin percepción sensible; polos opuestos de significación que cristalizan ya sea en un punto de vista particular sobre un tema o asunto, o en una creación de la fantasía o imaginación que no tiene realidad y se toma como verdadera. Nos parece que, en estos términos, no se puede dejar de oír las resonancias que portan los significantes, resonancias que parecen racionales y laicas en un primer momento, pero que si escuchamos mejor no dejan de tener un matiz mítico y religioso.

Así es como la Misión y Visión de la UMSNH es formar hombres y profesionistas íntegros, competentes y con liderazgo guiados por los valores éticos de la universidad. Por su parte, la Misión de la Facultad de Psicología se enuncia en términos más particulares, es *Formar profesionales en los paradigmas de la Psicología, integrando conocimientos en tres ejes principales: fundamentos teóricos, procesos metodológicos y aplicación científica que les permitan poner en práctica habilidades cognitivas y metacognitivas con la finalidad de desarrollar competencias en los ámbitos de actuación del psicólogo con un alto sentido ético y humano, comprometiéndose con su entorno para ofrecer sus servicios a la comunidad con altos estándares de calidad.* Uno de los puntos centrales de la visión de lo que se logrará al 2016 es *Formar profesionales de la psicología que poseen y demuestran competencias teórico-prácticas y una actitud propositiva y ética en su actividad profesional que cuestiona y da respuesta a las necesidades y problemáticas del contexto en el que se encuentran inmersos, posibilitando su incorporación en cualquier otra institución nacional e internacional.*

Si nos preguntamos si la Universidad Michoacana y la Facultad de Psicología cumplen con su Misión y Visión, es posible responder, en general, afirmativamente; una respuesta más particular, es también afirmativa y va ligada a los nombres de los hombres y mujeres que de ella han egresado y han puesto su nombre en alto, tanto el de ella como el de ellos. Lo anterior excluye a aquellos para los cuales la universidad no fue cuna ni crisol, siempre hay un resto...que por diversas razones no responde a la demanda institucional.

Por otro lado, el CIIP surgió como un objetivo de la Facultad de Psicología para ofrecer a la comunidad educativa y en general un espacio en donde se cubran las necesidades bio-psico-sociales del individuo, brindado atención psicológica y psicoterapéutica para tener personas más saludables, que generen una mejor sociedad Michoacana, no se encuentra fuera del

campo de las visiones. Además, esta institución, aunque no sea explícita su inserción institucional, pertenece a la Dependencia de Educación Superior de Ciencias de la Salud de la UMSNH, lo que implica que su directiva es el campo de la salud mental.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de **completo** bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En cierto modo, esta segunda definición se asemeja a la dada por Freud, pero contrasta con la primera que remite a un completo bienestar, ya veíamos que opinaba Freud al respecto.

El CIIP entonces, da respuesta a una de las directivas de la OMS que propone que en lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental. Esto parece deseable y no criticable en cuanto servicio que se ofrece para aquellos que lo demanden, pero que sí lo es si lo que prevalece es la búsqueda de la salud mental del que solicita consulta. Sostenemos esto por aquello que Freud menciona y que el psicoanálisis ha verificado en su trabajo clínico: *no es lícito enfrenar la vida como un higienista o terapeuta fanático. Admitamos que esa profilaxis ideal de las neurosis no resultará ventajosa para todos los individuos.* Pro(im)poner la salud mental como un parámetro, como un ideal a lograr, también nos hace recordar la frase de Lacan: poseedor de *el poder de hacer el bien, ningún poder tiene otro fin, y por eso el poder no tiene fin*, el poder del psicólogo o del terapeuta, que si no se desliga de ese sitio de poder, lo que hace es infantilizar al paciente.

Al decir esto no estamos desestimando la importancia del trabajo que se realiza en el CIIP, tampoco pretendemos cuestionar el profesionalismo de quiénes en él laboran, sólo intentamos señalar y resaltar que hay demandas que operan a nivel institucional y que no siempre son visibles. Ideales que se presentan como incuestionables pero que pueden ser nocivos para el trabajador y el paciente en cuanto como sujetos se alienan a ellas, a veces voluntariamente.

Estas reflexiones tienen como sostén algunos de los postulados del psicoanálisis que han sido arriba expuestos. ¿Quiere esto decir que estamos proponiendo como modelo de trabajo al psicoanálisis? De ningún modo, hacerlo sería indicador de no poder salir de la dinámica del poder, de proponer el psicoanálisis como un bien, de creer poder hacer un bien, de seguir teniendo un poder: el poder de curar. ¿Quiere decir que proponemos hacer psicoanálisis en el CIIP y no terapia psicoanalítica que es lo que se oferta? Por que no, cuando el paciente, por el trabajo que realiza, decide arriesgarse en esa aventura a partir de las condiciones iniciales puestas por aquel a quien en el CIIP se le nombra como *psicoterapeuta psicoanalítico*. Si este es el caso, cuando se abre esa posibilidad surgen un buen número de problemáticas de carácter técnico a tomar en consideración. Mencionemos algunas.

Hay varias cuestiones que surgen de modo inmediato: la duración del tratamiento, el pago de las sesiones y los tiempos institucionales. En cuanto a la duración del tratamiento: el psicoanálisis requiere periodos largos, lo cual es cierto, mientras que el CIIP, sin que haya algo escrito y formalizado, pretende trabajar con periodos cortos en el sentido de un número limitado de sesiones. En cuanto al pago de las sesiones hay costos establecidos, lo que resta valor simbólico al pago que el paciente realiza y que como Freud (1913/1998) hizo notar no es un asunto de poca importancia. En lo relativo a los tiempos institucionales, que incluyen periodos vacacionales previstos e imprevistos como las tomas por parte de las organizaciones estudiantiles y los paros o huelgas de los trabajadores o docentes, pueden llegar a cortar de tajo el trabajo que se ha ido realizando.

Todo lo anterior puede convertirse en un obstáculo para llevar a cabo un trabajo analítico al interior del CIIP, sin embargo, tal vez, eso pueda sobrellevarse mientras ciertas directrices básicas subsistan al interior del consultorio: el planteamiento de la regla analítica fundamental y la escucha del psicoanalista comandada no por un deseo de sujetar, de normalizar, de sanar o de hacer el bien, sino por el deseo del analista tal como arriba fue planteado: que el sujeto en análisis confronte esos significantes primordiales que lo sujetan, en los que se ha alienado y que como ideales soldados a su piel le hacen malestar y de los cuales, hasta el momento, no ha logrado desprenderse, de ahí el deseo de lograr la diferencia radical.

Para concluir, anotemos que, si deseamos que la dirección de la cura al interior del trabajo que se realiza en el CIIP se mantenga en el marco de lo propuesto por Freud y Lacan, no debemos olvidar que la demanda institucional funcionando como discurso del Otro puede llegar a comandar la escucha bajo una dimensión ético-política, convirtiéndola en instrumento del poder: buscando el bien del paciente se asegura el establecimiento del poder a través del saber de la psicología, incluso de un tipo de psicoanálisis.

Palabra y escucha, elementos importantes del análisis aunque no los únicos, no son garantes de la emergencia del deseo del sujeto, incluso hay psicoterapias que se sostienen en esos elementos pero sus fines y medios se alejan de lo planteado por Freud y Lacan. La posibilidad o imposibilidad del trabajo analítico en el CIIP, así como en la consulta privada, no puede ser planteada con anterioridad al trabajo que se realiza, la palabra es el medio y el modo de escucha depende de la posición del analista en el dispositivo. Para que haya análisis, para que este se pueda realizar, se requiere que el escucha renuncie a convertirse en director de conciencia. Si esto se logra, hay posibilidad para el sujeto; si no, el camino que se ha tomado es el de la sugestión.

Referencias

- Freud S. (1910/1997). Las perspectivas futuras de la terapia analítica. En *Obras completas*, vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud S. (1913/1998). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras completas*, vol XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud S. (1915/1998). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1904/1999). El Método Psicoanalítico de Freud. En *Obras completas*, vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (2005). *El seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2009). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*. México: Siglo XXI.
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española* (2001), 22ª. ed. [Versión electrónica]. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/>
- Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (2012). *Misión y visión*. Recuperado de <http://www.umich.mx/mision.html>

**Proceso de duelo y adaptación después
de una amputación en la adolescencia.
Un estudio de caso.**

**Duel process and adaptation after
amputation in adolescence. A case
study**

Elva Alicia Sierra Mier¹

Instituto Michoacano de Ciencias de la Educación

México

María del Carmen Manzo Chávez²

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

¹ Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y de la Adolescencia.
Contacto: sierraelva@hotmail.com

² Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y de la Adolescencia.
Contacto: melym_2000@hotmail.com

Resumen

La pérdida de un miembro físico en la adolescencia, somete a la persona a un doble proceso de duelo, con una labor de adaptación más ardua. El presente estudio de caso tuvo como objetivo describir el proceso terapéutico de corte psicoanalítico vivido por una adolescente de 18 años que sufrió la amputación de una mano a causa de un accidente. Se trabajó a partir de la historia clínica psiquiátrica y el reporte de 55 sesiones de psicoterapia, a través de las cuales, se logró la elaboración del duelo, mayor integración del yo y la reinserción de la paciente en diversos ámbitos.

Palabras clave: adolescencia, amputación, pérdida, duelo, adaptación.

Abstract

The loss of a body part in the adolescence, submits the person to a double process of duel, with a labor of more arduous adjustment. This case study aimed to describe the psychoanalytic psychotherapy lived by a 18-years-old teenager, who underwent amputation of a hand due to an accident. We worked with the clinical psychiatric history and the report of 55 psychotherapy sessions, through which, it was possible the elaboration of duel, greater ego integration and the reintegration of the patient in several areas.

Key words: adolescence, amputation, loss, duel, adjustment.

Introducción.

En el desarrollo ontogénico del ser humano, existe la posibilidad de pérdidas frecuentes que obligan a realizar un trabajo de duelo. Es importante tomar en cuenta que la forma de expresar el duelo en cada sujeto es distinta, ya que el proceso de superación de una pérdida está íntimamente relacionado con el grado de identificación que se tenga con el objeto amado, es por ello que se cree que depende en gran medida de los recursos o mecanismos emocionales o personales con que cuente un ser humano para poder resolver dichas pérdidas, ya que esto ayudará a que se obtengan herramientas para la resolución y se pueda dar un duelo exitoso. De acuerdo con Heidegger:

El duelo, tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, ello envuelve no solo un sentimiento único, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser resueltos. El tiempo que cada ser humano requiere para resolver su pérdida será en función de cómo cada sujeto construye y da sentido a lo que sucede, es decir, al desarrollo de

su propia estructura psíquica, de manera que el morir no es un hecho dado sino un fenómeno que hay que comprender existencialmente (1983, p. 262).

El que se resuelva adecuadamente un proceso de duelo dejará un aprendizaje y crecimiento personal. Dicho aprendizaje dará herramientas que podrán ser utilizadas en un futuro para resolver de manera más adecuada los obstáculos que la vida nos ofrece; sin embargo, existen periodos críticos en la vida de un ser humano en los cuales, superar una pérdida es un trabajo aún más arduo. Uno de estos periodos de difícil resolución es la adolescencia ya que dicha fase representa:

Un periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, es una fase en donde tanto la biología como la psicología y la interacción social y del individuo se ponen en crisis. Esta etapa se caracteriza por maduración de funciones y la aparición de nuevas sensaciones psicológicas, el joven que está pasando por este periodo tiene un nuevo concepto de la amistad, de la propia imagen corporal, de su familia y una visión diferente de lo que es la sociedad (González, 2005, p. 9).

Además, en esta etapa, el adolescente ya está pasando por un proceso de duelo propio del desarrollo por la pérdida de la infancia, del cuerpo infantil y de los objetos amados de la niñez. Por otro lado, el duelo dependerá del tipo de pérdida y de la incapacidad que ésta genere, para que se determine el tiempo de resolución, ya que la pérdida de un ser humano cercano, o bien, de una parte del cuerpo, son las pérdidas que más tiempo conllevan, debido a que se consideran pérdidas muy devastadoras. La pérdida del objeto amado es entendida como aquello ausente, que no solo está ausente, sino que se ha llevado con él una parte del sí mismo, situación que conduce a una inestabilidad psíquica que requiere de ser estructurada mediante un largo proceso, (Klein, 1990). La pérdida de un miembro físico implica no sólo el sufrimiento que implica el no contar ya con un cuerpo completo, sino también una reestructuración psíquica para aceptar a ese nuevo cuerpo ahora mutilado.

En la teoría psicoanalítica se considera el proceso de duelo como una reacción que se constituye desde la estructura psíquica de cada sujeto. Dicha teoría también opina que los sujetos perturbados muestran una serie de síntomas característicos, y para poder reparar la parte psíquica será necesario que se sigan un conjunto de fases conocidas como etapas del duelo. Estas etapas resultan importantes, ya que la separación de un objeto de amor puede convertirse en precursor de patologías emocionales, tales como depresión, melancolía, irritabilidad y el desinterés por el mundo objetivo; pues cuando un ser amó a otro, (en este caso a una imagen corporal), que vivenció continuamente, que sintió, oyó, olió a ese ser, no es raro con-

cluir que se tendrá un gran dolor emocional cuando ese objeto amoroso ya no este presente; analizando todo ello se puede inferir que cuando todo lo anteriormente descrito deja de estar, entonces la persona, estará sometida a un gran estrés y a un gran trabajo de duelo que pasa por diversas fases: a) parálisis y conmoción, b) preocupación y tristeza profunda, y c) recuperación (Parkes citado por González, 2005).

Método.

Se sistematizó el proceso terapéutico de corte psicoanalítico a manera de estudio de caso cualitativo. La participante fue una adolescente de 18 años de edad, que fue nombrada como “Angelita”. La sistematización se llevó a cabo a partir de la historia clínica psiquiátrica y el reporte de 55 sesiones de psicoterapia psicoanalítica, realizadas en un consultorio en la ciudad de Morelia, Michoacán.

Resultados.

1. Presentación del caso.

“Angelita” es una adolescente de 18 años de edad, quien sufrió un accidente en un autobús foráneo, mientras se trasladaba de su pueblo a Morelia, para asistir a la Universidad. A consecuencia de tal accidente, quedó destrozada su mano derecha y sufrió la ruptura de 2 costillas, lo que implicó someterse a un largo tratamiento médico-quirúrgico para salvar su mano, mismo que no funcionó, por lo que se determinó la amputación de misma. Este accidente dejó a la joven con una importante discapacidad de sus funciones motrices superiores, motivo por el cual los padres de la paciente se encontraban extremadamente angustiados y la llevaron a terapia. Al inicio del tratamiento, Angelita no daba muestras de gran preocupación ya que no se daba cuenta de lo que estaba pasando; sin embargo, presentaba síntomas como dolores de cabeza, miedo, angustia, culpa, sensación de inferioridad, irritabilidad, confusión y la inversión del ciclo sueño-vigilia; además de que había abandonado la Universidad en donde estudiaba contabilidad y empezó a tener problemas con su novio y con sus amistades. El curso que llevó el proceso terapéutico de Angelita fue primeramente de la negación, que poco a poco fue cediendo, dando lugar a diversas sensaciones como enojo, distorsión de la imagen corporal, ansiedad extrema, rabia, rebeldía; posteriormente reapareció la inversión del ciclo del sueño-vigilia y finalmente recayó en una depresión profunda. Así mismo, la economía de la

familia después del accidente se vio seriamente afectada, viviendo como una pérdida más, la de la tranquilidad y solvencia económica.

2. Resultados por fases.

El presente caso se analizó en base a las etapas del duelo que propone Parkes (citado por González, 2005), encontrando los siguientes resultados:

A) Parálisis y conmoción.

Angelita llega a consulta 15 días después del accidente, al llegar a consulta presenta una actitud de relativa normalidad a pesar del hecho de que sufrió de una pérdida física muy significativa; su arreglo personal era impecable y su actitud era de aparente tranquilidad, lo que denotaba el estado de conmoción en el que se encontraba; así mismo se apreció claramente la negación, que le estaba impidiendo tener la capacidad de expresar todos los sentimientos que estaba viviendo debido a su pérdida.

El yo de la paciente buscó cumplir el objetivo de elaboración de la pérdida, recurriendo a diversos métodos que le ayudaran a evitar el peligro. Los mecanismos de defensa que utilizó la paciente en este primer periodo de su proceso psicoterapéutico, le procuraban al yo en cierta forma un proceso de duelo más aligerado, donde el yo pudo expresarse mediante elementos que le brindaron realidades disfrazadas capaces de proporcionarle un resguardo para continuar con su vida, como fue el hecho de usar un guante del color de la ropa en la mano accidentada.

Los mecanismos de defensa que preferentemente Angelita utilizó fueron la negación, formación reactiva y desplazamiento, los cuales le sirvieron como mediadores entre las instancias del aparato psíquico, debido a que el conflicto entre las instancias fue inevitable. Lo anterior puede verse más claramente en el siguiente discurso de la paciente:

T: ¿Cómo te sientes Angelita con lo que te pasó? (con una sonrisa nerviosa la joven responde)

P: Yo estoy bien solo que me preocupa un poco ver que mis papás están mal.

T: ¿Por qué crees que tus papás están mal?

P: La verdad no sé por qué, yo estoy bien lo peor ya pasó y estoy viva, no pasó nada a lo que uno no se pueda adaptar, yo me siento bien y voy a lograr (sic).

Mediante el trabajo de duelo se buscó que la joven aceptara su pérdida, para que el yo encontrara nuevamente su equilibrio readaptándose a la nueva realidad en ausencia del objeto que ha sido aniquilado, ya que el proceso de duelo interno consiste en aceptar la realidad de la pérdida, en encontrar una nueva identidad y construir nuevamente su vida. La búsqueda y el restablecimiento de la identidad fue una parte importante en su recuperación es decir, debía renunciar a su objeto de amor perdido (mano derecha pérdida). En el caso de Angelita ella debió darle muerte (en la conciencia) a su imagen corporal anterior al accidente, es decir, tuvo que despedirse de esa imagen para poder seguir con vida.

B) Fase de preocupación y tristeza profunda.

Angelita pasa a la siguiente fase del duelo con una serie de cuestionamientos que estuvieron acompañados de llanto, dolor y rabia; algunos de ellos fueron:

¿Porque me pasó a mí? ¡Si yo he sido una buena hija!, no soy una chava antrera, ni tampoco majadera con mis papás, además ni siquiera he tenido relaciones sexuales con mi novio, porque he respetado a mis padres (sic).

Como parte de esta fase del proceso de duelo las sesiones se vieron cristalizadas por sentimientos de tristeza, dolor, angustia, temor desconsuelo, soledad, vacío, impotencia, enojo y nostalgia. Ya en esta etapa del proceso terapéutico se había pasado a la conciencia de la pérdida del objeto amado (miembro superior derecho).

En esta fase del proceso del duelo normal se pudo percibir que todas esas emociones emanaban de un profundo descontento del yo por la pérdida sufrida. Al observar que Angelita ya estaba rumiando la pérdida se pudo percibir que ya se había pasado a la siguiente fase (preocupación y tristeza profunda); sin embargo aún se estaba muy lejos de considerar superada la pérdida.

El contacto con la realidad de la pérdida había sometido a la paciente a la sensación de angustia y había disminuido su capacidad de análisis racional y razonable. Al entrar en esta fase del duelo se pudo observar a la

agresividad como una primera manifestación de intento de defensa. Dicha agresividad originó la desvalorización de la imagen corporal ausente, ya que la imagen corporal anterior al accidente respondía a poderosas esperanzas del ideal del yo (aún cuando la conciencia registrara también aspectos negativos). Tal imagen ahora debía ser desvalorizada para que el yo (que se encontraba profundamente lesionado), pudiera reconciliarse con su ideal del yo sacudido y decepcionado, y de esta forma le permitiera a la paciente seguir viviendo.

En ese entonces la joven presentaba datos de una severa depresión y ansiedad que la hacían caer en periodos de crisis y un progresivo desinterés por su desarrollo tanto personal como académico, lo que la llevó a abandonar la Universidad. Además de los síntomas psicológicos, Angelita presentaba disfunciones corporales que la estaban obligando a reaprender hasta las cosas más comunes como el escribir, cortar un limón, hacerse un chongo en el cabello..., todo lo cual la sometía a un estrés adicional.

En la fase final de la segunda etapa del proceso de duelo normal se trabajó en la interrelación de la catexis³, para medir los procesos y trasposiciones en el ámbito de su recuperación. También se trabajó con la pulsión de auto conservación para ligarla nuevamente al yo.

C) Fase de recuperación.

La paciente se encontraba en la entrada de la tercera fase de su duelo (recuperación), sin embargo, se seguía trabajando con la inclinación a deslindar la vida del muerte en base a la renuncia del objeto aniquilado. Ahora era menester del psicoterapeuta ayudar a Angelita a lograr la retirada de la energía libidinal que era dirigida hacia el objeto de amor perdido, para lograr una real reestructuración yoica, lo cual se logró a base de la insistencia de apego a la realidad. Con base en este pleno reconocimiento de lo que había perdido, y lo que ello significó; Angelita finalmente pudo descubrir un nuevo entusiasmo por la vida, y una renovada resolución, aprendió a sacar el bien de su pérdida, no tratando de remplazar lo que ya no podía tener, sino más bien estableciendo para sí misma objetivos específicos, y realistas.

La retirada de la energía libidinal que era dirigida hacia el objeto de amor perdido, se había transformado en su propia reestructuración; ahora la joven había logrado mayor maduración yoica, y una reestructuración de su

³ Concepto de carácter económico, que hace referencia a aquella parte de energía psíquica que se asocia a la zona del cuerpo

vida en donde las condiciones actuales le obligaron a revalorar tanto su entorno social como su vida en general, es decir, se había dado la aceptación de la aniquilación.

En esta etapa del tratamiento la joven ya no mencionaba su objeto aniquilado con reproches e intolerancia a la pérdida, sino que lo mencionaba como una forma de resignación y reacomodo. El duelo normal estaba viniendo sin duda la pérdida del objeto amado, sin embargo, mientras persistía su proceso de duelo seguía absorbiendo de igual modo parte de la energía del yo.

Se consideró terminado su tratamiento cuando se pudo corroborar plenamente que la joven no solo no había desviado su proceso de identificación sino que lo había culminado exitosamente. Esto se pudo observar cuando ella concluyó que no era contabilidad lo que le gustaba sino que ella prefería una carrera más apegada a ciencias médico biológicas y humanidades, por lo que ingresó a la carrera de Educación especial. También aprendió a valorar mejor las implicaciones de tomar decisiones acerca de su vida cotidiana y hacerse responsable de las mismas.

Otro parámetro que se tomó en consideración para determinar que el yo de la joven ya estaba reparado fue el corroborar su autoestima y a pesar de que la joven continuaba en la fase de la adolescencia (en este caso, tardía), su autoestima había recuperado un buen nivel, pues ahora se sentía valiosa, bonita, había tenido el valor de dejar al novio que ya no le interesaba y había aceptado las pretensiones amorosas de otros muchachos. El trabajo de hacer constante contacto con su situación actual, la acercó a la realidad, proceso indispensable para poder superar cualquier tipo de pérdida.

Los mecanismos de bajo nivel que la paciente utilizó al inicio de su proceso de duelo (negación, formación reactiva, aniquilación), ahora se habían convertido en mecanismos de defensa de más alto nivel (sublimación, desplazamiento, intelectualización).

El parámetro final para determinar que el yo de Angelita estaba plenamente reparado fue cuando ella fue nuevamente funcional y además empezó a ser útil para la sociedad, y para la familia, además de para sí misma; esto se pudo constatar cuando ella regresó al negocio de sus papás y reaprendió a ayudar. Asimismo, aprendió a ser útil a la sociedad por medio de campañas de ayuda a niños y jóvenes que por algún motivo se encuentran en una situación especial en cuanto a sus capacidades, tanto intelectuales como físicas (daba clases de lenguaje de señas con una mano), y para ella misma cuando aprendió a tomar decisiones valientes, a valorar lo que sí tenía y decidió hacer uso de ello, (inteligencia, salud, belleza, juventud,

simpatía, familia que la apoya y la ama etc.). Lo anterior puede verse apreciarse claramente en el siguiente discurso psicoterapéutico:

T.- ¿Te veo diferente Angelita, pasa algo? (Con esta pregunta la joven se ríe pícaramente y se levantó del sillón y dándose una vuelta completa me dice...)

P.- ¿Que me notas?

T.- Te veo más delgada.

P.- En la última cirugía que en realidad fue solo para retirar los puntos, el doctor me dijo que ya podría sin ningún problema hacer ejercicio y estoy en clases de zumba y he visto resultados positivos en el área de la cintura y de la cadera.

T.- Te ves muy bien

P.- Estoy feliz, me estoy volviendo a sentir como antes del accidente

T.- ¿Cómo?

P.- Bonita, sexy, coqueta, feliz.

T.- ¿Cómo vas en casa?

P.- Fíjate que aunque ya no me peleo tanto con mi mamá, estoy muy ocupada porque ya estoy ayudándoles nuevamente en el restaurante a mis papás los fines de semana y también tengo que hacer muchisisisima tarea; pero no puedo dejar de ir al restaurante porque también necesito el dinero para mis cosas personales

T.- ¿Y cómo vas en tu nueva carrera?

P.- Estoy muy emocionada por el Congreso que va' haber en Veracruz...

Por otra parte, el apetito y el ritmo del sueño habían vuelto a la normalidad, y los síntomas depresivos habían desaparecido.

Conclusiones.

Con frecuencia se dice que las personas que pierden un miembro físico o la función del mismo sufren de depresión; sin embargo, en el caso de Angelita, no estaba clínicamente deprimida. Su reacción ante la pérdida y ante el proceso de recuperación no fue de manera alguna patológica, más bien, el proceso terapéutico en este caso estuvo dominado por el trabajo de duelo normal, es decir, el proceso de aceptar la pérdida y hacer una adaptación funcional a ella.

Los conceptos de pérdida y muerte, siempre irán acompañados de un proceso de duelo, en algunas ocasiones las personas prefieren no hablar ni pensar en ello, ya que el perder algo amado como un familiar, amigo o bien un miembro físico o una función orgánica, resulta muy amenazante; es por eso que Freud (1923/2001) opinó que “cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (p. 290), lo cual está dado como una forma de defensa ante la situación amenazante cuando se enfrenta una pérdida dolorosa.

La ausencia del objeto suele ser en ocasiones muy trágica, desde el punto de vista de la realidad, lo perdido (el objeto perdido) puede verse como algo que ha desaparecido, sin embargo, esta conclusión conduce a un camino difícil de caminar, difícil de entender y extenso de procesar, pues no es fácil que el yo se enfrente a algo que ya no le pertenece que se encuentra fuera del sí mismo. (Allouch, 2001, p. 74).

Cabe mencionar, que la característica más impactante de este caso fue la relativa normalidad que se manifestó al inicio de su proceso a pesar de lo significativo de su pérdida (mano derecha siendo ella diestra) y el cambio radical en su vida cotidiana, al tener que aprender a realizar las actividades básicas con otros medios; sin embargo, con este accidente aparentemente, la paciente no sufrió ningún cambio dramático en su personalidad, motivación o emoción.

Angelita no era distinta en su presentación esencial a otros pacientes que hubiera experimentado una pérdida y por lo tanto, estuvieran involucrados en un proceso de duelo normal. La paciente fue pasando a lo largo de las sesiones por la etapas del duelo que menciona Parkes (citado por González, 2005) hasta lograr la recuperación y por consiguiente, la aceptación y adaptación a un nuevo cuerpo ahora mutilado, con el que tuvo que aprender a vivir y a ser funcional en sus actividades cotidianas, así como familiares, sociales y escolares.

Asimismo, el duelo normal no es posible en ausencia de las funciones de un yo y un superyo normales. Esto llevó a descubrir que el yo y superyo

de la paciente tenían un nivel superior de integración, aunque excesivamente severo; contaba con una integración de las representaciones del sí mismo (libidinal y agresivamente), una adecuada integración de las representaciones objetales totales (libidinal y agresivamente) y un armonioso mundo de representaciones objetales internalizadas, que incluía no solo los miembros significativos de la familia y amigos cercanos, sino además un grupo social y una identidad cultural. Todo ello fue muy relevante en el tratamiento de la joven pues en momentos de crisis, un individuo puede recurrir temporalmente a su mundo interno, como una forma de refugio y Angelita contaba con sus objetos internalizados lo suficientemente buenos para ayudarle en estos momentos de recuperación, lo que facilitó el proceso terapéutico y la resolución del duelo.

Por último, es importante mencionar, que lo expuesto en este trabajo no es generalizable por tratarse de un caso en particular, sin embargo, abre líneas de investigación y discusión sobre la temática tratada, y permite comprender cómo un trabajo psicoterapéutico con enfoque psicoanalítico para manejar el duelo, puede permitir al paciente recuperar su yo y continuar con un desarrollo personal sano.

Referencias.

- Allouch, J. (2001). *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. México: Epele.
- Freud, S. (1923/ 2001). Duelo y melancolía. En *Obras completas*. Tomo XIV, Argentina: Amorrortu.
- González, J.J (2005). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.
- Heidegger. M. (1983). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de cultura económica.
- Klein, M. (1990). *El duelo y su relación maniaco depresiva*. Tomo II. España: Paidós.

Recibido: 08 de junio de 2012.

Aceptado: 05 de diciembre de 2012.

La noción Freudiana del yo: el punto de separación entre el psicoanálisis y la psicología¹

The Freudian notion of the self: the separation point between psychoanalysis and psychology

Víctor Hernández Mata²

Facultad de Psicología

Víctor Gutiérrez Olivárez³

Universidad Autónoma de Querétaro

México

¹ El presente trabajo es el resultado de la revisión y modificación de la ponencia “Una nueva encrucijada: ¿un camino del psicoanálisis sin la psicología?”, presentada en el II Congreso Internacional de Psicoanálisis, “El psicoanálisis y su diálogo con otras disciplinas”, organizado por la Universidad Autónoma de Querétaro, la Universidad Autónoma de Aguascalientes y la Universidad Autónoma de Zacatecas, en la ciudad de Querétaro, Qro., los días 7, 8 y 9 de septiembre de 2011.

² Doctor en Psicología y Educación. Profesor e investigador de tiempo completo de la UAQ. Contacto: vic60300@gmail.com

³ Candidato a Doctor, Doctorado en Psicología y Educación, Facultad de Psicología, UAQ. Contacto: psicomentario@gmail.com

Resumen

Este escrito ofrece los resultados de una breve búsqueda sobre los motivos y las razones por las que el psicoanálisis y la psicología habrán de separarse. Algunos de los motivos son: el intento por preservar el descubrimiento freudiano que se ha visto limitado por el intento de asimilar el psicoanálisis a la psicología bajo la propuesta denominada “psicología del yo”; y el propósito de recuperar las opciones que aumentan el acervo del psicoanálisis. Las razones son la diferencia y la separación que induce la noción freudiana de yo entre el psicoanálisis y la psicología, noción que ha sido retomada y mejor posicionada por la revisión de Lacan. Adicionalmente puede decirse que los debates como el que aquí se presenta, enriquecen el horizonte de posibilidades del psicoanálisis.

Palabras clave: psicoanálisis, psicología, noción freudiana del Yo, psicología del yo.

Abstract

This paper presents the results of a brief search about the motives and reasons why psychoanalysis and psychology have become separated. Some reasons are: the attempt to preserve the freudian discovery has been limited by the attempt to assimilate psychoanalysis to psychology under the proposal called “ego psychology”; and the purpose of recovering the options that increase the stock of psychoanalysis. The reasons are the difference and separation that induces the freudian notion of I between psychoanalysis and psychology, a notion that has been taken up and better positioned for the revision of Lacan’s and additionally can be said that discussions like the one presented here, enrich the horizon of possibilities of psychoanalysis.

Keywords: psychoanalysis, psychology, freudian notion of self, ego psychology.

El propósito

De inicio cabe decir sobre el contexto de este escrito que Lacan opone el descubrimiento freudiano a la psicología del yo, la que ha promovido una modificación del psicoanálisis en una supuesta psicología general. Es el debate anglo-sajón del psicoanálisis. Al respecto surge la pregunta: ¿será ese debate el camino del psicoanálisis sin la psicología? Por cierto, la noción del yo está en el centro de ese debate, aunque no es el único punto de controversia. Para Lacan, el yo freudiano es el yo del desconocimiento, mientras que para la psicología, el yo es la sede del conocimiento. ¿Podría

considerarse que ambas nociones son excluyentes? Responder a esa pregunta será la tarea de este escrito.

Ahora bien, ¿cuáles son algunas de las vías que transita Lacan en su oposición a la psicología del yo? A fin de ubicar nuestra revisión, conviene mencionar someramente el trayecto freudiano del estudio del sueño, de las equivocaciones al hablar, al escribir o al recordar, del chiste, de los síntomas, entre otros, pues nos da la pista de un yo del equívoco. Ese yo poco sabe de sí pues no atina a mantener la coherencia psíquica, ni sabe dar cuenta de manera suficiente de los motivos que subyacen a tales manifestaciones de lo inconsciente.

Por el contrario, para la psicología, el yo es la fuente de la síntesis psíquica, es la expresión de la coherencia y de la congruencia, es quien ejerce la función defensiva que se opone a esos motivos desconocidos del psiquismo.

Entonces, el debate sobre la noción del yo, creemos, dará indicios para pensar la magnitud de la separación que parece existir entre el psicoanálisis y la psicología. Esa dimensión, ¿será la de la exclusión o de la necesaria y continua oposición? Acaso de inicio no quedó otro camino que aproximar el psicoanálisis a la psicología, sin confundir, en ningún momento lo que planteaba uno y otra. Para Freud el psicoanálisis “conquistó” para la psicología un gran fragmento de la patología y puso límites a la explicación fisiológica aportando nuevos conceptos sobre la realidad psíquica (Freud, 1913/1976, p. 170). De ese modo puso en cuestión la separación entre la normalidad y la patología, y expuso la separación y contraposición de la conciencia y lo inconsciente, para lo cual ofreció el estudio de las operaciones fallidas y el sueño. Usó la expresión de psicología profunda para nombrar su descubrimiento. Pero podría ser que ahora resultara obligado reconocer de manera definitiva la separación que ha caracterizado al psicoanálisis y la psicología. De no ser así, el psicoanálisis necesitaría todavía de la psicología por lo menos como fuente de contraste para que le permitiera delinear mejor su singularidad.

En suma, deslindar esas dos vertientes, la separación y diferenciación, por un lado, y por otro, la mezcla y confusión de los límites entre el psicoanálisis y la psicología, será el objeto de esta indagatoria. Repasaremos la perspectiva freudiana del yo y de la negación, a fin de circunscribir la especificidad del psicoanálisis en el desconocimiento de sí que induce la dimensión inconsciente en el sujeto. Trazaremos algunos de los diversos caminos que confluyen en esa encrucijada en la que el psicoanálisis ha sido visto, en contra de su especificidad, como una psicología general, donde también, y en un sentido distinto a esa psicología y en acuerdo con lo que le es propio, el psicoanálisis ha sido reconocido en sus rasgos más representativos como algo definitivamente diferente y contrario a la psicología.

El contexto de este escrito

Luego de establecer las coordenadas de este escrito por medio de preguntas, en el presente apartado pretendemos delimitar el marco específico en el que se inscribe la problemática relación entre el psicoanálisis y la psicología.

En el sentido del debate sustentado por la noción del yo, la historia del movimiento psicoanalítico puede caracterizarse, en un sentido figurado, como dos movimientos, uno concéntrico y otro excéntrico. Al primero lo imaginamos como un afán por mantener y dar continuidad al descubrimiento freudiano. Al segundo, como un propósito de expansión en el que las nociones freudianas fueron tomando nuevas dimensiones y significados. Por cierto, uno y otro no pueden separarse tajantemente. En efecto, para nosotros, el propósito de la expansión evidencia la desviación de la noción del yo freudiano. Desde él es posible seguir el movimiento que permite y propicia un retorno a Freud, a fin de recuperar su descubrimiento.

Ahora bien, de ese movimiento concéntrico cabe destacar lo que para nosotros es el punto de partida, se trata de lo que Lacan dice con relación a los textos de Freud pues señala que su consulta es el método para el examen crítico del uso presente de los conceptos del psicoanálisis; concretamente de la noción del yo y el modo de empleo en la técnica del psicoanálisis (Lacan, 2001a, p. 354). Desde luego que el problema que Lacan quiere atacar es el tratamiento poco riguroso o hasta tergiversado de los conceptos del psicoanálisis por quienes en un movimiento excéntrico se han distanciado de Freud.

Ese cuestionamiento de Lacan ha resultado crucial, creemos. Permite, entre otras cosas, clarificar las dos posiciones que con facilidad y sin justificación son conciliadas, la de la psicología y la del psicoanálisis; desde luego que Lacan considera que una y otro son inconciliables. Entre tanto, el descubrimiento freudiano puede perderse. La noción del yo como fuente de desconocimiento puede eclipsarse con otra noción del yo que supone para el sujeto el conocimiento de sí.

El breve trayecto que vamos a transitar está localizado en la mitad del siglo anterior. Es pues evidente con ello, que no es nuestro interés abarcar un amplio terreno en la obra de Lacan. Hemos optado por enfocarnos en un pasaje de esa obra para construir algunas interrogantes sobre el problema que nos ocupa.

No es el objetivo de este escrito trazar la historia de esa relación entre disciplinas; sino preguntarnos, desde lo que Lacan argumenta sobre la

noción freudiana del yo, ¿cuál sería la relación o la no relación entre el psicoanálisis y la psicología?

Por cierto, cabe mencionar que en el tema de la relación de los campos disciplinarios existen esfuerzos que se han caracterizado por la visión de una complementariedad multirreferencial (Ardoino, 1988, p. 420), por la teoría de la complejidad (Morin, 2003), por el pensamiento epistémico (Zemelman, 2002a; 2002b), por la transliteración de las nociones (Casas, 2002). ¿Acaso esta última, la transliteración de las nociones, sea el modo en el que Lacan transformó nociones como las de *significante* y la de *lengua de la lingüística*? Es muy probable que así sea. Sin embargo, no será esa la ruta que seguiremos en el presente documento.

Esas referencias sobre la complementariedad multirreferencial, el pensamiento complejo, el pensamiento epistémico y la transliteración, no serán objeto de revisión en este escrito, simplemente cumplen el cometido de trazar un horizonte de posibilidad para un estudio más detallado de la supuesta relación entre la psicología y el psicoanálisis que realizaremos en otra oportunidad. Lo que sí enunciaremos brevemente son algunos estudios que muestran, en el campo de la cultura, la pretensión, cuestionable para nosotros, de asimilar el psicoanálisis a la psicología.

El asunto específico

Hemos planteado las preguntas guía del escrito, también comenzamos la descripción del terreno en el que localizamos de manera específica la problemática relación entre el psicoanálisis y la psicología.

Ahora, describiremos más detalladamente el pasaje de la obra de Lacan en el que ubicamos el objeto de nuestra indagatoria. Hemos seleccionado el tema de la *Verneinung*, la negación de Freud (1925/1976, pp. 253-257), para entresacar los argumentos de Lacan cuando despliega ese asunto con Jean Hyppolite. La elección es práctica. En los tres textos que fueron publicados en *Escritos 1 y 2, Introducción al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud* (Lacan, 2001a, pp. 354-365); *Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud* (Lacan, 2001b, pp. 366-383); uno y otro de Lacan, y *Comentario hablado sobre la Verneinung de Freud*, de Jean Hyppolite (2001, pp. 859-866), pudimos enfocar lo que nos pareció interesante de mostrar, a saber: el yo freudiano es fuente de desconocimiento, lo que coloca las cosas en una dirección contraria a la que pretende dar la psicología.

Con el material recién descrito revisamos el problema que plantea la intención de relacionar dos campos disciplinarios como el del psicoanálisis y el de la psicología.

El problema

Proseguimos con la tarea de preguntarnos, a la luz de las ideas de Lacan, si prevalecería la diferenciación y separación entre el psicoanálisis y la psicología. Para lograrlo, consideramos que Lacan opone la noción de yo como unidad, (noción que sostiene la psicología del yo), con la noción de un yo dividido, un yo que debe soportar la intromisión de aquello que tiene la cualidad de psiquismo inconsciente, un yo que es fuente de desconocimiento, un yo que aparece donde no se le espera.

Tal posición de Lacan nos lleva a reiterar las siguientes preguntas: ¿la relación de la psicología con el psicoanálisis es de un tipo tal que implica necesariamente la exclusión o la inclusión?, ¿puede plantearse la exclusión en el campo de la técnica del psicoanálisis y la inclusión en el campo de la cultura?, ¿es lo mismo preguntarse por la relación de ambas disciplinas en el contexto del psicoanálisis que fuera de él?, ¿el psicoanálisis influyó en la psicología en el campo de la cultura?

Esas son las interrogantes que queremos retomar desde los textos en los que Lacan e Hyppolite analizan la *Verneinung* de Freud. Sospechamos que los argumentos que ofrecen uno y otro serán de utilidad para revisar las preguntas antes referidas.

Por otro lado, en un sentido marginal, pues no constituye una labor sustantiva de nuestra revisión, agregaremos otros textos en los que se plantea una relación de inclusión de ambas disciplinas en el campo de la cultura; pero, está por verse si eso implica que la psicología y el psicoanálisis establezcan algo más que un contraste. Dice Bruner (2004), sobre la influencia del psicoanálisis en la cultura, que tal efecto proviene de la transformación que se produce por el influjo de un saber disciplinario que la comunidad científica ha sancionado como un “saber científico”. Pese al tono favorable que ostenta la afirmación de Bruner, una asimilación de ese tipo puede reducir a un esquema simplista la propuesta fecunda y renovadora del psicoanálisis.

Algunas justificaciones del escrito

Estamos convencidos de que la noción freudiana del yo distingue y separa el psicoanálisis de la psicología, así lo venimos afirmando en este escrito. El convencimiento proviene de las pruebas contundentes que encontramos y de las que daremos evidencia ahora.

Cuando Lacan dice, con cierta ironía pues mantiene una posición crítica al respecto, que en la psicología del yo se considera que el sujeto no puede comunicar nada en el análisis sino de su yo y por medio de su yo (2001a, p. 356), ¿está denunciando el modo en el que el psicoanálisis cede, en la posición de la psicología del yo, el lugar del descubrimiento freudiano a la psicología y sus nociones? Detengamos un poco para precisar lo anterior: la idea de la psicología de que el sujeto no puede comunicar nada en el análisis sino de su yo y por medio de su yo, no contradice que ese yo diga más de lo que cree decir y que diga, a veces, lo que su yo no querría decir. Entonces, la sutileza de la observación de Lacan describe cómo la función del yo en el análisis termina excediendo la comunicación voluntaria y consciente.

De ahí que cuando Lacan se pregunta sobre quién habla y a quién en el análisis (2001a: 359), ¿está negando tajantemente la otra visión del yo como unidad promovida por la psicología del yo? Es decir, para la psicología del yo, el sujeto es el emisor del discurso mientras que para el psicoanálisis, el sujeto emerge del discurso, más específicamente de sus fallas. Entre esas dos versiones, ¿qué relación hay? Recordemos que Lacan dice algo sobre el yo que parece preciso puntualizar: resulta que ese yo no puede distinguirse absolutamente, dice Lacan, de las captaciones imaginarias que lo constituyen de cabo a rabo (2001a). Entonces, cuando él hace la distinción entre lo imaginario y lo simbólico, ¿cómo queda la relación del psicoanálisis con la psicología del yo?, ¿acaso la psicología y su noción del yo llevaría a perder el sentido y la trascendencia de la palabra en el análisis?

Según esto, el sujeto dispuesto por el análisis a sus captaciones imaginarias y a su posicionamiento simbólico, localizará de manera distinta su condición subjetiva. Ese descubrimiento freudiano bien vale la pena de preservar. Por ello, los esfuerzos de Lacan en la dirección de mostrar la vigencia del pensamiento freudiano son dignos de reconocimiento.

En ese sentido, consideramos que los textos de Lacan dedicados a la *Verneinung* de Freud permitirían esclarecer mejor nuestras preguntas. De suerte que pudiéramos decir con mayor precisión si estamos ante una nueva encrucijada en la que se vislumbraría un nuevo camino para el psicoanálisis sin la psicología o se mantendría, como hasta el momento, una relación de oposición o de inclusión necesaria.

Mejor todavía: ¿estamos ante una nueva encrucijada en la que la relación del psicoanálisis y la psicología puede ser de exclusión en un caso y de inclusión en otro?, ¿estaría por demás resuelto que en el análisis prevalecería la noción freudiana del yo, mientras que en el amplio espectro de la cultura, el psicoanálisis y la psicología perderían sus límites?

Las pruebas

En este apartado ampliaremos las referencias sobre el aserto de este trabajo: la noción freudiana del yo permite reconocer los límites que distinguen y separan el psicoanálisis y la psicología.

Comencemos con la siguiente cita de Lacan:

Puede reconocerse aquí la fórmula por medio de la cual introduciríamos en los comienzos de nuestra enseñanza aquello de que se trata aquí. El sujeto, decíamos, empieza su análisis hablando de sí mismo sin hablarle a usted, o hablándole a usted sin hablar de él. Cuando pueda hablarle a usted de sí mismo, el análisis estará terminado (2001a, p. 358).

¿Qué noción de yo se hace evidente en la cita? Sin duda la noción de un yo del desconocimiento. El yo no atina a dar cuenta de sí, ya porque no se dirige al analista ya porque no habla de sí mismo. Esa perspectiva del yo trasciende la función de la comunicación voluntaria y consciente de la que habla la psicología del yo. De ahí que diga Lacan que el analista, ejerciendo su función, se pregunte: quién habla y a quién. Todavía más, cuando el analizante habla no sabe quién habla por él ni a quién.

La cita anterior y los breves comentarios que hicimos, permiten situar el problema objeto de esta revisión en el contexto del psicoanálisis. En efecto, podemos responder entonces que la pregunta por la relación del psicoanálisis con la psicología tiene implicaciones diferentes si es formulada fuera o dentro de ese contexto; está visto que es a los psicoanalistas a quienes incumbe preservar y enriquecer el legado freudiano (movimiento concéntrico), mientras que en el movimiento que hemos calificado de excéntrico, los actores de la ciencia y la cultura querrían integrar el psicoanálisis bajo sus propios esquemas. También podemos responder que en el campo del análisis es preciso separar a uno y otra, el análisis freudiano los torna incompatibles.

Veamos otro ejemplo del modo en el que funciona el yo en el análisis:

Tenemos pues aquí un análisis de procedimientos concretos, general-

zado hasta encontrar su fundamento en un modo de presentar lo que se es en el modo de no serlo. Pues es exactamente eso lo que lo constituye: 'Voy a decirle lo que no soy; cuidado, es exactamente lo que soy'. Así es como Freud se introduce en la función de la denegación [...] (Hyppolite, 2001, p. 86o).

La referencia de Hyppolite muestra el yo freudiano del desconocimiento. Donde el yo quiere negarse es donde aparece. Recordemos que en el texto de *La Negación* (Freud, 1925/1976, pp. 253-257) Freud ofrece ejemplos tomados del análisis. Es de lo que dice el analizante de donde él obtiene los elementos para evidenciar ese símbolo de la negación. Por cierto, no nos detendremos aquí a comentar el asunto terminológico de la diferenciación entre la "negación" y la "denegación" pues no es imprescindible para nuestros propósitos.

Más bien, retomaremos las preguntas que constituyen el problema objeto de este escrito. Diremos entonces que con los elementos que proporciona Hyppolite, la evidencia de que el yo donde se niega se afirma, la respuesta a la pregunta por la relación entre el psicoanálisis y la psicología, en el contexto del análisis, es la de una relación de exclusión. Efectivamente, en el análisis es preciso tener la noción de un yo del desconocimiento pues de su comparecencia, de su participación, es de donde nace el análisis. Veamos ahora lo que dice Lacan sobre Hyppolite:

El señor Hyppolite, con su análisis, nos ha hecho franquear la especie de collado, marcado por la diferencia de nivel en el sujeto, de la creación simbólica de la negación en relación con la Bejahung. Esta creación del símbolo, como él ha subrayado, ha de concebirse como un momento mítico más que como un momento genético. Pues no puede ni siquiera referirse a la constitución del objeto, puesto que incumbe a una relación del sujeto con el ser, y no del sujeto con el mundo (2001b, p. 367).

Tenemos entonces que esa diferencia de nivel en el sujeto que da la negación es fundamental en el análisis. Mientras que para la psicología el yo concebido como una unidad omite esa perspectiva, para el psicoanálisis se convierte en algo pleno de sugerencias pues de ese "desnivel subjetivo" nace el análisis. En la medida en la que el sujeto habla de sí como puede, con las inconsistencias de su yo, puede de ese modo acceder a lo que el análisis le plantea.

Discusión y nuevas pruebas

La posición de Lacan con respecto a la noción del yo es rigurosa. Muestra que el descubrimiento freudiano coloca al yo del desconocimiento en el centro del análisis. De modo que la noción del yo como unidad, noción de la psicología, no es viable para el psicoanálisis pues desencamina su trabajo.

Empero, no tenemos los elementos suficientes para plantear que en lo que llamamos una nueva encrucijada, el psicoanálisis y la psicología se excluyan del todo. Lo que sí resulta excluyente, en el contexto del análisis, es la noción del yo de la psicología entendida como unidad puesto que se opone a la noción del yo como fuente de desconocimiento, noción freudiana que hace posible el análisis.

Precisemos entonces el aserto: la noción del yo del psicoanálisis y de la psicología se excluyen en el análisis lo que podría caracterizarse como “el retorno a Freud de J. Lacan”. Pero pareciera que uno y otra no pueden ser reducidos a esa noción. Tanto el psicoanálisis como la psicología son más que la noción del yo que plantean. Confundir lo anterior sería incurrir en la falacia de accidente inverso (Copi, 2004, p. 135), aplicando un principio que es verdadero en un caso particular como si lo fuera en general. Sin embargo, de acuerdo a lo que hemos revisado, la trascendencia de la noción de yo implica diversas nociones que no hemos retomado en el escrito, como las de transferencia y repetición, por nombrar sólo algunas. Entonces, la noción de yo es de tal importancia que hemos podido mirar el sentido de diferencia y separación que caracterizan al psicoanálisis y la psicología. Queda todavía por examinar la posición contraria, esa que pretende la asimilación del psicoanálisis a la cultura, movimiento que podría nombrarse como “la inclusión del psicoanálisis en la ciencia de la psicología o el retorno a la psicología del yo”.

Veamos una prueba de esta última afirmación: Bruner (2004) plantea que el psicoanálisis transformó la cultura con su contribución disciplinaria. Él analiza los aportes de Freud, Piaget y Vygotsky. Dice que los tres impactaron la cultura. Una vez que sus teorías fueron sancionadas y aceptadas por la comunidad científica se convirtieron en un parámetro con el que se midieron las prácticas sociales. Concretamente, la obra de Freud habría modificado la narrativa, en particular la novela; asimismo, el campo de la psicoterapia se vio modificado y las prácticas educativas también. Pero agreguemos que ese impacto del psicoanálisis en la cultura omite lo central de la propuesta de aquél: la dimensión inconsciente del psiquismo humano que se ve expresado en el análisis de pacientes. Al mismo tiempo queda sometido a los esquemas reductores de la psicología. Con lo cual no habría relación del psicoanálisis con la psicología sino asimilación del primero en la segunda.

Entonces, el psicoanálisis y la psicología, en el amplio contexto de la cultura, parecen tener una relación de asimilación que habría que documentar detalladamente. Por lo pronto para nosotros ha sido todo un descubrimiento reconocer las implicaciones desfavorables que ha tenido esa pretendida inclusión del psicoanálisis en la ciencia de la psicología, y de las que Lacan advierte.

Otra prueba “de ese retorno a la psicología del yo” la ofrece indirectamente el trabajo de Jodelet (1986, pp. 469-494) quien investiga el tema de las representaciones sociales. Dice que la objetivización es el modo en el que una teoría, un conjunto abstracto de ideas, es concretado con imágenes, al tiempo que organiza una estructura para que la cultura, el pensamiento natural o de sentido común, se apropie de esas ideas abstractas. Cita el trabajo que Moscovici hizo con el psicoanálisis y el modo en el que fue recibido por los diversos grupos sociales. Entonces, la objetivización que se ha hecho del psicoanálisis sería otra prueba de que entre el psicoanálisis y la psicología hay un proceso de asimilación, precisamente la psicología del yo; el esquematismo reductor de las nociones freudianas tiene a prevalecer como efecto de esa objetivación.

Durante los últimos cincuenta años ha prevalecido en la cultura la jerga psicoanalítica, no siempre con un uso riguroso de los términos. Quizá en muchos casos ha sido distorsionado su sentido. Pero quizá también en otros tantos ha dado pie a nuevas comprensiones de lo humano. Pese a esa supuesta ventaja del movimiento excéntrico, tal como lo hemos caracterizado en este escrito, en el que el psicoanálisis ha influido en la cultura, hemos de ser muy claros, el precio que tiene que pagar el psicoanálisis es muy alto pues se pretende extraer lo más fecundo de su aporte, la dimensión inconsciente del psiquismo.

Por cierto, resulta sugerente la indagatoria de González (2004, pp. 359-453) y de Santos (2009, pp. 17-59) en el sentido de que la historia de la ciencia muestra que el paradigma positivo, el parámetro de las ciencias naturales, podría estar en crisis, de modo que estaría por abrir, o más bien, está ya en el proceso de apertura, el espacio para la emergencia de un nuevo paradigma. Este nuevo paradigma no puede caracterizarse, pero, por ciertas tendencias, podría plantear un diálogo entre las ciencias naturales y las sociales, en lugar de una tajante separación.

Sobre la base de ese nuevo horizonte podría pensarse que las disciplinas tendrían nuevas formas de diálogo. Entonces, la supuesta relación entre el psicoanálisis y la psicología, en el ámbito de la cultura, requeriría de nuevo estudios a fin de saber si existen formas inéditas de articulación.

Conclusiones

Pudo comprobarse, en el breve trayecto de este escrito y sobre la base del análisis de la noción freudiana de yo, que entre el psicoanálisis y la psicología no ha existido ni existirá una relación. El psicoanálisis habrá pues de continuar su camino sin la psicología.

En el contexto amplio de la cultura se ha querido “asimilar” el psicoanálisis a la psicología, despojándolo de la fecundidad de sus descubrimientos sobre el psiquismo humano; ese ha sido el propósito de la psicología del yo. En un sentido contrario, podríamos esperar que sea el psicoanálisis el que, con su proyecto revolucionario, es decir, el cuestionamiento sobre la normalidad psíquica, los nuevos horizontes abiertos en los estudios sobre la sexualidad humana, la trascendencia de la palabra en el ámbito humano, entre otros, incida en los diversos ámbito de la cultura.

También pudimos constatar que la función que cumple el yo en el análisis es la del desconocimiento, las reflexiones freudianas sobre el asunto de la negación y las de Lacan sobre el discurso del analizante así lo muestran.

Entonces, repasar el tema de la función de desconocimiento del yo en el análisis nos permitió obtener las razones necesarias y suficientes para constatar la no relación entre campos disciplinarios, como el psicoanálisis y la psicología. En contraste con ello, y como simple referencia que dé apertura a nuevos estudios, podemos pensar que la relación del psicoanálisis con la lingüística, pasa por una transliteración de los conceptos que diferencia y anuda nuevos sentidos para ciertos términos como el de significante. Por el contrario, la noción de yo de la psicología del yo, busca mezclar los dos campos disciplinarios, la psicología y el psicoanálisis, despojando al segundo de lo más relevante de su planteamiento, a saber: lo inconsciente, la repetición y la transferencia.

Referencias

- Ardoino, J. A. (1988/1994). *Psicoanálisis y complementariedad multirreferencial: reflexiones epistemológicas*. (p. 420) En Piaget y el psicoanálisis. México: Universidad Autónoma Metropolitana/ Xochimilco (UAM-X).
- Bruner, J. (2004). *La teoría del desarrollo como cultura*. En Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia (pp. 138-152). Barcelona: Gedisa.
- Casas, J. (2002). *Relación del psicoanálisis con otros campos disciplinarios: Una apreciación*. México: Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ).

- Copi, I. M., y Cohen, C. (2004). *Falacias: 5 y 6. Accidente y accidente inverso*. En Introducción a la lógica (p. 135). México: Limusa.
- Freud, S. (1913/1976). *El interés por el psicoanálisis*. (pp. 169-192). En Obras Completas. Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/1976). *El yo y el ello* (pp.15-59). En Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925/1976). *La negación*. (pp. 253-257). En Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, P. (2004). *El curso de las ciencias* (Epílogo). En Las nuevas ciencias y las Humanidades. De la academia a la política (pp. 359-453). España: Anthropos.
- Hyppolite, J. (2001). *Comentario hablado sobre la Verneinung de Freud*. (pp. 859-866). En Escritos 2. México: Siglo XXI.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En S. Moscovici, Psicología Social II. (pp. 469-494). España: Paidós.
- Lacan, J. (2001a). *Introducción al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud: Seminario de Técnica Freudiana del 10 de Febrero de 1954*. En Escritos 1 (pp. 354-365). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2001b). *Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud*. En Escritos 1 (pp. 366-383). México: Siglo XXI.
- Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. España: Gedisa.
- Perrés, J. (1994). *Psicoanálisis y complementariedad multirreferencial: reflexiones epistemológicas*. En Piaget y el psicoanálisis (pp. 417-439). México: Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco (UAM-X).
- Santos, B. (2009). *Hacia una epistemología más allá de lo posmoderno*. En Una epistemología del sur (pp. 17-59). Buenos Aires: Clacso Coediciones/ Siglo XXI.
- Zemelman, H. (2002a). *Necesidad de conciencia. Un modo de construir conocimiento*. México: Anthropos/ El Colegio de México/ Escuela Normal Superior de Michoacán/ Universidad Veracruzana.
- Zemelman, H. (2002b). *El conocimiento como desafío posible*. México: Castellanos Editores/ Universidad Pedagógica Nacional (Hidalgo)/ Universidad Nacional del Comahue.

Recibido: 28 de noviembre de 2011

Reenviado a correcciones: 15 de mayo de 2012

Aceptado: 3 de diciembre de 2012

**¿Y ahora con quien baila la
Discriminación?
-a 112 años del Baile de los 41,
en México-**

**And now who dances Discrimination?
-Dance to 112 years of the 41, in Mexico-**

Laura Irlanda Ortega Varela¹

Facultad de Psicología

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

¹ Mtra. Laura Irlanda Ortega Varela. Maestría en psicoterapia psicoanalítica de la infancia y la adolescencia. Contacto: laurairlanda@yahoo.com.mx

Resumen

El presente ensayo aborda la necesidad de reconocer y ejercer un respeto por los derechos sexuales, ya que la discriminación y el ejercicio de la violencia, en sus distintas expresiones, son aspectos que aún existen en nuestra sociedad, a pesar de los tratados internacionales. A 112 años del baile de los 41 en México, que marco la homofobia y la intolerancia, para ciertos grupos, es buen momento para reflexionar, sobre la discriminación, en donde se excluye en base al sexo, al género, y a la orientación sexual. Partiendo desde la época prehispánica, y hasta nuestros días se ha dado un trato desigual a los seres humanos, marcando diferencias, existen encubrimientos de grupos de poder que solo aceptan lo diferente a su conveniencia. En un breve recorrido por la historia se confirma que el baile de la diversidad siempre ha existido, la intolerancia y el abuso también. Aunque las manifestaciones de racismo, discriminación, exclusión, y burla, son una realidad en México, esto se *travestió* simbólicamente con el nombre de “la moral” y las “buenas costumbres”, entre el machismo y la corrupción, lo cual destruye vidas. Se pretende reflexionar en la re significación, sobre la cultura de la igualdad e incluir los derechos sexuales reconocidos como parte de los derechos humanos, para generar las mismas oportunidades para todos, con inclusión y respeto.

Palabras clave: Derechos sexuales, intolerancia, discriminación, diversidad sexual.

Abstract

This article addresses the need to recognize and exercise respect for sexual rights, and that discrimination and use of violence in its various expressions, are issues that still exist in our society, despite international treaties. To 112 years of dance of the 41 in Mexico, under the homophobia and intolerance, for certain groups, it is good time to reflect on discrimination, where is excluded on the basis of sex, gender, and sexual orientation. Starting from pre-Hispanic times, and to this day there has been unequal treatment of human beings, marking differences, there are cover-ups of power groups that only accept what is different at your convenience, a brief overview of the history confirms that the diversity dance has always existed, intolerance and abuse also. Although the manifestations of racism, discrimination, exclusion, and mockery, are a reality in Mexico, this transvestite symbolically in the name of “morality” and “decency”, between machismo and corruption, which destroys lives. Some thoughts on the significance re on the culture of equality and include sexual rights recognized as part of human rights, to create equal opportunities for all, including and respect.

Keywords: Sexual rights, intolerance, discrimination, sexual diversity.

A partir de las ideas del feminismo para incluir a las mujeres dentro de la igualdad de derechos que tenían los hombres, se luchó por acceder al trabajo y al voto y se crearon espacios para debatir e investigar sobre las desigualdades de género, el racismo, la homofobia, la discriminación, las detenciones arbitrarias, la violencia, el machismo y la corrupción entre otras. La reflexión en estos temas no sólo es un asunto de educación sino de violación a los derechos humanos.

La diversidad sexual incluye poblaciones heterosexuales, bisexuales homosexuales, intersexuales y personas transexuales (femeninas o masculinas) y en cada una hay que entender su relación con el género. Las prácticas y fantasías homosexuales, en cada población siempre han existido, como lo demuestran los estudios biológicos, históricos y antropológicos, sin embargo en algunas culturas todavía no se aceptan ciertas prácticas y fantasías que salen de cierta “ortodoxia”, mencionando que son actividades minoritarias o diferentes, en algunas comunidades todavía se excluye lo que se considera diferente, llegando al grado de la intolerancia, el abuso de los derechos de las personas, la persecución e incluso en algunos lugares todavía se les castiga con la muerte.

Desde la época prehispánica hasta nuestros días han existido las relaciones heterosexuales, homosexuales y bisexuales, y de la misma manera en cada una se generan perturbaciones y afectos, en cada relación se incorpora el erotismo, el goce, la pasión, la intimidad y el compromiso. Negar que hay todo un abanico de relaciones diversas, no solo es negar la realidad sino negar que el fondo de la aceptación o rechazo a la diversidad sexual tienen que ver con argumentos ideológicos que con frecuencia proceden de grupos de poder o de la vigencia de una tradición excluyente (Aguirre, 2010).

La defensa de los propios argumentos, que tienen que ver con aprendizajes de patrones mentales que afectan nuestras creencias personales, nuestra visión corporal, la sexualidad y los afectos, a veces puede llegar a la intolerancia, la negación, la agresión, la humillación, la crueldad y la violencia extrema. Desde el punto de vista psicológico es necesario reflexionar ante la constante intolerancia para revertir los procesos de destructividad puestos en la sexualidad que se basan en motivos externos (su vestimenta, arreglo personal, expresión corporal..) sean reales o no, pero que se utilizan en contra de lo diferente por su condición interna (por su elección de género), en donde se destruye internamente y destruye externamente. No obstante, con frecuencia, quienes atacan a los homosexuales, en el fondo, tienen también esa tendencia, pero se resisten a reconocerla y creen que atacando al “otro”, se ven liberados de su angustia interna.

Amuchástegui (2004) señala que el término “homosexual” fue usado por primera vez en 1869, mientras que el de “heterosexual” está registrado en Oxford English Dictionary supplement más tarde, en 1901. Lo más interesante es que el término “heterosexual” era utilizado, en ese entonces, para designar individuos que tenían inclinaciones por personas de ambos sexos (lo que ahora se denomina bisexualidad). Menciona además la autora, que solo más adelante, por el uso común, en el primer cuarto de este siglo, el término adquirió la connotación que tiene ahora.

Otro dato curioso es que precisamente en 1901, es cuando se da la llamada “gran redada de los 41 Maricones” en México, que para Brito (2010) es un acontecimiento histórico en la vida sexual mexicana, porque inaugura el trato arbitrario destinado a las minorías por parte de las instituciones de justicia, trato que se extenderá a lo largo del siglo XX hasta la irrupción del movimiento de liberación homosexual al final de los años setenta, momento en que gays, lesbianas y trans reivindican su derecho a existir públicamente y se movilizan en contra precisamente de esas ilegales redadas policíacas.

A través del suceso de los 41, también se conoció más de la doble moral, que se caracterizaba por las fiestas “exclusivas”, la famosa historia del “Yerno incómodo”, destapó como dice Monsiváis (2010), la existencia de la homosexualidad y el baile de los 41 delata una mínima pero ya sólida organización social; la redada, al darle el nombre ridiculizado (los 41), modificaba el sentido de esa colectividad en las tinieblas: de anomalías ascienden a la superficie del choteo, y esta primera visibilidad es un paso definitivo.

Para Brito (2010) El llamado baile de los 41 Maricones, fue una gran fiesta clandestina efectuada en noviembre de 1901, en la que había hombres de todas las clases sociales bailando con hombres, en forma divertida y amena, algunos de ellos, vestidos de mujer, sorprendidos por la policía (sin la licencia correspondiente) cuando llegó la policía a hacer una redada. La prensa informó del arresto de 42 hombres (que luego serían 41), y se los llevó, con excepción de un hombre de poder: el yerno del Dictador Porfirio Díaz.

El famoso “baile de los 41”, como le llamó la prensa de la época se llevó a cabo en la calle de la Paz y a él asistían hombres de variadas profesiones y condiciones sociales, incluso se habla de uno que otro sacerdote. Durante días, la prensa se dio vuelo regocijado y morboso del hecho, ridiculizando a las víctimas obligadas a barrer las calles ataviados aún con prendas femeninas y se solaza con el duro castigo impuesto: a 19 de ellos, los más afeminados, pobres y sin el salvoconducto de las influencias políticas se les envía a la cárcel y luego a Yucatán a pelear dentro del Ejército contra los mayas. Para Brito los más identificados son los llamados “pollos” y “lagartijos” asiduos a la calle de Plateros y “afeminados conocidos” registrados, según

el diario El Popular, en la Inspección General de la Policía. Todo esto sin un proceso judicial y con constante abuso de autoridad y por supuesto sin tomar en cuenta sus derechos humanos.

No obstante, el único que libró el peso de la ley y el infierno de los trabajos forzados en Yucatán, como le tocó a la mayoría, fue Ignacio de la Torre y Mier, quien se había casado en 1888 con la hija más querida de Porfirio Díaz, la famosa Amada Díaz, quien no tuvo hijos con Ignacio y que paradójicamente no fue amada puesto que su vida estuvo llena de complicaciones y tristeza, a causa de su pareja homosexual. Desde el análisis de Brito (2010), Si los detenidos solo bailaban, ¿cual fue entonces su delito? No se castigó por haber infringido una Ley Civil sino por haber infringido las leyes naturales.

El llamado “yerno incomodo”, Ignacio de la Torre y Mier, tuvo la protección de Porfirio Díaz y fue salvado de ir a prisión y de ser ridiculizado como los demás por ser yerno presidencial; no obstante se cuentan muchas historias alrededor de él, incluso Emiliano Zapata trabajó con él durante 6 meses como su caballero mayor en su mansión de Reforma; poco después Zapata se fue resentido de ver que los caballos de De la Torre, vivían mejor que los campesinos. Pero siempre ha trascendido el rumor de que De la Torre veía a Zapata como un apuesto provinciano, no de malos bigotes con un aire seductor.

Aunque en el escándalo de los 41 se trató de no exhibir a Ignacio de la Torre, este pasaje abre una cantidad de cuestiones que lo siguen exhibiendo después de 112 años, en donde actualmente en nombre de “La moral y las buenas costumbres” se sigue distorsionando el discurso del poder, y las políticas públicas se aceptan o se rechazan de acuerdo al goce, que los sujetos en turno buscan y del que huyen a la vez.

En la época actual, ha habido diversas manifestaciones de intolerancia en nombre de la “moral” unas de ellas han sido la censura a los proyectos de educación sexual, como la prevención de embarazos no planeados, la prevención del VIH/SIDA, la atención a la salud sexual de los y las adolescentes, el uso del condón, la violencia hacia las mujeres, la discriminación, y la despenalización del aborto, entre otros, que a nivel mundial ya están aceptados por la Organización Mundial de la Salud OMS, y son parte de los derechos fundamentales del ser humano, pero en lugar de una cultura hacia la salud sexual se censura la educación y se permite la perversión.

Otra ha sido la gravedad de la impunidad en ámbitos específicos en donde se sigue encubriendo a grupos de poder como a los pederastas, a los traficantes de personas y los negocios de redes de prostitución, en donde

los abusos son constantes. A veces los privilegios de unos son el peligro latente para otros, el vivir en la desesperanza las persecuciones y el temor, o la certeza de una muerte anunciada, se ha convertido para los activistas que apoyan los derechos humanos una constante.

Existen, asimismo, grupos de conservadores que trabajan para evitar los derechos humanos y los derechos sexuales, los cuales pretenden imponer una moral sexual basada en el pudor y la abstinencia; estos grupos trabajan en nombre de los valores aunque en realidad tienen doble moral y fomentan la discriminación, pagan grandes campañas mencionando que lo diverso no es humano y tratan de impedir que los grupos vulnerables sean escuchados e incluso consideran que excluyendo a personas transexuales o trans género ya no existen, el negar su derecho a la salud, y negar su identidad para trámites legales no determina la existencia del otro.

En 1901 no se respetó la diferencia de 41, y además se les castigó corporalmente sin juicio y sin derechos sin embargo, uno se salvo bajo pretexto de salvaguardar las “buenas costumbres” y “la honra de Amada”. De aquel tiempo a la fecha han existido muchos cambios, pero a veces la información no ha llegado a todas las instituciones o a toda la sociedad y se siguen defendiendo los mismos hechos del pasado, combinando el machismo y la corrupción.

No toda la sociedad se ha dado cuenta que el 41 ahora no solo es objeto de broma para la masculinidad mexicana sino también es símbolo económico comercial valorado, ya que muchos antros han ganado fama y fortuna con ese número; por ejemplo, hay antros que se llaman “El 41” y ofertan espacios de diversión para homosexuales, y están generando muchas ganancias debido a que cada vez hay más personas que reconocen abiertamente su orientación sexual diversa.

Las sociedades que viven del pasado y siguen reforzando la doble moral, dañan los derechos humanos, no solo por la discriminación y la problemática de segregación social, también porque hay falta de acceso a los derechos de los heterosexuales, homosexuales, bisexuales, transexuales, trans género e intersexuales; no porque no existan los derechos, si no porque no se aplican, y no se respetan los acuerdos internacionales. La apuesta es hacia el despertar de la voluntad política para discutir el tema de diversidad sexual y derechos sexuales, privilegiando un trato igualitario.

No podemos desconocer en el acto y en la teoría que como parte de los Derechos humanos, el primero es el derecho a la dignidad de todo ser humano. Y que es obligación del Estado garantizar los derechos humanos y respetarlos.

La sexología realizó un gran avance al reconocer los derechos sexuales suscritos en El Cairo en 1994, la organización mundial de la salud (OMS) la organización panamericana de la salud (OPS) en colaboración con la organización mundial de sexología (WAS), celebrada en: Antigua, Guatemala en el 2000, declaran los derechos sexuales, los cuales se obliga a crear elementos legales y políticas públicas para ejercerlos y en donde también se reconoce la diversidad sexual y se incorpora el placer y el erotismo, con responsabilidad, educación, y prevención.

Uno de los derechos sexuales es el derecho a decidir en forma libre sobre el propio cuerpo y su propia sexualidad. El único límite para ejercer los derechos, es el momento en que los actos estén tipificados como delito. Otros de los derechos plasmados en el documento de El Cairo, arriba mencionado, son los siguientes:

Derecho a manifestar públicamente los afectos

Derecho a ejercer y disfrutar plenamente la vida sexual

Derecho a decidir con quién compartir la vida y la sexualidad

Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad

Derecho a vivir libre de violencia sexual

Derecho a vivir libre de toda discriminación.

Derecho a la información completa científica y laica sobre la sexualidad

Derecho a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

A nivel mundial son indignantes las injusticias que se siguen viviendo, para justificar la violencia hacia los seres humanos por su condición de sexo de orientación o de género, en nombre de que es “su cultura”, el abuso a menores, los casamientos de niñas con adultos, la castración a las niñas², la venta de menores, incluso por un cartón de cerveza, la venta y explotación de mujeres, los matrimonios de un hombre con varias mujeres, también es indignante. La actual fantasía de algunas personas que consideran necesario legislar la vestimenta de las “mujeres” y señalar hasta donde deben cubrirse para no provocar al “hombre”, considerar que se prohíba la homosexualidad, por decreto, que se castigue con la cárcel o incluso la muerte, por algo que no es una elección, estos rasgos machistas u homofóbicos que se generan fomentan la violencia y discriminación, por la falta de cono-

² Para André Green, la castración de niñas que no es imaginaria, consiste en la abtactación del clitoris y en prácticas similares.

cimiento o por creencias en nombre de la Religión y la Ley de cada cultura, sin embargo las creencias se pueden cambiar y los derechos se pueden cumplir ya que antes que toda creencia, tradición o costumbre cultural, esta la declaración universal de los derechos humanos (DUDH) en donde podemos privilegiar el diálogo y anteponer los derechos.

En México se sigue bailando con la discriminación, y los pocos avances contra la homofobia y la no discriminación de género, se quedan solo en el Distrito Federal y no llegan a los Estados, se empieza a pensar en los derechos de las personas homosexuales, pero no en la posibilidad de adopción, como si solo los Padres heterosexuales pudieran ser buenos padres, por el simple hecho de ser padres biológicos. La condición de las personas transexuales todavía no se acepta, y se excluyen en empleos, acceso a servicios de salud, uso de credenciales etc. Vivimos en una gran ambivalencia porque aunque en México ya se acepta el discurso de la diversidad y el respeto a lo diferente, en la práctica se niega la inclusión y esto repercute en las injusticias y falta de derechos. De ahí la necesidad de darlos a conocer y construir condiciones sociales para que se ejerzan. La participación reflexiva en temas de educación y de salud sexual, es necesaria para todos, se requiere compartir y debatir para producir formas de análisis y crear espacios para contribuir al cambio social, al reconocer la diversidad con dignidad, podemos parar muchos tipos de violencia.

Referencias

- Aguirre, E. (2010). *Pecar como Dios Manda del México prehispánico hasta el inicio de la Colonia*. México: Editorial Planeta.
- Amuchástegui, A. (2004). Homosexualidad. En *La rosa de los vientos* González-Rizzo (ed.) *Cartas de Navegación*. México D.F. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir Jóvenes Sexualidad y Derechos.
- Brito, Alejandro; Lamas, Martha; y Monsiváis, Carlos. (2010) *Que se abra esa puerta, crónicas y ensayos sobre la diversidad sexual*. México: Editorial Paidós.
- Declaración de los derechos sexuales según la Asociación Mundial de sexología (WAS) (2000). *Derechos sexuales*. México: Autor.
- Green, A, (1992). *El complejo de Castración*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Recibido: 30 de marzo de 2012.

Aceptado: 05 de diciembre de 2012

**Intervención psicoterapéutica y
psicosocial para familias con migración
y discapacidad. Un acercamiento
inicial.**

**Psychotherapeutic and Psychosocial
Intervention for Families with
Migration and Disability. An Initial
Approach.**

Lucía Cabrera Mora¹

*Centro Psicopedagógico, Secretaría de Educación Pública,
Michoacán*

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

María Elena Rivera Heredia²

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

¹ Doctorante del Doctorado Interinstitucional en Psicología, adscrita a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Correo de contacto: lucamor8@hotmail.com

² Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Resumen

En este trabajo se describe cómo funcionan las familias que asisten a un centro de Educación especial de una zona semi-rural del estado de Michoacán que presentan migración y discapacidad simultáneamente. Se realizaron entrevistas a profundidad a cinco mujeres, con esposo migrante y con un hijo(a) con discapacidad. Se encontraron escasos recursos económicos, así como falta de atención a la salud emocional, sin embargo hubo evidencia de que existe apoyo social principalmente de la familia extensa. Se recomienda acercar a estas familias servicios de atención psicológica tanto psicoterapéutica como psicosocial con terapeutas entrenados para ser sensibles a los factores socioculturales.

Palabras clave: discapacidad, intervención, familias, migración, psicoterapia.

Abstract

This work describes how do families who visit a Special Education Center in a semi rural zone in the state of Michoacan work. Especially when they present migration and disability simultaneously. The participants were five women with a migrant husband and a son or a daughter with disability. Deep interviews were realized. It was found low economic resources, and lack of emotional health. However, there was evidence that social support exists mainly by the extent family. It is recommended to bring these families closer to psychological services with psychotherapists trained in being sensible to sociocultural factors.

Keywords: disability, family, intervention, migration, psychotherapy, psychosocial

Introducción

Hay un sinnúmero de propuestas para la intervención con familias en situación de riesgo. Para ello, es imprescindible aproximarnos a su contexto desde una postura de respeto y a la vez de flexibilidad que nos permitan buscar información y plantearnos hipótesis para comprender el sistema familiar, y a la vez, reelaborar y ajustar esas hipótesis en caso de que dicha información requiera ser modificada o cambiada una vez que se profundice en la investigación clínica, dando pie a los nuevos hallazgos. En el presente trabajo, el acercamiento se hace con familias que presentan discapacidad en un hijo(a) y migración del padre y que además viven en un contexto semirural en el Estado de Michoacán, con miras a conocer su dinámica y poder hacer propuestas de intervención desde la psicoterapia familiar.

El interés en la vinculación de la migración con la discapacidad tiene su origen en el análisis del trabajo del psicólogo con los usuarios de servicios de educación especial provenientes de zonas rurales y semirurales en quienes se observaba que además de la vivencia de la discapacidad de alguno de sus hijos o hijas, también vivían la migración de algún integrante de la familia, principalmente el padre. De ahí se deriva el cuestionamiento sobre la relación entre estos dos temas, así como las implicaciones para la intervención tanto en educación especial, como en psicoterapia familiar. Ante ello también emerge la necesidad de desarrollar propuestas para políticas públicas dirigidas a disminuir la vulnerabilidad de quienes presentan en conjunto dos circunstancias adversas: un problema de educación especial y la migración de un familiar significativo, como sería el padre.

Por lo tanto, se hace necesario abordar los índices tanto de discapacidad como de migración. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEGI] (2010), el Estado de Michoacán de Ocampo cuenta con 4,352,037 habitantes, de los cuales 267,716 tienen alguna discapacidad, lo que representa 6.2% de la población total. El Municipio de Morelos donde se realizó la presente investigación, se localiza al norte del Estado de Michoacán y tiene un total de 8,091 habitantes, de éstos 3,630 son hombres, y 4,461 son mujeres y se desconoce el porcentaje de discapacidad. En cuanto a la migración, se estima que en Estados Unidos viven al menos 12 millones de migrantes nacidos en México, siendo Michoacán uno de los Estados con mayor número de migrantes: 89,261 de los cuales 70.6% son hombres y 29.4% mujeres. Al igual que el porcentaje de personas con discapacidad, se ignora el porcentaje exacto de migración en el Municipio donde se realizó la investigación, aunque sí se menciona que es elevado.

Para hablar de familia, Minuchin (2001) comenta que es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo y que éstas a pesar de tener raíces universales, van a cambiar de acuerdo con las diferencias culturales. Una de las funciones centrales de la familia es hacer nacer individuos a la vida psíquica, así como también perpetuar la especie (Eiguer, Carel, André-Fustier, Aubertel, Ciccone y Käes, 1998). Idealmente dentro del círculo familiar, de acuerdo con Sluzki (2002), se integran una serie de relaciones íntimas o de cercanía afectiva de suma importancia por el apoyo emocional que proporcionan al darse intercambios emocionales positivos dentro de un ambiente de comprensión, así como de simpatía, empatía, estímulo y apoyo.

Por otro lado, se hace alusión a la migración como el desplazamiento de personas que cambian su residencia habitual desde una unidad político-administrativa hacia otra, como sería el caso de la migración interna, o que se mudan de un país a otro en un periodo determinado, lo cual corresponde

a la migración de tipo internacional (CONAPO, 2004). Todo lo que se genera con dicho desplazamiento es lo que hace de la migración un fenómeno que tiene fuertes repercusiones socioculturales a nivel mundial, que afecta a toda la sociedad, tanto en las áreas de salida como en las de llegada (Castles y Miller, 2004), además de las localidades afectadas por el tránsito de migrantes.

Grinberg y Grinberg (1984), la definen como una experiencia potencialmente traumática que se caracteriza por una serie de acontecimientos difíciles que conllevan una situación de crisis. Achótegui (2004), comenta que dicho proceso se vive con tal intensidad, que incluso puede sobrepasar la capacidad de adaptación de quienes lo experimentan por los niveles de estrés tan altos a los que el migrante se ve sometido. Otro punto de vista lo aporta Celia Falicov (2001), al señalar que la migración no sólo afecta al que emigra, sino que incluye a los que se quedan, y a los que van y vienen. Partiendo de esta idea, la autora describe a detalle las situaciones a las que se ven sometidos todos los miembros del sistema familiar. Desde la perspectiva de Rivera-Heredia (2008, p.85), “migrar implica un impulso de vida, tener la esperanza de un futuro mejor, así como un espíritu de lucha y de búsqueda de sobrevivencia mayor”. De acuerdo con García-Zamora (2000), el migrante tiene que padecer situaciones de aislamiento y persecución, llevándolo a la renuncia de afecto e identidad, todo con el fin de mejorar su situación y la de su familia.

Ahora bien, de acuerdo con el INEGI (2001), una persona con discapacidad es alguien que sufre restricciones en la clase o en la cantidad de actividades cotidianas que puede realizar debido a dificultades causadas por una condición física, una condición mental o un problema de salud de largo plazo (solamente deben incluirse las enfermedades que duren más de seis meses). Reflexionando esta definición, es imposible no pensar en la crisis que enfrenta la familia cuando vive la discapacidad de alguno o varios de sus integrantes. Cabe citar la opinión de Ackerman (1994), quien comenta que una crisis en la vida de la familia puede tener efectos profundos y de gran alcance en la salud mental tanto en el sistema en general como en sus miembros de manera individual. Rolland (2000) a su vez, plantea que en las familias con un padecimiento crónico, sobre todo incapacitante, tienen que encarar las tareas, tanto prácticas como emocionales que la misma situación les presenta de manera inmediata. Al respecto, Kllabed (1997), considera que esta alteración de la dinámica familiar va a afectar a los hermanos, quienes necesitarán de una atención diferente, donde con frecuencia los niños sanos se sienten excluidos y para atraer la atención, desarrollan síntomas somáticos buscando con ello el ser tomados en cuenta. De ahí que el terapeuta familiar “desde los primeros contactos con la familia debe

integrar mucha información de diversa índole, debe participar activamente en la interacción y, no obstante, mantener una visión de conjunto de ésta” (Caillé, 1990, p.46).

Por todo ello, se resalta la importancia de analizar la dinámica familiar en el manejo y enfrentamiento de las situaciones de crisis asociadas con la migración y con la discapacidad, para detectar recomendaciones específicas para proporcionarles apoyo tanto psicoterapéutico como psicosocial.

Método

Participantes. Se convocaron cinco mujeres, que tuvieran un hijo con discapacidad y un esposo migrante, quienes llevaban a este hijo(a) a una Escuela de Educación Especial, ubicada en el Municipio de Villa Morelos del Estado de Michoacán. A continuación se describen las cinco familias que integran esta investigación. Las cinco participantes fueron seleccionadas por poseer características similares: se encuentran en la etapa de ciclo vital de la familia de la crianza de los hijos (Estrada, 1997), tienen un esposo que emigra a los Estados Unidos y un hijo(a) con discapacidad, al cual llevan de manera regular a la Escuela Especial.

Técnicas de recolección de datos. La manera en que se obtuvieron los datos para esta investigación fue a través de una entrevista a profundidad organizada en un cuestionario semiestructurado, compuesto por 76 preguntas. Se dispuso de un salón adecuado para llevarlas a cabo y se utilizó una grabadora para registrar toda la información verbal proporcionada. Las entrevistas se realizaron en dos sesiones con una duración de dos horas aproximadamente cada una.

Tabla 1. Descripción de las familias

Clave	Descripción de la estructura familiar general
Aa	En esta familia el esposo tiene cuarenta años de edad, la esposa tiene 39 y tienen dos hijos: el primero de seis años y el segundo cinco. El esposo cuenta con permiso de trabajo para laborar en EUA y visita a su familia cada año. El segundo hijo tiene el diagnóstico de autismo. La esposa comentó que la discapacidad de su hijo no tiene nada que ver con la migración de su esposo, la decisión de que él se fuera la tomaron por carencias económicas.

Rf	Ambos padres de esta familia tienen treinta y cinco años de edad. Una hija adolescente de quince años, un hijo de doce y unas gemelas de diez años de edad. El esposo cruza como indocumentado y visita a su familia cada tres o cuatro años. El único hijo varón nació con Síndrome de Down. La señora comentó que la migración de su esposo no tiene que ver con la discapacidad de su hijo, sino que se dio por las dificultades económicas.
Jc	En esta familia el padre tiene treinta y seis años de edad, la madre treinta y uno. Tienen tres hijos: el primero de once, el segundo de ocho y la menor de dos años de edad. El padre tarda hasta cuatro años en estar con su familia. Cruza como indocumentado. De los tres hijos, el de ocho años tiene problemas de lenguaje. La esposa dijo que le sería difícil apoyar a su esposo para que ya no se vaya porque no ve ninguna alternativa para enfrentar los gastos que tienen.
Cl	El padre de esta familia tiene treinta y seis años de edad, su esposa tiene treinta y tres años. Tienen hijos adolescentes: un hijo de dieciséis, una hija de catorce; y dos más chicos: una niña de seis y otro de tres años de edad. Se va cada año a Estados Unidos, cruzando como indocumentado. La niña de seis años tiene discapacidad intelectual y leucemia. La esposa ve en la migración la única opción para solventar los gastos.
Tn	En esta familia el padre, tiene treinta y cuatro años de edad y la madre treinta y cinco. Tienen cuatro hijos: uno de trece, uno de once, una niña de nueve y el menor de siete años de edad. El padre tarda en visitar a su familia hasta cuatro años porque cruza como indocumentado. Su hijo de once años tiene discapacidad intelectual. La cuestión económica hace que él vuelva a emigrar.

Procedimiento.

A las participantes se les informó en qué consistía la presente investigación y se les preguntó si estaban dispuestas a participar. Ya que accedieron, se les dio una primera cita. Antes de empezar la entrevista, se les leyó la Carta de Consentimiento Informado. Las entrevistas se realizaron en la Escuela, en un salón asignado para el área de psicología.

Resultados

Desde una perspectiva cualitativa, el análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas transcritas puede organizarse por categorías, por matrices y por grandes temas o preguntas. En este caso, los hallazgos

se presentan a través de los seis grandes temas que se abordaron en las entrevistas, dentro de cada uno de ellos se encuentra un párrafo que sintetiza lo encontrado.

Causas de la migración del esposo. Los esposos migran por la falta de fuentes de trabajo remunerado que generen salarios que sean suficientes para satisfacer las necesidades básicas y no verse en la necesidad de tener que endeudarse para solucionar alguna emergencia, ante lo que mencionan: *“Es que aquí en el rancho no hay pues ningún trabajo...hay de albañil pero no es un trabajo fijo”* (hombre, esposo migrante que retornó).

Las circunstancias bajo las cuales emigran son difíciles, ya que cada vez que lo hacen ponen en riesgo su vida, además de que es un trance que invade de estrés no sólo a ellos, sino a todo su familia porque no dejan de considerar la idea de que tal vez ya no los vuelvan a ver con vida. Por ejemplo señalan: *“De ver cómo sufren en la pasada uno ya no quiere que se vayan, pero siempre es la necesidad lo que lo obliga a uno”* (mujer esposa de migrante).

Interacción familiar. De recién casados vivían con la familia del esposo, tres de ellas estuvieron viviendo con los suegros cuando el esposo se iba a EUA. Ya después se pudieron independizar, aunque tienen a sus familias extensas como vecinos y el contacto es muy cercano. La vivencia de los otros hijos ante la discapacidad del hermano(a) ha sido de sufrimiento, ya que no les han dado la misma atención y no saben cómo relacionarse con ellos. Por las respuestas que dan las esposas, se puede concluir que estas familias no modifican mucho su dinámica cuando su esposo está de regreso en casa o cuando emigra, quizá se deba a que la comunicación que mantienen con ellos es frecuente y a que en ambas situaciones ellas continúan ejerciendo su rol como cuidadoras del hijo(a) con discapacidad.

Manejo de la discapacidad del hijo(a). Los mayores temores y fuentes de presión que sienten estas mujeres tienen que ver con enfrentar situaciones de enfermedad con sus hijos y el peso de la responsabilidad de su educación. La sensación de vulnerabilidad ante la ausencia del marido aumenta entre mayor sea la discapacidad del hijo(a). *“Lo más difícil es que aparte de lo que ya tiene, se me enferme de algo más. Se pone molesto y quiere que lo cargue todo el tiempo; entonces el otro necesita algo y yo no se lo puedo dar, ahí está el problema, no puedo atender a los dos al mismo tiempo. Dejo uno para atender al otro y se ponen de puros gritos y llantos”*. (mujer, esposa de migrante).

Manejo de la autoridad y economía. Luego de que sus esposos migran, las mujeres son quienes deciden lo que se hace en casa. Por ejemplo, men-

cionan: *“Cuando él no está, yo decido qué hago con el dinero” (mujer esposa de migrante)*

Aceptan que obtienen ganancias de estar en esa posición, sin embargo, también se sienten presionadas cuando tienen que dar solución a algo inesperado, ese tipo de situaciones son las que consideran como una carga pesada. Los esposos mandan el cheque a su familia, la esposa es la que se encarga de administrar el dinero. Estas mujeres dicen que sí han pensado en que la situación cambie, en que su esposo encuentre aquí un trabajo que dé lo suficiente para vivir, sin embargo, la ven como una posibilidad lejana porque sus hijos van creciendo y con ello las demandas económicas son mayores. *“Sí hemos pensado en que ya no se vaya pero él me dice, “¿qué quieres que haga si no hay dónde trabajar?” También comentan: “Pensar en que se quede...yo digo que a según nos la veamos ahora que él esté acá, porque los niños están creciendo y pus va a ser más gasto...sólo Dios sabe cómo le haríamos” (mujer, esposa de migrante).*

La posición incómoda al quedarse solas, se compensa con tener con que hacer frente a la situación económica. Pudiera ser que eso no las deja pensar en romper el ciclo, gastando todo lo que su esposo envía sin considerar en invertirlo o ahorrar para evitar que se tenga que regresar una vez que esté acá. A su vez, el esposo es tomado siempre en cuenta a partir de que aporta económicamente, ejerciendo autoridad con los hijos al amenazarlos con retirar privilegios.

Redes de apoyo. Todos los esposos tienen familiares en Estados Unidos (hermanos y familia de éstos) y viven con ellos. Las esposas que se quedan en México tienen a sus vecinos, a la familia extensa y dos de ellas viven con su familia de origen, una más vive con la familia del esposo y cuando éste regresa, se van a su propia casa. De acuerdo a la opinión de las esposas, sus maridos no tienen la confianza para platicar con sus parientes allá y dos de ellos se refugian en el alcohol para “desahogarse”. *“Este domingo me habló tomado y le digo: “¿verdad que ya te hacemos falta?...hay veces que yo siento que se pone triste, entonces es cuando yo siento que toma pa’ desahogarse” (mujer, esposa de migrante).*

El nacimiento de un hijo con discapacidad no ha influido en la interacción social de estas familias, a excepción de un caso en donde la madre prefiere no salir por evitar que la situación se le salga de control si su hijo con autismo se pone de malas. Las mujeres de estas familias comentan que no tienen a alguien de confianza para platicar sobre cómo se llegan a sentir en ocasiones; las ocupaciones que tienen en casa las hacen mantenerse sin dejarse caer en sentimientos de tristeza o desánimo porque al no estar su esposo son las únicas que se tienen que encargar de las situaciones que se

presenten con sus hijos. El contar con una escuela especial motiva a estas madres quienes tienen la esperanza de que el personal va a ayudar a sus hijos a salir adelante. Para algunas de ellas las expectativas son muy elevadas, aunado a la difícil situación económica que les impide mandar a sus hijos diariamente porque no tienen para pagar el transporte, impidiendo así que se tengan avances significativos en el trabajo con el niño(a) y en su desánimo les cruza la idea de mejor dejarlos así, dando prioridad a otros gastos.

Recursos emocionales frente a la migración y discapacidad. Cada una de estas mujeres tiene su manera de enfrentarse a situaciones difíciles. Una de las esposas comenta que llora incontrolablemente cuando siente que la situación de su hijo con discapacidad se le sale de control. *“Hay veces que sí...hay veces que sí me he sentido triste y siento que ya no!... Ay porque hay veces que quisiera no sé qué, no sé cómo explicarle”.*

Las demás hacen cosas para alejar los sentimientos de tristeza, desesperación y agotamiento que en ocasiones les llegan, tales como, escuchar música y ocuparse en sus demás hijos para no dejarse llevar por esos sentimientos que de repente las invaden. Si es una situación que sienten que no van a solucionar solas, buscan ayuda en las familias de origen o incluso en sus vecinos. Coincidentemente las mujeres participantes mencionan como ventaja, que tienen una comunicación frecuente con sus esposos y de alguna manera saben que cuentan con su respaldo para las decisiones que toman. Son mujeres muy religiosas y también acuden al rezo y a su fe para no darse por vencidas, coinciden en que esto les da fortaleza para vencer cualquier obstáculo, asumiendo que “es lo que les tocó” y que les corresponde a ellas sacar adelante no sólo a su hijo con discapacidad sino a todos los demás integrantes de su familia. *“Debe animarse uno mismo, una misma decirse que se debe salir adelante sola o acompañada”; “Cuando me acuesto digo, -Ay Dios mío y mañana qué voy a hacer...yo no sé”. Me levanto y ya como que aparecen las soluciones. Yo hablo con Él como si estuviera platicando, le platico”.* (mujer, esposa de migrante).

A pesar de que asumen que sus esposos les ayudan a decidir lo que se hace en casa y que ejercen autoridad desde donde están, sienten que la responsabilidad llega a ser equitativa, sólo cuando ellos están en casa y toman su papel de padres. Consideran a sus hijos su principal motivación para salir adelante. Es como si asumieran que hagan lo que hagan sus esposos se tienen que ir y su hijo con discapacidad avanzará a su propio ritmo. Pocas veces hablan de sus propias necesidades, las dejan en segundo plano. Estas mujeres tienen claro que no sólo ellas sufren por la ausencia de su esposo y por lo que tienen que enfrentar con la discapacidad del hijo(a) y la responsabilidad de los demás hijos(as), sino que reconocen que su pareja también sufre donde está, sobre todo porque ellos no tienen con quien platicar los

problemas. Desde el momento en que salen de casa, saben que cruzar la frontera es el primer reto, después la incertidumbre de si van a encontrar trabajo pronto para pagar la deuda contraída el tiempo que estuvieron acá y el costo de “la pasada”.

Discusión

La enfermedad y la discapacidad para la familia suelen ser precipitantes de la pérdida de la identidad que se tenía antes de que el padecimiento se hiciera presente (Rolland, 2000). Pareciera que ante dos sucesos (migración y discapacidad), las familias se ven en la necesidad de adquirir una nueva identidad que contendrá vivencias de mucho sufrimiento: una madre que se enfrenta ante la discapacidad de su hijo(a), temerosa de que su esposo muera al cruzar la frontera o de que las abandone, el dolor del esposo al dejar a su familia para enfrentar situaciones de discriminación; la tristeza de los hermanos por sentirse desplazados por el hermano(a) con discapacidad (Schorn, 2003); con temores acerca de su propia vulnerabilidad y la de sus padres (McKeever, 1983, citado por Rolland, 2000).

Ningún miembro escapa a las diversas responsabilidades que se generan en estas familias. La madre se siente sobrecargada porque ante situaciones de emergencia tiene que decidir sin poder consultar antes con su esposo. Percibe un futuro incierto y se siente en desventaja con él porque la responsabilidad de éste es más que nada en el sentido económico. Sin embargo, el esposo enfrenta lo suyo al emprender un recorrido, cuyo panorama es incierto y en ocasiones poco alentador. Por lo tanto, la pareja se enfrenta a situaciones parecidas: la madre tiene que aprender a relacionarse con su hijo(a) con discapacidad (Silberkasten, 2006) y el padre tiene que aprender a vivir en un país con todo lo que implica insertarse y asimilar usos y costumbres de la sociedad que lo recibe (Moctezuma, 2008), además, con un hijo(a) con discapacidad que reclama su presencia. El sentir de estas mujeres es que aunque sus esposos establezcan relaciones de amistad en el lugar en que se encuentran, no hablan de sus verdaderos sentimientos; es con ellas con las que se dan esa libertad.

De acuerdo a los resultados, se evidencian varias semejanzas entre discapacidad y migración. Una de ellas es que ante la presencia de estos fenómenos las pérdidas que existen, enfrentan a cada uno de sus miembros a experimentar pérdida de control (Ackerman, 1994). Cabe mencionar aquí las palabras de Silberkasten (2006), quien pone al discapacitado en el papel de extranjero: se reconoce como humano, sin embargo, con otro estatus que lo hace diferente a los demás. Obviamente, esta extranjería se la da

la sociedad que muchas veces no sabe cómo relacionarse con la discapacidad. El padre, al ser migrante e insertarse en una nueva cultura también desempeña el papel de extranjero. Esta situación hace que los cónyuges enfrenten desde tareas prácticas, hasta emocionales: tienen que hacer planes para lo que el futuro les tiene preparado, siempre con un grado de incertidumbre ante lo desconocido (por ejemplo, si la discapacidad del hijo(a) empeora, o si el esposo muere al cruzar como indocumentado).

Son familias que se enfrentan a una adaptación constante: del esposo a otras costumbres, de la esposa e hijos a las cambiantes demandas del integrante con discapacidad, situación similar a lo que Minuchin (2001, p.102) comenta de que “los recursos de la familia para hacer frente a estas situaciones se encuentran amenazados”, refiriéndose particularmente a la pobreza y a la discriminación.

En este sentido, las familias participantes han pasado por vivencias donde han puesto a prueba una y otra vez su fortaleza emocional. Reconocen el apoyo de sus esposos sin dejar de manifestar que quedarse solas y ser madres es una labor de tiempo completo a la que no pueden renunciar. Por la evidente división de roles de género: toca a las esposas sobrecargarse, por lo que aun estando agotadas tienen que entrar en acción ante lo que se presente sin estar su esposo, ya que éste se encuentra asumiendo la responsabilidad económica (Walsh, 2004).

Mientras que para las familias de migrantes tienen que navegar con las limitaciones como el aislamiento social y cultural, la ignorancia de los recursos y la comunidad, (Falicov, 2003), a las familias con discapacidad les toca navegar con las tareas de duelo, que según Worden (1991, citado por Espina, 2003, p.73) consisten en “aceptar la realidad de la discapacidad, trabajar emociones de dolor, y adaptarse al nuevo medio desde el nuevo rol de discapacitados”. Se puede apreciar con lo ya mencionado, las necesidades específicas que presentan estas familias, dando la pauta para proponer alternativas de intervención.

Propuestas de intervención psicoterapéutica y psicosocial

Por ello, el psicoterapeuta familiar podría abordar la situación de extranjerismo en la que viven estas familias ante la discapacidad y migración. *Barton (1998), por ejemplo, dice que* “los discapacitados viven en un estado de suspensión social, ni “enfermos”, ni “sanos”, ni “muertos”, ni “vivos”, “fuera de sociedad aunque no del todo existen en un aislamiento parcial de la sociedad, como personas indefinidas y ambiguas”. En cuanto al migrante sucede algo parecido, ya que “si para sobrevivir se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber

salud mental” (Achótegui, 2004, p.36). La frustración de avance y retroceso: el hijo(a) con discapacidad puede estar bien y empeorar de un momento a otro. El padre manda dinero, la esposa lo utiliza para pagar las deudas, se queda sin nada, vuelve a pedir prestado; un ciclo que no termina.

Dicho ciclo puede ser parte de la cultura familiar, la cual desde la perspectiva de Falicov (2003) debe de ser tomada en cuenta para el trabajo psicoterapéutico. Por ello, Walsh (2004), recalca que los rituales familiares tienen la gran función de preservar y transmitir la identidad y las creencias de cada familia, a través de las celebraciones de fechas importantes y respetar las tradiciones.

Adicionalmente, el terapeuta familiar deberá enfocarse a dar empoderamiento a las familias, es decir, facilitar procesos en los que las familias reconozcan su fuerza y potencialidades así como sus recursos (Hardy & Lazzloffy, 1994; Korin, 1994, citados por Falicov, 2003). “El reto del ejercicio terapéutico residirá en sostener una postura flexible y facilitadora de diálogos que abra posibilidades de encuentro para aquellos individuos que han visto modificar sus sistemas de creencias, familiares y sociales sin contar con modelos precedentes, donde la aceptación a la diversidad podría ser la clave de procesos resilientes (Walsh, 2004). De ahí que el énfasis en los recursos y las fortalezas de los individuos y sus familias sea una línea de trabajo terapéutico que amplía las posibilidades de los consultantes y de quienes trabajan con ellos” (Rivera-Heredia, Obregón-Velasco y Cervantes-Pacheco, 2009, p.252).

Otra propuesta de trabajo con estas familias sería la transgeneracional que proponen Eiguer, et.al., (1998), para ver cómo influye este factor en la decisión de emigrar, pasando de una generación a otra; y/o multigeneracional de Rolland (2000) que permita hacer una exploración de los mitos, los ideales y modelos que toman para organizar sus proyectos de vida, enfocar esta exploración hacia las creencias acerca de la discapacidad y migración, que puedan enfrentar las demandas propias del desarrollo.

Por las características de estas familias se propondría al psicoterapeuta familiar como objetivos: reducción del estrés, manejo de los síntomas (por ejemplo de agotamiento, sentimientos de tristeza y desesperación, en algunos de los casos), complicaciones de la discapacidad, así como resolución de problemas (falta de dinero y atención profesional adecuada) y prevención de crisis propiciadas por la discapacidad (Walsh, 2004). Así como también, hacer uso de la terapia telefónica e integrar al esposo (Falicov, 2009), para que pueda manejar sentimientos que sean causados por la situación migratoria (Bottinelli y Barden, 1994), de discapacidad y de recursos económicos insuficientes. Teniendo esta ayuda se podría evitar que

encuentre en el alcohol una alternativa para desahogar los sentimientos mencionados. Igualmente importante es el trabajo cuando el esposo está de regreso, buscando que el sistema familiar lo integre (Minuchin, 2001), es decir, que pueda ejercer su rol sin sufrir rechazo de los integrantes de la familia, o de ser así, ampliando la comprensión de los procesos de ajuste y adaptación presentes en las reunificaciones familiares.

Referencias

1. Ackerman, N. (1994). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*, Buenos Aires: Lumen.
2. Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.
3. Bottinelli, C. (1996). *Migración y salud mental. Manual para promotores y capacitadores*. Ed. ILEF Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia y Rádda Barden, México
4. Barton, L. (1998). *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Morata.
5. Caillé, P. (1990). *Familias y Terapeutas. La lectura sistémica de una interacción*, Buenos Aires: Nueva Visión.
6. Castles, S. y Miller, M. (2004). *La era de la migración movimientos internacionales de población en el mundo moderno*, México: Miguel Ángel Porrúa. Grupo Editores.
7. CONAPO, (2004). Programa Nacional de Población 2001-2006. Informe de Ejecución 2003-2004, México.
8. Eiguer, A., Carel, A., André-Fustier, F., Aubertel, F., Ciccone, A. y Kaës, R. (1998). *Lo Generacional. Abordaje en Terapia Familiar Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu.
9. Espina, A., y Ortego, M. (2003). *Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos y sociales*, Madrid: CCS
10. Estrada-Inda, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*, México: Grijalbo.
11. Falicov, C. (2001). *Migración, pérdida ambigua y rituales*, Perspectivas Sistémicas, Artículos "online", (69). Recuperado de: www.redsistemica.com.ar
12. Falicov, C. (2003). Culture in Family Therapy: New Variations on a Fundamental Theme. In Sexton, T., Weeks, G. and Robbins, M (Eds) *Handbook of Family Therapy: Theory, Research and Practice*. New York: Brunner-Routledge.
13. Falicov, C. (2009). Working with Transnational Immigrants: expanding meanings of family, community and culture. *Family Process*, 46 (2), 157-171.
14. García-Zamora, R. (2000). *Agricultura, migración y desarrollo*. México: Universidad Autónoma de Zacatecas.

15. Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la Migración y del Éxito*. Madrid: Alianza.
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Presencia del tema de Discapacidad en la Información Estadística*. México: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marcoteorico3.pdf>
17. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo General de Población y Vivienda (2010). México: http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mich/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=16
18. Kllabed, J. (1997). *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y escuela*. Madrid: Laertes.
19. Minuchin, S. (2001). *Familias y Terapia Familiar*, España: Gedisa.
20. Moctezuma, M. (2008). Transnacionalidad y Transnacionalismo. *Papeles de la Población*, México: Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población UAEM. Universidad Autónoma de Zacatecas. Nueva Época, año 14. No. 57. Julio a septiembre de 2008.
21. Rivera Heredia, M. E. (2008). La promoción de la salud y el fortalecimiento de los recursos personales, familiares y sociales como estrategias de intervención ante la migración. Simposio 14 sobre Teorías, enfoques y métodos sobre Migración. *1er Congreso Latinoamericano sobre migración internacional: voces del sur*. 12, 13, 14 de 2008. Centro de Investigación y estudios avanzados de Población; Universidad Autónoma del estado de México. Toluca, Estado de México, 79-103.
22. Rivera-Heredia, M.E.; Obregón Velasco, N. y Cervantes Pacheco, E. I. (2009). Recursos psicológicos y salud: consideraciones para la intervención con migrantes y sus familias. En Jennifer Lira (ed). *Aportaciones de la Psicología a la Salud*. Morelia: Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 225-254.
23. Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*, Barcelona: Gedisa.
24. Schorn, M. (2003). *La capacidad en la discapacidad. Sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
25. Silberkasten, M. (2006). *La construcción imaginaria de discapacidad*, Buenos Aires: Topía.
26. Sluzki, C. (2002). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
27. Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar*, Buenos Aires: Amorrortu

Recibido: 28 de mayo de 2012.

Aceptado: 22 de agosto de 2012.

Onicofagia: estudio de caso de una mujer adulta

Onychophagia: A case study of an adult woman

Guadalupe Nallely Salgado Serrano¹

Roberto Oropeza Tena²

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

Resumen

Se realizó una intervención conductual en una persona adulta de 22 años de edad con el objetivo de eliminar la conducta de morderse la uñas. La investigación tuvo tres fases: línea base (28 días), tratamiento (35 días) y seguimiento (1, 6, 12, 18 y 24 meses). Se utilizaron metas semanales, reforzador positivo y castigo. El reforzador fue material y se otorgaba semanalmente únicamente si se cumplía la meta establecida. El castigo era efectivo en caso de no cumplir la meta establecida. Los resultados mostraron una disminución de la frecuencia de morderse las uñas conforme transcurría la intervención, que se mantuvo en frecuencia cero a partir de la semana cuatro del tratamiento y durante dos años de seguimiento, logrando el objetivo de eliminar la conducta de morderse las uñas durante un tiempo prolongado. Estos hallazgos sugieren la utilidad del manejo de estrategias conductuales en hábitos mantenidos por mucho tiempo y que en periodos relativamente cortos pueden producir una rápida disminución de la frecuencia llegando hasta su eliminación.

¹ Pasante de Lic. en Psicología por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

² Doctor en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México.
Contacto: scherz02112@yahoo.com

Palabras clave: Onicofagia, reforzador positivo, castigo, intervención conductual, hábitos centrados en el cuerpo.

Abstract

We conducted a behavioral intervention to 22 years of age woman in order to eliminate the behavior of biting the nails. The intervention lasted 98 days. Three phases were applied: baseline (28 days), treatment (35 days) and monitoring (1, 6, 12 18 and 24 months). We used weekly goals, positive reinforcement and punishment. The reinforcing material was given weekly and only if they meet the established target. The punishment was washing dishes accumulated during the day. The results showed a decrease in the frequency of nail-biting. At the end of the treatment she no longer biting nails, we follow her behavior during 2 years we achieved the goal of eliminating nail biting behavior. These findings suggest the usefulness of behavioral management strategies in long-held habits and in relatively short periods can produce a rapid decrease in the frequency up to their elimination.

Keywords: Onychophagia, positive reinforcement, punishment, behavioral intervention, body centered habits.

Introducción

Los comportamientos perjudiciales libres han sido de gran preocupación por las graves repercusiones que tiene en la vida de los individuos (Morren, Tesch y Axlrod, 1999) llegando a desarrollar en las personas hábitos parafuncionales (Cortese y Biondi, 2009). Así, el término “conductas repetitivas orientadas o centradas en el cuerpo” ha sido introducido para definir todas aquellas conductas que están dirigidas hacia el propio cuerpo, es decir, son todos aquellos comportamientos de una persona que a menudo se enfocan en remover partes de este: como pelo, morderse las uñas hasta el límite mínimo de su longitud y que son parte de un trastorno de control de impulsos (Jaramillo, 2007). Muchas de estas conductas no constituyen una patología, sino un hábito que se adquiere por su repetición frecuente convirtiéndose en involuntario cuando se arraiga, es así como se tienen hábitos de aseo negativos (Martínez, González y Correa, 2007) que son repetitivos y se vuelven estereotipados dejando daños negativos tanto físicos (daños a los tejidos) como sociales (vergüenza, estigma social) (Miltenderger, Wayne & Woods, 1998). Estas conductas constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor,

malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población (Limonta y Araujo, 2000).

La onicofagia proviene de dos palabras griegas: *onyx* y *phagein* que significan “uña” y “comer” respectivamente (Cano, Peniche y Arellano, 2001). Se trata de un impulso inevitable (Magaña, 2003), hábito morboso (Cepero, et al., 2007) de “morderse o roerse” con los dientes varias o todas las uñas de los dedos de las manos (Martínez et al., 2007) pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones: verrugas periungueales, padrastrós, infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral, alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y malposición (Lizarbe, 2000). Es un hábito perjudicial que afecta gravemente y a medida que el niño crece debe desprenderse de la práctica de estos hábitos (Cepero, et al., 2007).

La onicofagia se caracteriza por dos formas distintas: onicofagia leve, descrita como forma cruda de “auto-aseo” (Wells, Haines, Williams & Brain, 1999) que, como hábito, puede ser un modo de acicalamiento en donde solo se controla la longitud del largo de las uñas (Martínez, et al., 2007) y la onicofagia grave, descrita como “auto-daño” y definida como mordida más allá del borde libre de la uña, por debajo del margen de los tejidos blandos (Wells, et al., 1999), con un patrón de daño importante como dolor, sangrado e infecciones, donde sus consecuencias son poco estéticas y saludables (Martínez, et al., 2007) lo que también se puede clasificar como una libre mutilación ya que se trata de un acto deliberado (Nock & Pristen, 2005). En casos extremos se ha llegado a observar personas que llegan a comerse las uñas (Dutau, Maldonado, Laroumagne & Astoul, 2011) causando irritación en el estómago trayendo consigo complicaciones de salud (Heaton & Mountford, 1992) lo más habitual es que pasen al tubo digestivo y se mezclen con las heces al final del trayecto o en su defecto, provoquen la proliferación de lombrices en el organismo, debido a las bacterias acumuladas en el resto ungual de la uña (Ferro, Naccif, Sotillo, Velásquez y Vélez, 2010). La salud bucal es parte integrante de la salud en general, por lo que un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad (Cepero, Hidalgo-Gato, Estrada y Pérez, 2007; Aguilar, Villaizá y Nieto, 2009). Estos factores pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud, por lo que es importante su identificación (Reyes, Rosales, Roselló y García, 2007; Peñón, Grau y Sarracent, 2011).

Si bien, la onicofagia no está incluida hasta hoy en una clasificación diagnóstica alguna (Cepero, et al., 2007) ya que no hay ninguna categoría para una serie de trastornos de hábitos prevalentes como morderse las

uñas, en el DSM IV-R, solo puede ser clasificado como un “trastorno de control de impulsos no especificados” (Ghanizadeh, 2008; Roncero, Rodríguez-Urrutia, Grau-López y Casas, 2009) incluyendo esta conducta como un hábito nervioso, que ocurren como consecuencia de un trastorno psicológico o de crisis en donde el síntoma más asociado con este comportamiento ha sido un elevado nivel de ansiedad (Wells, et al., 1999).

Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento (Lizarbe, 2000; Motohiro, Farinazzo, Yuriko, Pulido & Souza, 2008) y conflictos emocionales (Icart, Pulpón y Icart, 2006) pudiendo constituir una vía de escape para la ansiedad, como una forma de descarga motora de tensión interna para quien lo presenta (Castillo, Reyes, González y Machado, 2001). Algunas investigaciones han señalado que morderse las uñas puede ser incluso, presencia de algunos trastornos psiquiátricos como déficit de atención con hiperactividad, trastorno de oposición desafiante, ansiedad por separación, enuresis, tics, trastorno obsesivo compulsivo o algún trastorno mental (Ghanizadeh, 2008). Se asemeja a un trastorno del control de los impulsos porque presenta comportamientos automáticos, irresistibles y asociados con un incremento de la tensión antes de realizar el comportamiento con el alivio posterior a su realización (Roncero, Rodríguez-Urrutia, Grau-López y Casas, 2009).

Es un hábito muy común, no solo en edad pediátrica, ya que es posible encontrar algunos casos de adultos (Magaña, 2003). Encuestas señalan que la onicofagia afecta a un 20-40% de los preescolares mayores de 3 años, aumentando entre los 8 y los 12 años a unos 25-60%, para declinar desde la adolescencia llegando a afectar a solo un 10% de los mayores de 35 años (Martínez, et al., 2007) y, aun que es un hábito que aparece independientemente del sexo (Miltenberger, et al., 1998) en algunas investigaciones se observa que hay un predominio de este hábito en el sexo femenino (Cepero, et al., 2007) siendo estas las que parecen más preocupadas por el problema estético, por lo que buscan ayuda en mayor número que los hombres (Lizarbe, 2000). Aunque existen estudios sobre características de maloclusión y hábitos bucales parafuncionales en población mexicana o México-americana (San Esteban, Quiroz, Ortiz y García, 2010; Murrieta-Pruneda, Allendelagua, Pérez, Juárez-López, Linares, Felicitas, Zurita y Solleiro, 2011), existe poca investigación sobre la onicofagia, por lo que resulta importante estudiarla en nuestro contexto, provocando en las personas varios problemas que pueden afectar su salud.

A pesar de la prevalencia que presenta la onicofagia ha recibido relativamente poca atención y en la investigación sigue siendo un fenómeno poco conocido (Nock, et al., 2005). Ghanizadeh (2008) señala

que la mayoría de las personas han intentado dejarlo sin tener éxito pues se trata de un comportamiento difícil de tratar o modificar, probablemente subestimada debido a su carácter secreto y esto puede conducir a una falta de reconocimiento por los profesionales médicos.

Investigaciones señalan que son diversas las medidas terapéuticas que se pueden aplicar para eliminar estos hábitos como las técnicas quirúrgicas (eliminación de adenoides y amígdalas hipertróficas), el uso de aparatos removibles (placas acrílicas con rejilla y pantalla oral), la mioterapia pero que resultan muy caros y, en la actualidad, por el déficit de materiales para la confección de aparatos de ortodoncia hay que buscar alternativas que sustituyan éstos (Maya, 2000). Se reportan estudios donde se ha aplicado la digitopuntura y la sedación nocturna para eliminar los hábitos deformantes con resultados alentadores por ser un método práctico, fácil y sencillo, pero que implica un gasto económico para las personas (Sorhegui, Rigol, González y Martín, 1988).

Otra metodología para tratar este problema es la imaginación guiada, que ofrece formas prácticas de estudiar cambios psicofisiológicos que acompañan un patrón de comportamiento. Resultan eficaces pero el tratamiento va cambiando de acuerdo a la evolución de la conducta por el tiempo (Wells, et al., 1999). La persuasión o convencimiento racional, donde se convence a la persona a través de ejemplos de su comportamiento para hacer cambiar al individuo de conducta. Se les explica las consecuencias negativas que ocasiona la práctica de estos hábitos y se aconseja otras alternativas para sustituir la conducta con frases halagadoras acordes con su edad pero no siempre resulta efectivo pues no existe un estímulo mayor y no se propone ninguna técnica lo que hace que regresen a su conducta (Maya, 2000).

Con base a esta conducta, diversas investigaciones señalan que existen técnicas de modificación de conducta que son muy útiles para crear, mantener o incrementar conductas deseables, así como reducir o eliminar las indeseables (Ferro, 2005). Aun cuando existen muchos métodos, investigaciones señalan que las estrategias conductuales resultan ser más eficaces en la eliminación de este y otros hábitos que se refieren a conductas en las que se debe modificar su frecuencia de aparición (Vallejo, 2012).

Normalmente estos modelos conductuales, en ocasiones acompañados de estrategias cognitivas, resultan de los más eficaces debido a que ayudan a la autoeficacia a la persona que los utiliza, quien aprende a identificar las situaciones de riesgo de realizar el hábito y quienes ya cuentan con diferentes estrategias para no realizarlo. La inversión del hábito, es un procedimiento efectivo para la reducción de los diversos comportamientos

repetitivos tales como tics motores, jalar del cabello, hábitos orales, digitales (Thohig & Woods, 2001) y hábitos nerviosos en donde está incluido el morderse la uñas. Se trata de un conjunto de numerosos componentes de tratamiento individuales aplicados juntos para lograr la máxima reducción del problema. Su interés se dirige a evitar estos hábitos por los daños que provocan, sin embargo, se ha comprobado que solo provoca una disminución considerable de la conducta pero no su eliminación (Miltenberger, et al., 1998). También, para mantener o incrementar una conducta se utilizan reforzadores (positivo y negativo), por lo que esta técnica produce un incremento importante en la presencia de la conducta deseada y se aplica cuando se le da un premio durante el tratamiento; cuando tiene una conducta adecuada ante una actividad específica (Ferro, 2005). Dentro de las técnicas para reducir las conductas se encuentra el castigo, un procedimiento de supresión conductual que no utiliza la estimulación, se aplica cuando no podemos suspender la administración del reforzador que mantiene la conducta que se desea modificar (Bellack & Hersen, 1993). Se ha demostrado que estos elementos influyen en el proceso de motivación de las personas en el desarrollo de hábitos difíciles de romper (Balcells, Torres y Yahne, 2004).

Con estos antecedentes, el objetivo del presente artículo fue aplicar un programa de intervención conductual para eliminar la onicofagia en una persona adulta. Este es un segundo caso donde se usa el mismo procedimiento (el primero es de Cortés y Oropeza, 2011), pero donde se quería evaluar también el mantenimiento de los cambios. En la actualidad, resulta de importancia ya que su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y repercusiones en la salud general justifican plenamente su atención como problema de salud pública (Cepero, et al., 2007).

MÉTODO

Participante

Estudiante universitaria adulta de 22 años de edad, la cual pidió a la investigadora principal participar en una intervención conductual con el fin de eliminar su conducta. El problema es que ella se mordía las uñas varias veces al día lo que ocasionó una serie de problemas: que estuvieran demasiado pequeñas, a veces causando dolor por la misma causa. Le daba pena mostrarlas ya que su apariencia estética era desagradable.

Instrumentos

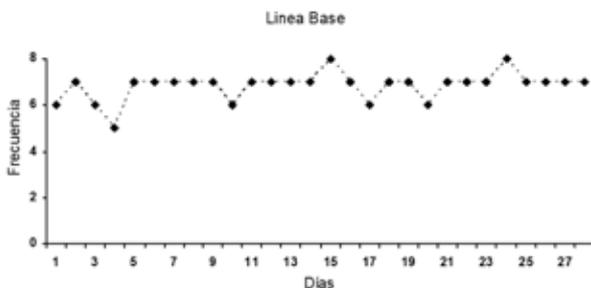
Se utilizó un Registro Diario de Incidencia de Morderse las Uñas (RDIMU, diseñado específicamente para esta investigación). El registro constaba de 7 columnas, en las que se tenía que indicar el día en que realizó la conducta, la hora, el lugar en donde se llevó a cabo, las personas con las que se encontraba, los pensamientos y las emociones previas a realizar la conducta así como la frecuencia con la que se realizó durante el día. El registro se usó durante las tres fases de la investigación.

Procedimiento

Este estudio se realizó debido a que la participante pidió ayuda para dejar el hábito de onicofagia. Por esto se aplicó una intervención conductual dirigida a eliminar la conducta de morderse las uñas. Antes de iniciar el tratamiento la participante firmó un consentimiento informado donde aceptaba participar y permitía utilizar los datos obtenidos con fines de investigación.

El estudio constó de tres fases: línea base (LB), intervención y seguimiento. Inició la primera fase del estudio que fue la LB donde ella tenía que registrar su conducta en el RDIMU. La LB duró 28 días. Durante esta primera fase también se eligió, entre el investigador y el usuario, el castigo y el reforzador que se implementaría durante el periodo de la intervención.

Al término de la LB inició la intervención conductual, la cual tuvo una duración de 35 días. Se plantearon 5 metas, una para cada semana que fue lo que duró el periodo de intervención. Las metas consistían en la disminución del número de veces en que la participante se mordía las uñas y conforme avanzaban las semanas esta frecuencia debía ir disminuyendo (ver tabla 1). La meta final fue ya no morderse las uñas.



En la fase de la intervención, se aplicaron tanto reforzadores como castigos. Se aplicaba un reforzador positivo cuando la participante lograba su meta semanal. El reforzador utilizado fue diferente para cada semana, pues se consideraron los intereses del participante. Consistía en dar un incentivo agradable para la participante. En este sentido, una amiga de la paciente le ofreció su ayuda en el proceso; así, cuando alcanzara el criterio señalado anteriormente para obtener el reforzador, tendrían una salida al lugar que eligiera la paciente y sería su amiga quien correría con los gastos como un incentivo al cambio de conducta que estaba realizando. La meta se alcanzaba cuando la participante lograba que al menos 5 días en la semana se cumpliera la meta señalada en la tabla 1. Se utilizó la técnica de economía de fichas que se otorgaban a la paciente diariamente si lograba esa meta

El castigo si no cumplían con la meta acordada consistió en realizar labores domésticas el día que no cumplía la meta. Este consistía en lavar en la noche los trastes acumulados durante el día. El castigo se hacía efectivo cuando la participante rebasaba el número de veces que había establecido para morderse las uñas de acuerdo a la meta semanal (ver tabla 1).

Al final de la intervención se realizó un seguimiento al mes de haberla dado de alta, después se realizó a los 6, 12, 18 y 24 meses, donde se continuó con el registro de las veces en que la participante mordía las uñas.

Resultados

Línea base.

Durante los 28 días que duro la LB se observaron las actividades que la participante realizaba al momento de llevar a cabo la conducta. Muchas de estas actividades (en su mayoría relacionadas con la escuela: exámenes, tareas, presentaciones) influían para que se mordiera las uñas. El número de veces que se las mordía en la semana fue constante, manteniendo un periodo de entre 5 y 11 veces al día (7 veces en promedio) (ver fig.1).

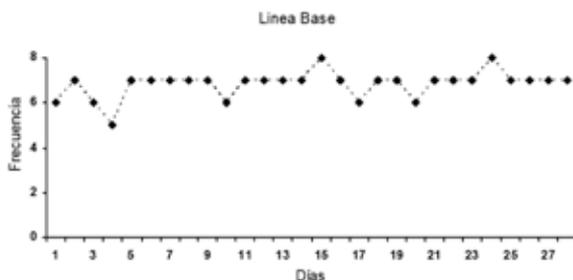


Fig. 1. Frecuencia de morderse las uñas durante la línea base.

Intervención.

Después de 29 días de LB dio inicio la intervención. Esta tuvo una duración total de 35 días consecutivos y con ella se comenzaron a aplicar reforzadores y castigos de acuerdo a las metas semanales. Se puede notar que en algunos de los días no se cumple con la meta por lo que se aplicó el castigo el día en que se realizó la conducta. La mayoría de los días se logra cumplir con el objetivo lo que hacía que fuera efectivo el reforzador semanal. La frecuencia se mantiene en cero a partir del día 25 de la intervención, la cual se mantuvo por el resto del tratamiento, cumpliendo con el objetivo de la investigación (ver fig.2).

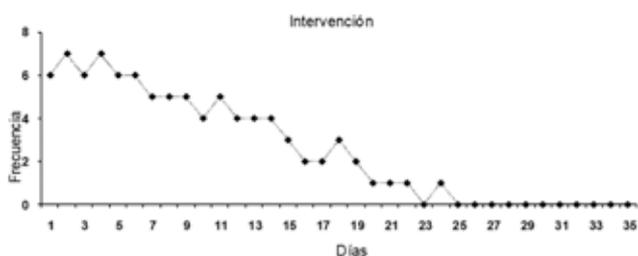


Fig. 2. Frecuencia de morderse las uñas durante la intervención.

Seguimiento.

Esta fase comienza en el día 32 después de finalizar la intervención. Este consistió en seguir con el registro de la incidencia en morderse las uñas durante un periodo de 31 días para corroborar la eficacia de las técnicas empleadas durante el tratamiento y así verificar si la incidencia era nula. Después de esto el seguimiento se realizó a los 6, 12, 18 y 24 meses. Durante este tiempo ya no se aplicaron reforzadores y castigos (ver fig. 3).

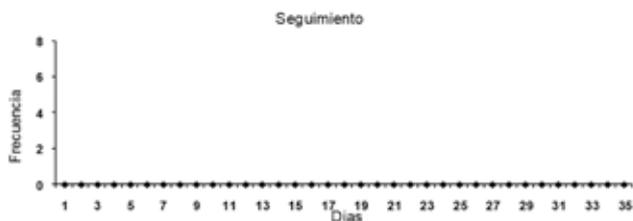


Fig. 3. Frecuencia de morderse las uñas durante el seguimiento.

Comparación entre LB e intervención.

En la Figura 5 se puede observar que la frecuencia de morderse las uñas era muy elevada. Al momento de comenzar la intervención, esta frecuencia disminuyó de manera considerable al paso de cada una de las semanas. En el día 25 de intervención logró la desaparición total de la conducta.

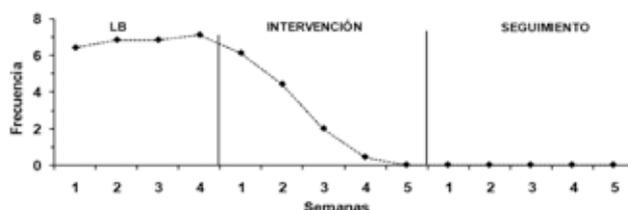


Fig. 4. Promedio de frecuencia por semana en morderse las uñas.

El número total en morderse la uñas fue de 212 veces durante las 4 semanas de línea base, lo que equivale a un promedio de 6.82. Durante la intervención la frecuencia fue de 114 veces, siendo igual al 3.25. Con esto podemos observar que la disminución fue considerable ya que fue un porcentaje importante lo que se logró reducir, llegando hasta una reducción total en la última semana de la intervención y manteniendo el cambio durante los dos años de seguimiento (ver fig. 5).

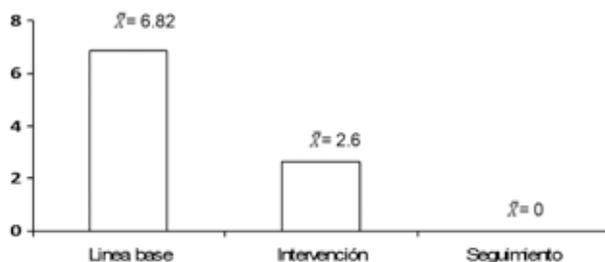


Fig. 5. Promedio de morderse las uñas durante todo el proceso.

Entrevista

Se realizó una entrevista final acerca de la intervención, a lo que la mujer refiere sentirse muy bien con los resultados que obtuvo pues después del tratamiento nunca ha vuelto a morderse las uñas. Antes había intentado con otros métodos pero no le habían funcionado. Menciona que se siente muy bien con ese cambio, ya que antes, al morderse las uñas varias veces al día lastimaba gravemente los dedos y a veces se provocaba sangrados que le causaban dolor. Antes le daba pena mostrar uñas y dedos, ya que por su apariencia siempre recibía comentarios desagradables que la hacían sentir incómoda.

Aunque en un principio no creyó que pudiera lograr el cambio de conducta, fue muy motivante para ella ver que durante la intervención y el seguimiento sus uñas iban creciendo y la incomodidad asociada con morderse las uñas desapareció. Se siente muy satisfecha pues nunca pensó que con el tratamiento lograría dejar esta conducta que por mucho tiempo fue parte de su vida cotidiana.

Discusión

Este estudio se realizó con el fin de eliminar definitivamente la conducta de morderse las uñas en una persona adulta de 22 años, quien presentaba una frecuencia de morderse las uñas 7 veces por día. Al utilizar la intervención conductual pudimos observar que es un método muy efectivo, ya que se obtuvieron los resultados deseados en un periodo de tiempo de 9 semanas llegando hasta un 100% la eliminación de la conducta que causaba daño en la persona desde hacía ya muchos años. Además, el cambio se ha mantenido por dos años desde que se dio de alta a la participante.

Antes de la intervención, la frecuencia de morderse las uñas era muy elevada llegando a morder hasta 59 veces las uñas en un lapso de una semana. Al comenzar la aplicación de la intervención, se pudo observar un cambio favorable pues durante estas cinco semanas se observó lo siguiente: la intervención tuvo una duración de 35 días de los cuales en 6 días no se cumplió con la meta ya que rebasó la meta, es decir, excedió el número de veces acordado para morderse las uñas. Los demás días mostraron una disminución en el número de veces en que se mordía las uñas, de acuerdo a la meta semanal. Al paso de cada una de las semanas la disminución fue muy notoria.

Durante los primeros siete días de la intervención el propósito fue no morderse las uñas más de 7 veces al día, ya que se estaba causando un daño físico considerable. Aun así, se pudo observar que había días en que no se

cumplía con la meta, por lo que se aplicó el castigo. En la segunda semana la meta fue morderse las uñas menos de 5 veces al día. Aun se presentaban días en que no cumplía con la meta. La meta para la tercera semana fue no morderse las uñas más de 3 veces al día, en donde, pudo observarse que aun que aun se presentaron casos en que se rebasa la meta acordada; sin embargo la mayoría de los días mostraron una disminución considerable. En la cuarta semana lo permitido era solo una vez por día. En esta semana si cumplió con la meta; incluso, se notó que en la mayoría de los días fue nula la incidencia. Para la quinta semana la meta fue no morderse ni una sola vez las uñas; todos los días cumplió la meta, ya que no hubo ni un solo caso en que se mordiera las uñas.

Con el registro hecho durante la LB, se pudo ir identificando las situaciones en las cuales la conducta de morderse las uñas era más frecuente, siendo estas relacionadas con la escuela: se mordía mas las uñas cuando tenía un examen, una exposición o algún trabajo que la persona consideraba difícil. A partir del RDIMU, se pudo determinar el promedio de la conducta, el lugar en que la realizaba (la mayoría de las veces fueron en su casa y en la escuela), las personas con quien se encontraba (sola o con sus compañeros), los pensamientos (reprobar, no hacer bien los trabajos, que se olvide de las cosas, etc.) y emociones (nervios, ansiedad, enojo, miedo, estrés) previas, los cuales anteriormente no eran considerados como relevantes por la persona. Por este motivo es importante señalar que es útil usar y mantener el RDIMU durante toda la intervención.

Al iniciar la intervención, la disminución de la conducta comenzó de manera gradual, desde la primera semana, alcanzando una frecuencia cero episodios de onicofagia constantes a partir del día 25 hasta el día 35. En el seguimiento, se pudo observar que durante los primeros 31 días ya no se repitió la conducta. Esta se mantuvo en cero en los meses posteriores hasta los 2 años de seguimiento. Utilizar un seguimiento después del tratamiento es muy importante ya que nos proporciona datos sobre la conducta y de esta manera se puede comprobar su eficacia (Pelios, et al., 1999).

Las estrategias conductuales aplicadas en esta investigación, en este caso, el reforzador positivo y el castigo, fueron muy efectivas en la reducción o eliminación de comportamientos no deseados (Lerman & Vorndran, 2002) logrando mantener un interés y motivación en la participante por tratar de obtener el reforzador positivo realizando el RDIMU diario con la finalidad de saber si lograba cumplir la meta establecida. Por otro lado el castigo, influyó para evitar la realización de la conducta, ya que esa labor doméstica en especial, era totalmente aversiva. Estas técnicas suelen ser útiles en el tratamiento de conductas problema (Pelios, et al., 1999) como lo fue en este caso la onicofagia.

El efecto de la intervención conductual en este estudio tuvo efectos favorables sobre el cambio que se deseaba para la eliminación de una conducta. Se encontraron resultados positivos en cuanto al objetivo de la investigación, que fue evitar morderse las uñas, un hábito que se había mantenido diariamente desde su niñez. El cambio conductual llegó a ser efectivo en un 100% ya que se eliminó de manera definitiva esta conducta. La participante quedó satisfecha con los resultados obtenidos, ya que por mucho tiempo había intentado previamente eliminar la conducta por diferentes métodos teniendo resultados inefectivos.

Finalmente, estos hallazgos sugieren la utilidad del manejo de estrategias conductuales en hábitos mantenidos por mucho tiempo y que en periodos relativamente cortos pueden producir una rápida disminución de la frecuencia llegando hasta su eliminación (Lerman, et al., 2002). Chambless y Ollendick (2001) señalan que los procedimientos y técnicas cognitivo-conductuales, son las intervenciones más útiles y efectivas para la mayoría de los problemas de salud mental tanto en adolescentes y niños como en adultos.

Un estado de salud satisfactorio es un elemento importante para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida también altera el funcionamiento cotidiano de quien enfrenta esta situación comprometiendo su calidad de vida (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez, 2005). La onicofagia es socialmente una conducta mal vista (mas en las personas adultas) causando además de lesiones físicas, daños sentimentales importantes a los cuales también se les debería de dar un espacio para la investigación (Pelios, et al., 1999).

Sería importante que en investigaciones posteriores se utilice una diversidad de estrategias conductuales, ya que en otras investigaciones han sido efectivas para la onicofagia (Cortés y Oropeza, 2011; Vallejo, 2011) y otro tipo de conductas como tricotilomanía (Vargas-Mendoza y Cruz, 2011), en adicciones (Balcells, et al., 2004) y trastornos mentales; incluso se ha llegado a comparar estas estrategias frente a otros tipos de tratamientos como el farmacológico, psicológico, combinado, placebo farmacológico y placebo psicológico (Fullana, Fernández, Bulbena y Toro, 2011).

Se sugiere llevar a cabo una investigación en la población Mexicana que pudiera darnos una estadística sobre la prevalencia del problema en la población ya que actualmente no existen datos que nos indiquen la problemática de esta conducta.

Es importante dar un seguimiento a largo plazo para comprobar la eficacia del programa y observar si realmente la conducta se eliminó. En

este caso, podemos observar que la persona no ha tenido episodios de onicofagia en 24 meses, después de que se dio de alta de la intervención. En la investigación de Cortés y Oropeza (2011) se hizo un seguimiento únicamente de cinco semanas, tiempo que no garantiza que el cambio de conducta permanezca. En cambio, en nuestra investigación, 24 meses es ya un tiempo considerable, aunque valdría la pena continuar monitoreando el mantenimiento del cambio. Identificar los eventos ambientales que mantienen el comportamiento problema es fundamental para el seguimiento de la conducta, ya que, la magnitud de este reforzador es trascendental para la funcionalidad del programa (Volkert, Lerman & Vorndran, 2005). De igual manera, el tratamiento con el castigo es muy eficaz ya que normalmente es aversivo a la persona que lo recibe, lo que crea una competencia con el reforzador. Es importante tomar en cuenta que en la eficacia de los tratamientos es primordial tomar en cuenta una variedad de factores (frecuencia, pensamientos, conducta, consecuencias) que dependerán de la población con la que se trabaje y serán de importancia para elegir las estrategias que se deberán utilizar (Lerman, et al., 2002). Se ha demostrado que los tratamientos más eficaces para las conductas de auto-lesión están basados en procedimientos que utilizan el reforzador y castigo, pero mejor aun, por una combinación de ambos (Pelios, et al., 1999).

Referencias

1. Aguilar, M., Villaizá, C. y Nieto, I. (2009). Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 12, 1-11.
2. Balcells, S., Torres, M. y Yahne, C. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 227-236.
3. Bellack, A. & Hersen, M. (1993). *Manual práctico de evaluación de conducta*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
4. Cano, A., Peniche, J. y Arellano, I. (2001). *Lecciones de Dermatología*. México: EDAMSA.
5. Castillo, R., Reyes, A., González, M. y Machado, M. (2001). Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 16, 14-23.
6. Cepero, Z., Hidalgo-Gato, I., Duque de Estrada, J. y Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana de Estomatología*, 44, 1-13.

7. Chambless, D. & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
8. Cortés, E. y Oropeza, R. (2011). Intervención conductual en un caso de onicofagia. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16, 103-113.
9. Cortese, S. y Biondi, A. (2009). Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107, 134-138.
10. Dutau, H., Maldonado, F., Laroumagne, S. & Astoul, P. (2011). A 'nail-biting' incident!. *Respiration*, 81, 437-438.
11. Ferro, M. (2005). Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*, 43, 1-6.
12. Ferro, M., Naccif, A., Sotillo, F., Velásquez, L. y Vélez, K. (2010). Aspectos psicológicos de la onicofagia en los estudiantes de 2do año de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia*, 33, 1-11.
13. Ghanizadeh, A. (2008). Association of nail biting and psychiatric disorders in children and their parents in a psychiatrically referred sample of children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 1-7.
14. Heaton, K. & Mountford, R. (1992). Nail-biting in the population and its relationship to irritable bowel syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 85, 457-458.
15. Icart, M., Pulpón, A. y Icart, M. (2006). Trastornos menores de salud en una muestra de estudiantes de la Universidad de Barcelona. *Educación Médica*, 9, 138-143.
16. Jaramillo, Y. (2007). Tricotilomanía, tricofagia y el síndrome de rapunzel. *Acta Médica Costarricense*, 49, 3-5.
17. Lerman, D. & Vorndran, C. (2002). On the status of knowledge for using punishment: implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 431-464.
18. Limonta, E. y Araujo, T. (2000). Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. *Revista Médica Cubana*, 4, 9-15.
19. Lizarbe, L. (2000). Onicofagia frente a estética dental. Presentación de un nuevo método para el tratamiento de la onicofagia. *Gaceta Dental Industria y Profesiones*, 105, 46-52.
20. Magaña, M. (2003). *Dermatología*. México: Medica panamericana.
21. Martínez, J., González, C. y Correa, E. (2004). Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *APAL*, 40-44.
22. Maya, B. (2000). Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 15, 66-70.

23. Miltenberger, R., Wayne, R. & Woods, D. (1998). Applying behavior analysis to clinical problems: review and analysis of habit reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 447-469.
24. Motohiro, O., Farinazzo, R., Yuriko, G., Pulido, A. & Souza, E. (2008). Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 134, 305-308.
25. Murrieta-Pruneda, J., Allendelagua, R., Pérez, L., Juárez-López, L., Linares, C., Felicitas, A., Zurita, V. y Solleiro, M. (2011). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 68, 26-33.
26. Nock, M. & Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
27. Nock, M. & Prinstein, M. (2005). Contextual features and behavioral of abnormal psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 114, 140-146.
28. Pelios, L., Morren, J., Tesch, D. & Axelrod, S. (1999). The impact of functional analysis methodology on treatment choice for self-injurious and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 185-195.
29. Peñón, P., Grau, I. y Sarracent, H. (2011). Síndrome de disfunción temporomandibular y factores asociados. Hospital Miguel Enríquez 2009-2010. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10, 448-457.
30. Reyes, D., Rosales, K., Roselló, O. y García, D. (2007). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. *Acta Odontológica Venezolana*, 45, 1-14.
31. Riveros, A., Cortázar-Palapa, J., Alcázar, F. y Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Children and Health Psychology*, 5, 445-462.
32. Roncero, C., Rodríguez-Urrutia, A., Grau-López, L. y Casas, M. (2009). Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 205-212.
33. San Esteban, J., Quiroz, J., Ortiz, F. y García, S. (2011). Estudio piloto: medidas mandibulares en población infantil mexicana de 8 años de edad, residente en la ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 14, 78-84.
34. Sorhegui, A., Rigol, A., González, M. y Martín, L. (1988). Digitopuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 13, 107-111.
35. Twohig, M. & Woods, D. (2001). Evaluating the duration of the competing response in habit reversal: a parametric analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 517-520.

36. Vallejo, Y. (2012). *Eliminación de la onicofagia en universitarios a través de una intervención cognitivo conductual*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UMSNH.
37. Vargas-Mendoza, J. y Cruz, X. (2011). Comunicación breve: un caso de tricotilomanía tratado con terapia cognitivo-conductual. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 5, 57-62.
38. Volkert, V., Lerman, D. & Vorndran, C. (2005). The effects of reinforcement magnitude on functional analysis outcomes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 147-162.
39. Wells, H., Haines, J., Williams, L. & Brain, L. (1999). The self-mutilate nature of severe onychophagia: a comparison with self-cutting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 40-47.
40. Wester, K. & Trepal, H. (2007). Self-injurious behavior: understanding and working with clients who self-injure. *American Counseling Association*, 67, 309-311.

Recibido: 24 de noviembre de 2011

Reenviado a corrección: 8 de febrero de 2012

Aceptado: 5 de noviembre de 2012

Alteraciones de memoria en las personas que padecen diabetes tipo 2.

Memory alterations in people with diabetes type 2.

Ixchel Herrera-Guzmán¹

Ana Karen Morales²

Esteban Gudayol-Ferré.³

Facultad de Psicología

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

Resumen

La Diabetes Mellitus 2 (DM2), es causa de muerte en México. Es un problema de salud pública y se ha estimado que los pacientes con DM2 tienen probabilidad de cursar con síntomas depresivos.

Se realizó un estudio comparativo entre un grupo de 30 personas con DM2 y síntomas depresivos (SD), un grupo de 30 personas sin DM2 con síntomas depresivos y un grupo de 28 personas sin DM2 y sin síntomas depresivos. La evaluación se centró en la memoria inmediata, memoria de trabajo, memoria visual y fluidez verbal; además de la depresión. La estadística, se realizó con SPSS; se hizo un Análisis Exploratorio haciendo las pruebas de bondad de ajuste. El 60% de los pacientes del grupo 1 padecen Hipertensión arterial (HTA) controlada y el 40% restante no padecen. Fueron comparados con 30 sujetos sin Diabetes con síntomas depresivos (grupo 2) y con 28 sujetos de control (grupo 3). Debido a la diferencia en la escolaridad fue necesario hacer un ANCOVA; se determinaron las diferencias significativas entre los grupos a través de las medias marginales aplicando la corrección de Bonferroni.

¹ Doctora en Neuropsicología. Contacto: iherrera@umich.mx

² Licenciada en Psicología

³ Doctor en Neuropsicología

El objetivo es: conocer la alteración de la memoria al momento de padecer DM2. Los datos muestran que los sujetos que cursan con DM2 clínicamente controlada y sufren además síntomas depresivos, tienen déficits en tareas de memoria de trabajo (MT); se infiere que se debe muy posiblemente al efecto de la DM2.

Abstract

The Diabetes Mellitus 2 (DM2), is cause of death in Mexico. It is a problem of public health and it has been considered that the patients with DM2 have probability of attending with depressive symptoms. It was realised a comparative study between a group of 30 people with DM2 and depressive symptoms (SD), a group of 30 people without DM2 with depressive symptoms and a group of 28 people without DM2 and depressive symptoms. The evaluation concentrated in the immediate memory, working memory, visual memory and verbal fluidity; besides the depression. The statistic, was realised with SPSS; an Exploratory Analysis was done testing of kindness of adjustment. 60% of the patients of group 1 suffer arterial Hypertension (HTA) controlled and 40% rest do not suffer. They were compared with 30 subjects without Diabetes with depressive symptoms (group 2) and with 28 subject controls (group 3). Due to the difference in the schooling it was necessary to make a ANCOVA; the significant differences between the groups through the marginal averages were determined applying the correction of Bonferroni. The objective is: to know the alteration the memory at the time of suffering DM2. The data show that the subjects that attend clinically with controlled DM2 and undergo in addition depressive symptoms, have deficits in tasks of working memory (MT); it is inferred that it very possibly must in order that the DM2.

Antecedentes

Por el aumento progresivo en la utilización de grasas y proteínas; (Guyton y Hall, 2001; Laguna, 1972) es probable que se experimente un posible daño a los vasos sanguíneos grandes y pequeños, así como en las arterias que entran y salen del corazón teniendo como resultado la provisión insuficiente de las sustancias energéticas indispensables para el cerebro y para la función óptima del proceso de la neurotransmisión. La hiperglucemia produce entre otros efectos lesiones tisulares donde los vasos sanguíneos de muchos tejidos del organismo se alteran y experimentan cambios estructurales, determinando así un aporte insuficiente de sangre a los tejidos, entre ellos el cerebro y afectando de esta manera al SNC (Guyton y Hall, 2001; Lloyd y Brown, 2002; Stewart et al; 1999; Watkins y Thomas, 1998). Los vasos sanguíneos pequeños se estrechan, el fluido de sangre a

los órganos disminuye, causando la muerte de las células que no reciben suficiente sangre, ya que no reciben suficientes nutrientes ni oxígeno. Guyton y Hall (2001) especifican que al verse afectada la fluidez sanguínea en el SNC, existe la posibilidad de que aparezcan accidentes cerebrovasculares (De la Serna, 2001; Watkins y Thomas, 1998). Stewart y Liolitsa (1999) presentan un variado número de factores que interactúan en la DM2 y que resultan en el deterioro cognitivo; uno de ellos es la hiperglucemia, señalan además que algunos estudios han evaluado el dominio cognitivo y han mostrado deterioro, específicamente en la atención- concentración. La primera entendida como la capacidad de mantener la alerta y la segunda como mantener esa alerta durante cierto tiempo (Junqué, 1994).

Los efectos de la hiperglucemia en el SNC se manifiestan por medio de diversos mecanismos, entre ellos la Hipertensión Arterial (HTA) y la alteración del correcto funcionamiento de los neurotransmisores (Gregg, et al., 2003).

En la HTA, el flujo sanguíneo aumenta rápidamente (Guyton y Hall, 2001), lo que hace posible que ocurra una sobredistensión o rotura de los vasos sanguíneos cerebrales, pudiendo ocasionar un edema o hemorragias cerebrales graves (Pinel, 2001; Watkins y Thomas, 1998;). La HTA también supone decaimiento cognitivo, Stewart y Liolitsa (1999) y Kuo (et al; 2005) señalan que padecer HTA conlleva deterioro en el *razonamiento lógico* (capacidad de actuar de acuerdo al contexto) y la atención.

El funcionamiento de los neurotransmisores se ve afectado por la hiperglucemia, ya que, al disminuir el fluido sanguíneo debido a la probable aterosclerosis y el escape de glucosa en la orina, disminuye sus cantidades en la sangre y otros nutrientes importantes para el SNC (proteínas y oxígeno), haciendo probable entonces que no se aporten estos nutrientes al cerebro y se produzcan trastornos en el funcionamiento del mismo (Assimakopoulou y Hampson, 2002; Guyton y Hall, 2001; Kaplan, et al; 2000; Lloyd y Brown, 2002); lo que supone que, padecer Diabetes Mellitus, implique un cambio en las funciones cognitivas.

Planteamiento del problema.

Anualmente se registran 210 mil personas diabéticas y fallecen 30 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere, se detectan siete nuevos casos de enfermedad. (INEGI, 2002; Moreno, 2004). La Depresión ha sido investigada desde diversos enfoques (Sadek y Nemeroff, 2000), tanto médicos como psicológicos; ésta afecta hasta un 15 % de la población

adulto, alcanza una mayor prevalencia entre los 25 y 45 años. La depresión, en México afecta a un 13.3% de la población. (Boletín de Prensa, 2004) y recientes estudios (Black et al; 2003; Houlden, et al., 2003; Goldney, 2004; Lloyd y Brown, 2002) han demostrado que la Depresión es una enfermedad asociada a la DM2. Conocer qué alteraciones cognitivas existen o aparecen al padecer Diabetes, posibilitará alcanzar una mejor comprensión del tratamiento, más aún si se determina si cursa con síntomas depresivos (SD), los cuales conllevan a otras disfunciones cognitivas y que tendrán consecuencias en el manejo y cuidado de la DM2; varios investigadores (Black, 2003; Goldney et al; 2004; Houlden et al; 2003; Lloyd y Brown, 2002; Nichols y Brown, 2003; Thomas et al; 2003) han concluido que los pacientes Diabéticos 2, tienen una gran probabilidad de cursar por un Trastorno Depresivo Mayor y síntomas depresivos afectando su desempeño cognitivo y por ende un manejo ineficaz de su enfermedad.

Por lo anterior y debido a que algunos síntomas depresivos impiden la correcta ingesta de nutrientes; se hace la siguiente cuestión: ¿Cuáles son las funciones cognitivas afectadas en el paciente con DM?

¿Presentan síntomas depresivos los pacientes con DM, y cuál es el estado de la memoria en esta situación en comparación con personas sanas?

Asimismo, el objetivo general del presente trabajo, es saber si existe alteración en la memoria verbal y visual, fluidez verbal en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con síntomas depresivos en comparación con pacientes sin DM2 con síntomas depresivos y personas sanas.

Como objetivo específico está el conocer si existe deterioro en las funciones de memoria declarativa verbal, memoria de trabajo verbal, memoria visual, memoria de reconocimiento y memoria inmediata en los pacientes con DM2 con síntomas depresivos en comparación con pacientes sin DM2 con síntomas depresivos y personas sanas.

El estudio se llevó a cabo desde el modelo cuasi-experimental y las hipótesis que se plantearon para ser comprobadas o disprobadas a partir de los datos empíricos, fueron:

H : El paciente con DM2 y síntomas depresivos tiene un peor rendimiento en la¹ memoria declarativa verbal, memoria de trabajo verbal, memoria visual, memoria de reconocimiento, memoria inmediata en comparación con personas sin DM2 con síntomas depresivos.

H : El paciente con DM2 y síntomas depresivos tiene un peor rendimiento en la² memoria declarativa verbal, memoria de trabajo verbal, memoria

visual, memoria de reconocimiento, memoria inmediata en comparación con personas sanas.

Debido a que es una enfermedad muy compleja, se definieron las siguientes variables:

- Independientes:

- a. Diabetes Mellitus tipo 2

Definición conceptual: síndrome donde se alteran el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, debido a la falta de secreción de insulina o por disminución de la sensibilidad tisular a esta hormona.

Definición operacional: pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 con un máximo de 15 años de evolución del Instituto Mexicano del Seguro Social, reclutados en los grupos de autoayuda para pacientes con Diabetes del programa PREVENIMSS.

- b. Depresión o síntomas depresivos.

Definición conceptual: estado de ánimo disfórico, pérdida de interés y placer en casi toda actividad (DSM IV TR, 2002)

Definición operacional: Escala Hamilton para la Depresión (HAM-D)

- Dependientes:

- a. Memoria verbal declarativa

Definición conceptual: habilidad para recordar de manera consciente y contar detalles de los eventos (Rains, 2004)

Definición operacional: RAVLT (recuerdo después de 30 min.)

- b. Memoria de Reconocimiento

Definición conceptual: memoria que es manifestada por discriminación de un objeto previamente presentado de uno o más objetos que no han sido presentados.

Definición operacional: RAVLT (lista de reconocimiento)

- c. Memoria de trabajo verbal

Definición conceptual: sistema que almacena y manipula información

por limitado tiempo. (Jonides J et al; 1998)

Definición operacional: Retención de Dígitos en orden inverso (subprueba del WAIS III)

d. Memoria inmediata

Definición conceptual: sistema de memoria de limitada capacidad y corta duración que retiene información sólo durante cuestión de segundos. (Rains, 2004)

Definición operacional: Retención de Dígitos en orden directo (subprueba del WAIS III)

e. Memoria visual

Definición conceptual: evocación de estímulos presentados con anterioridad que requiere de la percepción visual, retención y reproducción.

Definición operacional: Figura Compleja de Rey (ejercicio de retención)

Con respecto de las consideraciones éticas, cabe destacar que nos basamos en el Código Ético del Psicólogo (Brugmann et al; 1990) en lo referente al riesgo mínimo y delimitación del anonimato y confidencialidad de la información para los resultados obtenidos. Se vigiló el uso de las pruebas e instrumentos y se usaron sólo con fines de investigación; se explicó a la población sobre la naturaleza el uso y fin del estudio y no se puso en riesgo su estabilidad emocional. Se siguieron los lineamientos de la Asociación Médica Mundial, dentro de la Declaración de Helsinki en los artículos: 10 - 26 (Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 2004). Se entregó un consentimiento informado al sujeto, para su información y aprobación en cuanto a su participación.

Método

Participantes

130 Pacientes fueron reclutadas durante varias visitas a las Unidades de Medicina Familiar número 75 y 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el apoyo de esta institución; 88 personas fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión, 28 personas fueron parte del grupo

control (Grupo 3); 30 personas con DM2 y SD (Grupo 1) ; y 30 pacientes con SD sin DM2 (Grupo 2).

El grupo 1 se reclutó dentro de los grupos de Ayuda diagnosticados con Diabetes tipo 2 del programa PREVENIMSS de las Unidades Médicas; el grupo 2 y el grupo 3, se conformaron invitando a las personas que se localizaban en las salas de espera de los consultorios médicos de las Clínicas y dentro de grupos educativos del programa PREVENIMSS dirigidos a los derechohabientes del IMSS sin enfermedad crónica degenerativa; a los tres grupos se les entrevistó cuestionando si padecían alguna enfermedad crónica degenerativa, escolaridad, lateralidad, sexo, nombre y teléfono, para poder contactarlos y crear la base de datos.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Para el grupo de pacientes con DM2 con síntomas depresivos (Grupo 1): tener diagnóstico de DM2 con una duración de 1 mes a 15 años, no tener complicación alguna de la enfermedad, entre los 40-55 años de edad, escolaridad mínima de 6 años, con la presencia de sintomatología depresiva (equivalente a una puntuación por arriba de 8 en la Escala Hamilton).
- Para el grupo de pacientes sin DM2 con síntomas depresivos (Grupo 2): no padecer enfermedad crónico- degenerativa (DM1, DM2, HTA, etc.), entre 40-55 años de edad con escolaridad mínima de 6 años, con la presencia de síntomas depresivos (equivalente a una puntuación por arriba de 8 en la Escala Hamilton).
- Para el grupo control (Grupo 3): pacientes que no padecen enfermedad crónico- degenerativa (DM1, DM2, HTA, etc.) entre 40-55 años de edad con escolaridad mínima de 6 años, sin la presencia de síntomas depresivos (equivalente a una puntuación por debajo de 7 en la Escala Hamilton).
- De exclusión: Para todos los grupos: alcoholismo, complicaciones propias de la DM2 (e.g. retinopatía, arteriopatía, etc.)
- De eliminación: Para todos los grupos: retiro voluntario del sujeto.

Instrumentos

a. Pruebas neuropsicológicas:

La selección de los instrumentos de evaluación neuropsicológica se ha basado en la revisión de la literatura, buscando pruebas que han

demostrado ser sensibles al deterioro cognoscitivo de la depresión (Porter, 2003; Zakzanis, 1999; Elliot., 1997) Para la evaluación neuropsicológica en este estudio, atendiendo a los criterios anteriormente establecidos se han elegido una serie de pruebas clásicas de papel y lápiz. Las pruebas empleadas se han organizado por funciones de la memoria:

- Memoria Verbal: Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT).
- Memoria de trabajo verbal, memoria inmediata - atención: Subtest Retención de Dígitos del WAIS III.
- Memoria Visual: Test de la Figura Compleja de Rey- Osterrieth (ejercicio de retención)

b. Pruebas para depresión y síntomas depresivos:

- La prueba Hamilton fue diseñada por éste en 1960, esta es una escala de heteroevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo, evalúa formas graves de la depresión y permite apreciar un cambio de puntuación durante el tratamiento antidepressivo. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1971. Se usó la versión de 17 ítems, en los cuales el contenido se centra en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión.

La Hamilton (1960), es una escala de heteroevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo. La versión inicial (24 ítems), fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor en 1967, reduciéndola a 21 ítems. Se ha generalizado el uso de una versión reducida y última de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1971. Se usó la versión de 17 ítems, en los cuales el contenido se centra en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión.

Procedimiento

1. Teniendo como lugar de evaluación las aulas de enseñanza de las Clínicas de Medicina Familiar No. 75 y 80 del IMSS, los participantes fueron contactados por teléfono para asignarles una fecha y hora

específicas para cada uno de ellos en el aula de Enseñanza de las Clínicas de Medicina Familiar del IMSS y en una de las oficinas del departamento de Trabajo Social de las mismas clínicas en algunas ocasiones.

2. Todos los sujetos fueron evaluados individualmente en una ocasión, dentro del horario vespertino. Después de una corta entrevista, se presentó a cada sujeto un consentimiento informado y se procedió con la aplicación del RAVLT con los 5 ensayos, la lista de interferencia y el intento de recuerdo después de la interferencia.
3. Se mostró enseguida, la Figura Compleja de Rey- Osterrieth para su copia; al término de la copia, se aplicó la HAM-D, donde después de obtener resultados (puntaje total en el momento) se orientó al sujeto para recibir atención psicológica si el caso lo ameritaba.
4. Enseguida se administró la prueba Retención de Dígitos en orden directo e inverso del WAIS- III.
5. Transcurridos los 30 min., se solicitó al sujeto el Intento de recuerdo diferido y luego la prueba de Reconocimiento del RAVLT.
6. Momentos después se pidió que dibujara la Figura de Rey- Osterrieth, antes presentada y se finalizó la sesión.

Resultados

Los análisis estadísticos, se realizaron con el SPSS (versión 11.0); se hizo un Análisis Exploratorio de datos haciendo las pruebas de bondad de ajuste, donde se encontró:

Un total de 88 personas conformaron la muestra de estudio, 30 pacientes con DM (grupo 1) fueron comparados con 30 sujetos sin DM tipo 2 con síntomas depresivos (grupo 2) y con 28 sujetos control sanos (grupo 3) (véase tabla 1). El grupo 1 estuvo conformado por 28 mujeres y 2 varones, este grupo tuvo una media de 7.1 años de padecer la DM2, una media en edad de 48 años y de 9 años en escolaridad; el 97% (N = 29) de los pacientes con DM2 se controlan con medicamentos orales y el 3% (N = 1) con inyección de insulina. El 60% de los pacientes de este grupo padecen HTA controlada y el 40% restante no padecen HTA.

El grupo 2 estuvo integrado por 28 mujeres y 2 varones; tuvo una media en edad de 46 años y de 9 años en escolaridad. El grupo 3 estuvo compuesto

por 28 mujeres en total, tuvo una media en edad de 46 años y de 12 años en escolaridad.

Se hizo la prueba de homocedasticidad a cada una de las variables donde se observa que la variable síntomas depresivos mostró diferencias significativas ($F=38.432$, $P=.000$), por lo que en esta variable no se aplicó un Análisis de Varianza (ANOVA). Por otro lado se hizo un ANOVA con las variables edad y escolaridad que si cumplieron el criterio de homocedasticidad y los resultados indicaron que los grupos mostraban diferencias significativas en escolaridad ($F=8.452$, $P=.000$) por este motivo se efectuó un Análisis de Covarianza (ANCOVA).

Debido a que la variable síntomas depresivos no cumplió con los criterios para una ANOVA, se aplicó la prueba de Kruskal Wallis ($X^2=47.251$, $gl=2$, $P=.000$) (ver tabla 2) y se hizo una correlación entre la escolaridad y los síntomas depresivos en la muestra total, los valores señalaron una correlación significativa (Correlación de Pearson= $-.379$, $P=.000$) esto debido a que uno de los grupos (grupo 3) tuvo como criterio de inclusión obtener puntajes por debajo de 7 en la Escala Hamilton de Depresión. Sin embargo al momento de realizar ésta correlación para los grupos 1 y 2, se exhibió una correlación no significativa (correlación de Pearson= $-.180$, $P=.169$) (ver tabla 3) y esto indica, en este estudio, que el nivel de escolaridad no se relaciona con la aparición de síntomas depresivos.

Para controlar el efecto de la escolaridad, como se mencionó anteriormente, en las variables restantes se aplicó un ANCOVA; donde cada grupo fue la variable independiente, la escolaridad fue la covariable y el rendimiento neuropsicológico fue la variable dependiente. De acuerdo a la tabla 4 las variables que mostraron diferencias significativas fueron: memoria verbal inmediata correspondiente al ensayo A1 del RAVLT ($F=3.256$, $P=.026$); el ensayo de aprendizaje A2 ($F=3.763$, $P=.014$); el ensayo de aprendizaje A4 ($F=3.001$, $P=.035$); copia de la Figura compleja de Rey (FCR) ($F=3.959$, $P=.011$); atención/ memoria inmediata ($F=4.970$, $P=.003$); memoria de trabajo verbal ($F=3.880$, $P=.012$).

Para las variables antes señaladas, se hizo una comparación de medias marginales con la corrección de Bonferroni, se consideró que había diferencias significativas cuando $P < 0.017$ (véase tabla 5); Memoria de trabajo verbal ($P=.015$) en esta variable hubo diferencias significativas entre los grupos 1 y 3.

Discusión y conclusiones

Este estudio tuvo como objetivo general conocer la alteración de la memoria verbal, memoria visual al momento de padecer Diabetes tipo 2 (DM2) y síntomas depresivos (SD); el objetivo específico fue conocer si existe deterioro en la memoria declarativa verbal, memoria de trabajo verbal, memoria visual, memoria de reconocimiento y memoria inmediata en la DM2 con SD. Los datos muestran que los sujetos que cursan con DM2 clínicamente controlada y sufren además síntomas depresivos, tienen déficits en tareas de memoria; se infiere que se debe muy posiblemente al efecto de la DM2 y no a los síntomas depresivos.

Se concluye que la alteración en dicha función se debe a la DM2 porque al momento de comparar a los distintos grupos se observó que, en lo relacionado a la tarea memoria, sólo se distinguen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con DM2 y SD (grupo 1) en comparación con el grupo control (grupo 3) y al momento de comparar al grupo de pacientes sin DM2 con síntomas depresivos (grupo 2) no hay diferencias significativas entre éste con el grupo 1 y con el grupo 3. Por tal razón se afirma que el deterioro se debe a la DM2, ya que si se tratara de un efecto aditivo de los SD a la DM2, el grupo 2 presentaría diferencias significativas con el grupo 3 principalmente y también con el grupo 1, lo cual no es así.

La alteración en MTv es propia de la sintomatología depresiva, así como en el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) (Herrera-Guzmán et al., 2007; 2009). En el presente estudio los pacientes con DM2 presentaron síntomas depresivos a diferencia de otras investigaciones (De Groot, et al; 1999; Talbot y Nouwen, 2000), que mencionaron la presencia de un TDM en estos pacientes. Es necesario señalar esto ya que las funciones que se deterioran al cursar por un TDM y las funciones que se alteran al presentar SD son distintas; en el primero la atención, la memoria, la velocidad psicomotora, la flexibilidad mental, la fluencia verbal y las funciones ejecutivas (Hill et al; 2004; Lockwood y Alexopoulos, 2002; Lockwood et al; 2002; Ravnkilde et al; 2002;); así como la memoria de trabajo (Christopher et al; 2005).

En cambio, los SD parecen representar un factor de riesgo para que el deterioro cognitivo se exprese (Vázquez et al., 2003), en especial se ha mencionado que la memoria podría alterar su funcionamiento, pero no se especifica qué tipo de memoria; otros investigadores (Biermann et al; 2005; Mast, 2005) mencionan que los SD junto con sintomatología ansiosa provocan deterioro en la cognición en general y que esta alteración depende quizás del grado de los síntomas (es decir a mayor severidad de los síntomas mayor alteración en la cognición) pero no se detallan las funciones deterioradas. En relación a este tema, la información acerca de

la sintomatología depresiva y su efecto en la cognición, usa el término de Depresión y pocas veces se distingue qué cuadro depresivo se presenta, si es sólo sintomatología o un TDM, por lo que no se distingue especificidad alguna en relación al deterioro cognitivo en estas dos modalidades.

El porqué no se encontró ninguna diferencia significativa en otras funciones cognitivas, se debe a que la muestra es muy joven y está bien controlada en la terapia farmacológica, ya que como se revisó anteriormente, la hiperglucemia (característica propia de la DM2) es uno de tantos factores que precipitan hacia un decremento cognitivo (Asimakopoulou y Hampson, 2002; Strachan, et al; 2003). Greenwood et al. (2003) por ejemplo, resaltaron la importancia del control glicémico en pacientes con DM2, e indicaron que cuando hay un pobre control en éste resulta un pobre desempeño en tests de memoria declarativa particularmente. Es importante mencionar que el control que tiene sobre su enfermedad el grupo de pacientes con DM2 de este estudio, consiste en hipoglucemiantes orales como la Glibenclamida y la Metformina, medicamentos que posibilitan la eficacia en la utilización de la energía de los carbohidratos, en particular de la glucosa (Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 2004).

La muestra tuvo un rango de edad específico (entre 40 y 55 años, con una media de 48 años), que de acuerdo a la teoría es la etapa donde generalmente inicia el padecimiento de la DM2, además los pacientes de este estudio no cursan con alguna complicación propia de la DM2; hay que indicar que se pareó por edad y este factor es un aspecto que algunos teóricos señalan debe cumplirse para poder realizar comparaciones más confiables (e.g. Stewart y Liolitsa, 1999); algunas investigaciones han determinado que los pacientes con DM2 tienen déficits en tareas de memoria verbal en general, memoria visual, fluidez verbal, atención y eficiencia psicomotora; sin embargo éstas han incluido rangos de edad más amplios al del presente trabajo (Asimakopoulou y Hampson, 2002; Asimakopoulou et al., 2002; Fontbonne et al; 2001; Gregg y Brown, 2003; Grodstein et al; 2001; Kuo et al; 2005; Logroscino et al; 2004; Ryan y Geckle, 2000; e.g. Stewart y Liolitsa, 1999), y no especifican si los pacientes presentan complicaciones propias de la DM2.

En cuanto a la prevalencia de la Depresión en la DM2, no queda claro todavía si es debido en especial por una relación única entre la Diabetes y la Depresión, ya que hay otros factores que influyen, como la edad, el sexo, el estrés financiero etc. (Anderson et al; 2001; Egede y Zheng, 2003; Fischer et al; 2001). Aunque Fischer (et al; 2001) establece que el nivel educativo también es un factor que predice la Depresión, en este estudio quedo claro que no hay relación entre la escolaridad con los síntomas depresivos; ésta correlación no significativa se indicó por medio un análisis de correlación

(ver tabla 3) entre el grupo de pacientes con DM2 con SD y el grupo control sin DM2 con SD. En otro trabajo Lloyd et al. (2000) han señalado que la aparición de SD en la DM2, son debidos al pobre control glicémico observado principalmente en hombres y que síntomas de ansiedad son más frecuentes en mujeres, este análisis no se hizo en la presente investigación.

En lo referente a la presencia de sintomatología depresiva en el grupo de pacientes con DM2 de este trabajo, podría explicarse con la postura de Goldney (et al; 2004) donde menciona que la aparición de Depresión se debe al cambio drástico que la enfermedad tiene en el estilo de vida de la persona. Pouwer et al. (2003), mencionan que la prevalencia de depresión aumenta en la DM2 con complicaciones más que en la DM2 sin complicaciones, en esta investigación no se analizó este componente porque uno de los criterios de inclusión para éste grupo fue no presentar complicaciones propias de la DM2.

Cabe mencionar que entre las limitaciones del presente estudio, una de ellas es la referida al orden empleado para la aplicación de las pruebas, ya que se aplicó la escala Hamilton entre las pruebas neuropsicológicas, lo cual podría evocar un factor de estrés agregado a la evaluación; esta situación se dio debido a que la evaluación se hizo en una clínica de salud pública con restricciones de tiempo tanto de la Institución como por parte de los participantes.

Por otro lado la edad media de los pacientes con DM2 del presente estudio estuvo en 48 años, etapa que implican cambios químicos que facilitan la aparición de Depresión, por lo cual no pudimos diferenciar, en este tipo de investigación, si los síntomas depresivos tuvieron una relación única con la DM2 o debido a la adición de las etapas antes señaladas.

Este trabajo abre nuevos campos por indagar; por ejemplo un análisis comparativo entre un grupo de pacientes con DM2 y SD y un grupo de pacientes con DM2 sin SD, aunque esto fue una limitación para el presente estudio, se buscó al grupo de personas sin DM2 con SD para diferenciar de otra manera el deterioro que pudiera existir en los sujetos con DM2 y SD; si se lograra conformar un grupo de personas con DM2 con SD y sin síntomas depresivos, podría indicarse de manera concreta y diferencial qué funciones cognitivas se encuentran alteradas en cada estado.

Otra línea de estudio sería la referida, a monitorear si los sujetos con Diabetes mellitus tipo 2 y síntomas depresivos, desarrollaron el TDM y evaluar qué funciones cognitivas se alteran en esta situación o si continúan con síntomas depresivos solamente, ya que es un aspecto que aquí no se abordó; un estudio prospectivo podría ser importante para esta clase de

investigaciones. Los beneficios que posibilitan esta clase de trabajos, no se limitan solamente en conocer, sino en concientizar la importancia que tiene el detectar y atender el estado de ánimo de un paciente con enfermedad crónica degenerativa, y facilitarle así las herramientas necesarias en función de lograr un mejor estado de salud físico y mental, indispensables para toda persona en su funcionamiento diario; ha quedado evidenciado en varios estudios (Lloyd y Brown, 2002; Lustman y Clouse, 2004; Lustman et al; 1998) que existen alternativas de solución para esta situación, una de ellas es la psicoeducación de los pacientes. En síntesis y con base en lo anterior, en lo referente a las hipótesis planteadas, se encontró que éstas se cumplen parcialmente, ya que solo una parte de la memoria se altera durante el padecimiento de la DM2 con SD debido a la DM2 ya que, los pacientes con esta enfermedad, tuvieron diferencias significativas con el grupo control sano pero no así con el grupo de personas sin DM2 con síntomas depresivos.

Referencias

1. Anderson, J; Clous, E; Freedland, E. y Lustman, J. (2001). The prevalence of Comorbid Depression in adults with Diabetes. *Diabetes Care*; 24:1069-1078.
2. Asimakopoulou, G; y Hampson S.E. (2002). Cognitive Functioning and Self-Management in Older People With Diabetes. *Diabetes Spectrum*; 15:116-120
3. Biermann, M; Comijs, C; Jonker, C. y Beekman, F (2005). Effects of anxiety versus depression on cognition in later life. *American Journal of Psychiatry*; 13:686-693
4. Black, A; Markides, S. y Ray, A. (2003). Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older mexican americans With Type 2. Diabetes. *Diabetes Care*; 26:2822-2828
5. Boletín de Prensa presentada en el XIII Foro Nacional de Investigación en Salud del IMSS del 20-24 de Septiembre en Morelia, Michoacán. (2004). Diabetes, hipertensión, Depresión, Sobrepeso, Obesidad y Adicciones, padecimientos de los adultos mayores de áreas urbanas marginadas.
6. Brugmann, A; Castaño, D; Cicero, M; Colotla, V; Espinosa, A; Gallegos, X. et al (1990). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas
7. Christopher, G. y McDonald, J. (2005). The impact of clinical depression on working memory. *Cognitive neuropsychiatry*; 10:379-399
8. Diccionario de especialidades farmacéuticas. (2004). Ed. 50: México. Software
9. De Groot, M; Jacobson, M; Samson, A. (1999). Glycemic control and major depression in patients with type 1 and 2 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*; 46: 425-435
10. DSM- IV- TR. (2002). España: MASSON. Pp. 387
11. Egede, E; y Zheng, D. (2003) Major depressive disorder in a national Sample of

- individuals with Diabetes. *Diabetes Care*; 26: 104-111.
12. Fischer, L; Skaff, M; Chesla, A; Kanter, A; y Mullan, T. (2001). Contributors to Depression in latino and European- American Patients with type 2 Diabetes. *Diabetes Care*; 24:1751-1757.
 13. Fontbonne, A; Berr, C; Ducimetière, P, y Alpérovitch, A. (2001). Changes in cognitive abilities over a 4- year period are unfavorably affected in elderly diabetic subjects. *Diabetes Care*; 24: 366-370
 14. Goldney, D; Phillips, J; Fisher, J. y Wilson, D. (2004). Diabetes, Depression, and Quality of Life A population study. *Diabetes Care*; 27:1066-1070
 15. Greenwood, E; Kaplan, J; Hebblethwaite, S, y Jenkis, J. (2003). Carbohydrate- induced memory impairment in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*;26:1961-1966
 16. Gregg, W; y Brown A. (2003) Cognitive and physical disabilities and aging- related complications of diabetes. *Clinical Diabetes*; 21:113-118
 17. Grodstein, F; Chen, J; Wilson, S, y Manson, E. (2001). Type 2 diabetes and cognitive function in community- dwelling elderly women. *Diabetes Care*; 24: 1060-1065
 18. Guyton, C; Hall, E. (2001). *Tratado de Fisiología Médica*. México: Mc Graw Hill: Pp. 1075-1078
 19. Herrera-Guzmán, I., Gudayol-Ferré, E., Lira-Mandujano, J., Herrera-Abarca, J., Herrera-Guzmán, D., Montoya-Pérez, K., Guardia-Olmos, J. (2007). Cognitive predictors of treatment response to bupropion and cognitive effects of bupropion in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research* 160: 72-82
 20. Herrera-Guzmán, I; Gudayol-Ferré, E; Herrera-Guzmán, D; Guàrdia-Olmos, J. (2009). Effects of selective serotonin reuptake and dual serotonergic-noradrenergic reuptake treatments on memory and mental processing speed in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research* 170 Hill, K; Keshavan, S; Thase, E. y Sweeney, A. (2004). Neuropsychological dysfunction in antipsychotic- naïve first episode unipolar psychotic depression. *American Journal of Psychiatry*; 161:996-1003
 21. Houlden, R; y Jones, H. (2003) Psychological Aspects of Diabetes. *Clinical Practice Guidelines*.
 22. INEGI (2002). Dirección General de Estadística. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Recuperado el 23 de Noviembre del 2004, de: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?t=msalo6&c=3357>
 23. Junqué, C., Barroso, J. (1994). *Neuropsicología*. Ed. Síntesis, S.A. Madrid. pp. 495
 24. Kaplan, P; Greenwood, C; Winocur, G. y Wolever, T. (2000). Cognitive performance is associated with glucose regulation in healthy elderly persons and can be enhanced with glucose and dietary carbohydrates. *Mm. Journal of Clinical Nutrition*; 72:825-36
 25. Kuo, K; Jones, N; Millberg, P; Tennstedt, S; Talbot, L. y Morris, J. et al (2005). Effect of blood pressure and diabetes mellitus on cognitive and physical functions in older

- adults: a longitudinal analysis of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cohort. *Journal AGS*; 53:1154-1161
26. Laguna, J. (1972). *Bioquímica*. México: Fournier: P. 233-243
 27. Lloyd, E; y Brown, J. (2002) Depression and Diabetes. *Current Science*
 28. Lloyd, E; Dyert, H. y Barnett, H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*;17: 198-202.
 29. Lockwood, K; Alexopoulos, G. y Gorp van, W. (2002). Executive dysfunction in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry*;159: 119-126
 30. Logroscino, G; Kang, J. y Grodstein, F. (2004). Prospective study of type 2 diabetes and cognitive decline in women aged 70-81 years. *BMJ* Recuperado el 3 de Febrero del 2006, de doi:10.1136/bmj.37977.495729.EE
 31. Lustman, J; y Clouse, E. (2004). Practical Considerations in the Management of depression in Diabetes. *Diabetes Spectrum*; 17:160-166.
 32. Mast, T. (2005). Impact of cognitive impairment on the phenomenology of geriatric depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*; 13:694-700
 33. Moreno, L. (2004). *Epidemiología y Diabetes*. Revista de la Facultad de Medicina. México: UNAM
 34. Nichols, A. y Brown, B. (2003) Unadjusted and adjusted prevalence of Diagnosed Depression in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*; 26:744-749
 35. Pinel, J. (2001). *Biopsicología*. Prentice Hall: Madrid.
 36. Porter, J; Gallagher, P; Thompson, M; Young, H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry* 182, 214-220.
 37. Pouwer, F; Beekman, F; Nijpels, G; Dekker, M; Snoek, J; Heine, J; Deeg, H. (2003). Rates and risks for co- morbid depression in patients with type 2 diabetes mellitus: results from a community- based study. *Diabetologia*; 46: 892-898.
 38. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial). Recuperado de:http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.htm
 39. Rains, D. (2004). *Principios de Neuropsicología Humana*. México: Mc Graw Hill.
 40. Ravnkilde, B; Videbech, P; Clemmensen, K. y Egander, A. et al. (2002). Cognitive deficits in major depression. *Scandinavian Journal of Psychology*; 43:239-251
 41. Ryan, M. y Geckle, O. (2000). Circumscribed cognitive dysfunction in middle- aged adults with type 2 Diabetes. *Diabetes Care*;23:1486-1493
 42. Serna, P. (2001). Trastornos Psiquiátricos en los Accidentes cerebro vasculares. *Revista*

de la SEMG; 66: 419-425

43. Stewart, S; Liolitsa, D. (1999). Type 2 diabetes impairment and dementia. *Diabetic Medicine*; 16:93-112
44. Strachan, J; Frier, M. y Deary, J. (2003). Type 2 diabetes and cognitive impairment. *Diabetic Medicine*; 20: 1-2
45. Talbot, F; Nouwen, A. (2000). A review of relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes Care*; 23:1556-1562.
46. Thomas, J; Jones, G; Scarinci, I. y Brantley, P. (2003). A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes Care*; 26:2311-2317.
47. Vázquez, E; Rodríguez, M. y Ferrances, M. (2003). Influence of depressed mood on neuropsychologic performance in HIV- seropositive drug users. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*;57:251-258
48. Watkins, J; Thomas, K. (1998). Diabetes mellitus and the nervous system. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*; 65: 620-632
49. Zakzanis, K. (1999). *Neuropsychological Differential Diagnosis*. Swets & Zeitlinger. Netherlands.

Anexos

Tabla 1.- Características demográficas para cada uno de los grupos.

	Grupo 1 N=30 Media (desv. Est.)	Grupo 2 N=30 Media (desv. Est.)	Grupo 3 N=28 Media (desv. Est.)
Años edad	48.(4.86)	45.76 (4.7)	45.96 (5.14)
Escolaridad (años)	9.2 (2.85)	9.8(2.74)	12.07(3.38)
Años de padecer DM2	7.1(4.6)		
Medio de control de la DM2 (%)			
Oral	97		
Insulina	3		
Padecimiento de DM2 y e HTA (%)			
Con HTA	60		
Sin HTA	40		

Tabla 2.- Muestra las pruebas de bondad de ajuste a la normalidad para el grupo 1 N=30

Variable	Kolgomor-Smirnov
Edad	.155/.065
Escolaridad	.202/.003
Recuerdo diferido (RAVLT A7)	.187/.009
Memoria inmediata (RAVLT A1)	.201/.003
Ensayo de aprendizaje (RAVLT A2)	.260/.000
Ensayo de aprendizaje (RAVLT A3)	.221/.001
Ensayo de aprendizaje (RAVLT A4)	.144/.115
Ensayo de aprendizaje (RAVLT A5)	.145/.109
Memoria de Reconocimiento (RAVLT)	.143/.123
Memoria visual(FCR retención)	.143/.122
Atención/memoria inmediata	
(retención de Dígitos orden directo)	.258/.000
Memoria de trabajo verbal	
(retención de dígitos orden inverso)	.212/.001
Síntomas Depresivos (Hamilton)	.146/.105

Tabla 3.- Muestra la correlación para escolaridad y síntomas depresivos entre los grupos de pacientes con DM2 y síntomas depresivos (gpo.1) con grupo de personas con síntomas depresivos sin DM2 (gpo. 2).

	Escolaridad	Síntomas depresivos
Escolaridad		
Correlación de Pearson	1	-.180
Sig.	.	.169
Síntomas depresivos Correlación de Pearson	-.180	1
Sig.	.169	.

Tabla 4.- Análisis de Covarianza (ANCOVA) aplicado para cada una de las variables

Dependientes (Rendimiento neuropsicológico). Donde *=diferencia significativa

Variable	ANCOVA	
	F	Sig.
Memoria verbal declarativa RAVLT Recuerdo diferido (A7)	1.226	.305
Memoria inmediata (A1)	3.256	.026*
Ensayo de aprendizaje (A2)	3.763	.014*
Ensayo de aprendizaje (A3)	2.391	.074
Ensayo de aprendizaje (A4)	3.001	.035*
Ensayo de aprendizaje (A5)	2.219	.092
Reconocimiento.	.344	.794
Memoria de trabajo verbal (Retención de dígitos orden directo inverso WAIS III)	3.880	.012*
Atención /Memoria inmediata – Atención (retención de dígitos orden directo WAIS III)	4.970	.003*
Memoria visual (FR) Recuerdo	.808	.493

Tabla 5. Comparación Post Hoc de medias marginales de las variables cuyo SNCOVA resultó

Significativo. *= diferencia significativa tras aplicar la corrección de Bonferroni.

Variable dependiente	Grupo (I)	Grupo (J)	Diferencia de medida (I-J)	Sig.
	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	Personas sin DM2 con Síntomas depresivos	-.122	1.00
Memoria inmediata RAVLT (A1)		Grupo control	-.519	.683
	Persona sin DM2 con síntomas depresivos	Paciente con DM2 con Síntomas depresivos grupo control sano	.122	1.000
Ensayo de aprendizaje	Grupo Control sano	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	.519	.683
		Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	.398	1.000
(A2)	Paciente con DM2 y Síntoma depresivos	Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	-.284	1.000
		Grupo control sano	-.510	.925
	Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	.284	1.000
		Grupo control sano	-.227	1.000
	Grupo Control sano	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	.510	.925
		Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	.227	1.000

Ensayo de aprendizaje (A4)	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	Persona sin DM2 con Síntoma depresivo	-.653	.635
		Grupo control sano	-.821	.454
	Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	Pacientes con DM2 y Síntomas depresivos	.653	.635
		Grupo control sano	-.169	1.000
	Grupo control sano	Paciente con DM2 y Síntoma depresivo	.621	.454
		Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	.169	1.000
Memoria de trabajo	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	-.832	.038
Verbal (Retención de Dígitos orden inverso WAIS III)		Grupo control sano	-1.033	.015*
	Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	.832	.038
		Grupo control sano	-.201	1.000
	Grupo control sano	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	1.033	.015*
		Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	.201	1.000
Atención/ Memoria	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	-.320	1.000
Inmediata-atención (retención de dígitos Orden directo WAIS III)	Personas sin DM2 con Síntomas depresivos	Grupo control sano	-.558	.441
		Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	.320	1.000
		Grupo control sano	-.238	1.000

	Grupo control sano	Paciente con DM2 y Síntomas depresivos	.558	.441
		Persona sin DM2 con Síntomas depresivos	.238	1.000

Recibido: 14 de enero de 2011

Reenviado para correcciones: 25 de octubre de 2011

Aceptado: 18 de febrero de 2012

Prevención de síndrome metabólico en estudiantes universitarios¹

Prevention of metabolic syndrome in undergraduate students

Norma Yolanda Rodríguez Soriano²

Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

México

Jorge Martínez Stack

*Dirección General de Evaluación Institucional, Universidad Nacional
Autónoma de México*

Miguel Murguía Romero

Unidad de Biomedicina. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

México

Jorge Arturo Herrera Rueda

Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

México

¹ Este trabajo estuvo financiado por PAPIME PE303507 y PE204707, PAPIIT IN226708, PAPCA 2008-2009 de la UNAM; por el Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal ICyT GDF PICDS08-69; también recibió apoyo del Sistema Nacional de Investigadores (JAHR, RDGQ).

² Contacto: normayolanda@gmail.com, rosny@unam.mx

Ricardo Daniel González Quintero

Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

México

Alma Delia Mata Gómez

Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

México

Rafael Villalobos Molina

Unidad de Biomedicina. Facultad de Estudios Superiores Iztacala

México

Resumen

El auto-reporte de jóvenes de nuevo ingreso al plantel Iztacala de la UNAM evaluados en dos generaciones, sugirió la presencia de Síndrome Metabólico (SM). Con base en análisis de laboratorio y antropometría se confirmó incidencia o riesgo en la generación 2008. Se diseñó un modelo multidisciplinario preventivo de SM, para afrontar el problema detectado. Desde una visión multidisciplinaria con evaluación multinivel, fue planeada la estrategia para identificar: problemática central, posibles causas, efectos, áreas de intervención y ejes de acción; en consecuencia se organizó un modelo preventivo con impacto académico, administrativo e interinstitucional. La importancia de este proyecto es que permitirá identificar la problemática central asociada con el SM, así como sus posibles causas y sus efectos, con lo cual se optimizará el uso de recursos institucionales hacia el cuidado de la salud de los universitarios.

Palabras clave: estudiantes universitarios, síndrome metabólico, prevención, multidisciplinaria.

Abstract

The self-report from first year students of Iztacala *campus* UNAM, assessed in two classes, suggested the presence of Metabolic Syndrome (MetS). Based on laboratory and anthropometry analysis which confirmed the incidence or risk in the 2008 class. A multidisciplinary preventive model for MetS was designed to face the detected issue. By using this approach with multilevel assessments, a strategy to identify the main problem, potential causes, effects, intervention areas and action topics was planned, and consequently a preventive model with academic and inter-institutional impacts was organized. Accordingly, by identifying the main problem related to MetS, its potential causes and effects will optimize the use of institutional resources regarding care of the university student's health.

Keywords: university students, metabolic syndrome, prevention, multidiscipline

Son indudables los avances científicos y tecnológicos que generaron cambios importantes en los estilos de trabajar, descansar y convivir; incluso la manera de enfermar ha cambiado, muestra de ello es la transición epidemiológica observada particularmente en las últimas dos décadas (Gaziano, 2010; González et al., 2007).

Sin eludir la contribución del factor étnico y heredofamiliar en el desarrollo de las enfermedades, además de la influencia del contexto físico y sociocultural, la metodología para abordar problemas de salud pública sufrió importantes adecuaciones a partir de identificar la contribución de la persona en sus procesos de salud-enfermedad. El perfil epidemiológico actual se relaciona con sedentarismo y consumo excesivo de alimentos con bajo contenido nutricional, así como uso de sustancias tóxicas; comportamientos que sustituyeron prácticas efectivas para el cuidado y mantenimiento de la salud (Scholze, et al., 2010). Esta situación puede ser producto del desarrollo económico, social y tecnológico a nivel mundial; pero en países emergentes como México, por un lado prevalecen las enfermedades de la pobreza, y por otro, incrementan las enfermedades “*del desarrollo*” (Manton, 1988). Además, el problema de salud no se presenta solo, ya que actualmente es frecuente la mención del estrés y la depresión asociados a causas importantes de morbi-mortalidad (Glanz y Shwartz, 2008).

Esta transición epidemiológica mexicana ha rebasado el contexto hospitalario, por lo tanto, requiere de políticas económicas, sanitarias y laborales que la afronten; y aunque la salud sigue siendo tema primordial

entre políticos y directivos en el ámbito social, cultural y educativo; es significativa la preponderancia de un discurso demagógico y propagandístico muy alejado de los intereses y necesidades reales de la población.

Ante la ausencia de acciones integrales dirigidas a enfrentar este problema de salud pública, resulta que enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 y accidente vascular cerebral; están en los primeros lugares de morbi-mortalidad en México. Se manifiestan a partir de un conjunto de signos clínicos que definen una patología, a ese conjunto de alteraciones de carácter sistémico se conoce como síndrome metabólico (SM) (Martinelli et al., 2012; National Cholesterol Education Program, 2010). El SM es un problema de salud relacionado con el estilo de vida moderno, que tiende a extender su rango de incidencia en perjuicio de niños y jóvenes, sectores que están cimentando las características del perfil epidemiológico futuro (Carranza y López, 2008).

Sin duda, es responsabilidad del sector salud afrontar la situación, pero el sector educativo no puede permanecer indiferente ante una situación que amenaza el logro de sus propios objetivos. La universidad pública es una institución cuyas funciones sustantivas han sido tradicionalmente definidas, pero ahora, en la búsqueda de condiciones para lograr una verdadera formación integral de sus estudiantes, enfrenta la necesidad de ampliar su campo de acción incorporando cuestiones que originalmente, al menos de manera explícita, no le competían, tales como la salud de sus estudiantes (Valencia, 2007). Prevenir la adquisición o desarrollo de enfermedades asociadas con el SM en la población estudiantil, será determinante en la educación para la salud; las acciones favorecerán el rendimiento académico de los estudiantes y, por lo tanto, la eficiencia terminal. Considerando que se busca formar a quienes cuidarán y promoverán la salud de otros, seguramente los resultados de la iniciativa se amplificarán.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), localizada al norte de la Ciudad de México, pertenece al sistema de facultades y escuelas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y ofrece formación en el área de la salud. En la FESI se imparten las carreras de Biología, Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Optometría y Psicología, y cada año ingresan alrededor de dos mil setecientos jóvenes, en su mayoría provenientes del sistema público de educación media.

Debido al problema de sobrepeso y obesidad que presenta la población mexicana en general, este grupo etéreo constituye tanto un grupo de riesgo individual para desarrollar enfermedades relacionadas con el SM, como un grupo estratégico para prevenirlas, dado que se encuentran en proceso

de formación en carreras del área de la salud. Si la Universidad tiene como uno de sus propósitos la formación de profesionales que impacten positivamente en los problemas sociales, la evaluación y modificación del estilo de vida de los estudiantes tiene que ser un programa institucional para la prevención de enfermedades asociadas al SM.

Desde que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2009) informó que entre 1998 y 2008, las principales causas de muerte de los mexicanos han sido enfermedades del corazón y diabetes mellitus, se ha mantenido el interés por evaluar y corroborar esta tendencia entre los estudiantes de la FESI. Para ello, en las generaciones de nuevo ingreso en 2004 y 2005, se analizó la información obtenida con el Examen Médico Automatizado (EMA) (González y López, 2005), que aplica regularmente la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la UNAM. Los análisis mostraron que alumnos valorados por auto-reporte declararon enfermedades crónicas, prevalencia de hábitos alimentarios con bajo contenido nutricional, redes interpersonales disfuncionales, estrés y pensamiento suicida (Rodríguez, Ríos, Lozano y Álvarez, 2009). Esos resultados llevaron a la conformación del Grupo Multidisciplinario de Investigación en Salud y Rendimiento Académico (GMISARA) en 2007, atendiendo a una convocatoria que la División de Investigación y Posgrado de la FESI emitió a los académicos de todas las carreras. Los trabajos se iniciaron con cinco líneas de investigación biomédica y psicológica, orientadas a la identificación y prevención del riesgo asociado al desarrollo del SM en estudiantes del área biomédica y el impacto de su estado de salud sobre el desempeño académico.

Cuando ingresó la generación 2008, además de aplicarle el EMA, se evaluaron por primera vez parámetros bioquímicos en muestras de sangre y orina, así como mediciones antropométricas. Los resultados confirmaron que entre esos estudiantes, cuya edad promedio era de dieciocho años, había casos con SM, porcentajes variables de alteraciones metabólicas asociadas al SM (Murguía, Méndez, Villalobos, & Jiménez, 2011; Murguía, Méndez, Villalobos, Rodríguez, Gonzalez, & Jiménez 2010), y estilos de vida de riesgo para su salud (Rodríguez et al., 2011); además, se hizo evidente la relación reportada entre bajo rendimiento escolar y alteración en indicadores biológicos (Vinciullo y Bradley, 2009). Ante esa situación, se implementaron estrategias emergentes de intervención multidisciplinaria; entre ellas, se proporcionó información, tratamiento médico y/o canalización hospitalaria a los alumnos que lo requirieron. Simultáneamente se desarrollaron estrategias de evaluación e intervención institucional. El propósito de este artículo es describir las características del modelo de intervención diseñado para abordar la prevención del síndrome

metabólico en los estudiantes de la FESI.

Las funciones de la universidad se orientan a la formación profesional, la investigación y la difusión. El desarrollo de estrategias de intervención en el problema de salud identificado, implica ir más allá, con todas sus repercusiones de carácter normativo, orgánico estructural, administrativo, presupuestal, físico, entre otros. Por lo tanto, se decidió abordar el problema desde la perspectiva de las funciones y competencias de una institución de investigación y educación. Así, de manera inicial, el trabajo se ha dirigido hacia líneas de investigación biomédica, educación para la salud y desarrollo de estilos de vida saludables en los futuros profesionales de la salud. Aquí describiremos principalmente las acciones planeadas para abordar las dos últimas iniciativas.

El trabajo del GMISARA (jefe de división, jefes de carrera, de módulo y de departamento, investigadores, docentes y pasantes de pregrado) en seminario permanente, ha consistido en analizar el problema de salud observado en los estudiantes, así como el entorno en el que ocurre. Del análisis del contexto, la definición de fortalezas y debilidades, así como la ubicación y papel de los protagonistas; derivaron estrategias tanto de evaluación como de intervención que se describen a continuación, divididas en diez etapas. Se consideró la metodología de planeación estratégica (Bradfor, Duncan & Tarcy, 2000) para realizar el diagnóstico institucional y la propuesta de intervención en diferentes niveles de incidencia. Los análisis realizados a partir de grupos focales, se complementaron con actividades de observación directa efectuadas en establecimientos comerciales aledaños a la FESI.

El plan diseñado para hacer frente al riesgo de padecer o adquirir SM en nuevos estudiantes universitarios en el área de la salud, está compuesto por los siguientes diez pasos:

- I. Detección de los problemas asociados y espacios de incidencia
- II. Identificación del problema
- III. Descripción del problema
- IV. Diseño inicial de la situación objetivo
- V. Definición de la situación buscada
- VI. Modelo
- VII. Enunciado del problema focal

VIII. Factores críticos detectados y definidos

IX. Líneas estratégicas de acción

X. Indicadores

A continuación se describe cada paso diseñado en el programa propuesto ante la Dirección de la FESI en el 2010, para formar parte del Plan de Desarrollo Académico, después de estudiar el perfil de cinco generaciones de nuevo ingreso y hacer el análisis del contexto institucional.

I. Detección de los problemas asociados y espacios de incidencia

Se trata de una situación generada por múltiples factores que la han delimitado en el curso de su desarrollo, entre los que se destacan aquellos en los que la institución puede tener incidencia directa o indirecta. Son cuatro los problemas identificados a partir de los cuales se definieron también espacios de incidencia. En primer lugar, la FESI-UNAM, como toda institución de educación superior, cuenta con una estructura organizativa compleja y diversa; para los objetivos del presente estudio se definieron como importantes tres factores: académico, administrativo y relaciones interinstitucionales. En segundo lugar, el interés central del proyecto son los alumnos, su salud, su desempeño académico, su eficiencia terminal y su ejercicio profesional; por lo que se definieron cuatro condiciones o dimensiones básicas para análisis: avance académico, condición biomédica, sociocultural y psicológica. El tercer punto es que la propuesta de intervenciones institucionales requiere necesariamente del conocimiento y análisis del quehacer de otras instituciones involucradas a nivel municipal, estatal o federal, y de sus programas de atención a la salud, promoción cultural y seguridad social. Por último, es necesario un análisis del comercio formal e informal que se ubica en las cercanías de la FESI en donde los alumnos pueden adquirir y consumir alimentos, bebidas, tabaco e incluso, alcohol y drogas.

II. Identificación del problema

Delimitados los ámbitos de incidencia e identificados y definidos los problemas con contribución potencial a perjudicar la salud de los alumnos de nuevo ingreso, se procedió a su análisis desde la perspectiva del GMISARA. El criterio básico se fundamentó en la prioridad política para las autoridades de la FESI y la incidencia de cada alteración metabólica identificada, con lo que se estimó la participación de cada problema y la

prioridad de las acciones.

Usando los puntos de corte ampliamente aceptados para la circunferencia en cintura: 80 cm. (mujeres) y 90 cm. (hombres), la prevalencia de obesidad fue de 43.4 y la prevalencia de SM fue de 14.2% (Murguía et al., 2011). Hemos identificado que aunque todos los estudiantes se perciben a sí mismos como saludables, casi el 80% de ellos presenta alguna alteración de salud o enfermedad (Murguía et al., 2010), por lo tanto el problema quedó definido como: *Aunque los alumnos conocen las conductas cuyo ejercicio incrementa el riesgo de presentar síndrome metabólico, las siguen practicando.*

III. Descripción del problema

Habiendo seleccionado el problema de interés, se analizaron los elementos participantes, con tres descriptores:

D₁= Los alumnos conocen su estado de salud actual

D₂= Los alumnos conocen las conductas de riesgo relacionadas con síndrome metabólico

D₃= Los alumnos realizan las conductas que incrementan el riesgo de padecer síndrome metabólico.

IV. Diseño inicial de la situación objetivo

En primer lugar la intervención irá dirigida a conocer la incidencia de alteraciones de la salud de los alumnos de la FES Iztacala, el estilo de vida que practican y la información que tienen sobre su estado de salud. A partir de ese conocimiento se promoverán iniciativas para que los alumnos practiquen conductas promotoras de la salud en el contexto universitario en el que se desarrollan. Esto incluirá la introducción de contenidos curriculares en el plan de estudios de las seis carreras de la FESI, que buscarán establecer y fomentar conductas de auto-eficacia en salud; así como iniciar o revisar convenios interinstitucionales para respaldar la práctica de conductas promotoras de la salud de los alumnos de la FESI. Es de esperar que las acciones propuestas coadyuven a normalizar los niveles biológicos de quienes lo requieran, prevengan el riesgo de quienes están sanos y, en general, logren incrementar la eficiencia terminal de los alumnos.

V. Definición de la situación buscada

Objetivos:

- Establecer, desarrollar y/o fortalecer estilos de vida saludable entre los estudiantes
- Disminuir entre los estudiantes universitarios el riesgo a desarrollar SM.
- Aumentar la probabilidad de eficacia institucional al incrementar la eficiencia terminal de los alumnos

Actividades:

1. Estudiar longitudinalmente la incidencia y prevalencia de riesgo relacionado con SM en alumnos de nuevo ingreso a la FES Iztacala, mediante valoración de perímetro abdominal, presión arterial, biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina.
2. Desarrollar una batería que permita valorar psicosocialmente a los alumnos detectados con alteraciones del SM y elaborar su perfil integral.
3. Planear, desarrollar, proponer e instrumentar iniciativas de intervención institucional multinivel, dirigidas a normalizar indicadores biológicos relacionados con SM, así como desarrollar o promover estilos de vida saludable en los alumnos de la FESI.
4. Desarrollar un modelo de evaluación sistemático y económico que permita dar seguimiento y conocer el impacto de las acciones de intervención.

VI. Modelo

La intervención que se describe en este trabajo se refiere a la actividad número tres, y se orientó hacia tres diferentes niveles de impacto:

1. Establecimiento de políticas institucionales para apoyar la incorporación, desarrollo y fortalecimiento de estilos de vida saludable, así como la realización o actualización de convenios interinstitucionales (Belar, 1997; French, Oldenburg, Owen y Sallis, 1999; Oldenburg, 2002).

2. Creación de una red de comunicación efectiva entre la institución y los alumnos de la FESI (Storey, Saffitz y Rimón, 2008).
3. Diseño y ejecución de programas y proyectos elegidos a partir de los factores críticos identificados, y dirigidos a los alumnos inscritos en las seis carreras que ofrece la FESI. (St. Leger, 2001)
- 4.

VII. Enunciado del problema focal

El problema de salud relacionado con el riesgo a desarrollar SM, detectado en alumnos de nuevo ingreso a la FESI, puede explicarse en términos del estilo de vida que practican los jóvenes; sin embargo, también involucra otros aspectos de carácter contextual entre los que destaca la organización institucional de la FESI, los procesos administrativos, la estructura curricular vigente, la planta docente, así como las relaciones que establece con otras instituciones de seguridad y bienestar social en los niveles municipal, estatal y federal.

VIII. Factores críticos detectados y definidos

1. No existe identidad institucional que aglutine a las seis carreras en iniciativas relacionadas con el fomento de la salud, ni red de comunicación efectiva entre la institución y los alumnos de las seis carreras, particularmente en temas relacionados con la salud.
2. En los planes de estudio de las seis carreras, no hay contenidos explícitamente relacionados con educación para la salud.
3. Los alumnos de nuevo ingreso manifiestan practicar estilos de vida de riesgo para la salud. Además, reportan menor percepción de indicadores relacionados con SM, en comparación con los resultados obtenidos por medición de sus parámetros bioquímicos y hematológicos (los alumnos no están enterados de su verdadero estado de salud) (Murguía, et al., 2010).
4. Las iniciativas institucionales relacionadas con el fomento de la salud de los estudiantes son mínimas, aisladas y, en el mejor de los casos, temporales.

IX. Líneas estratégicas de acción

Para abordar los factores críticos detectados, se definieron tres líneas estratégicas de acción:

1. Promover la creación, desarrollo y evaluación de iniciativas institucionales, encaminadas a fomentar la educación para la salud de los estudiantes de la FESI.
2. Crear una identidad institucional que aglutine en temas relacionados con salud, tanto a las autoridades, como a los académicos y a los alumnos de las seis carreras que se ofrecen en la FESI.
3. Desarrollar acciones dirigidas a la promoción, desarrollo y fortalecimiento de estilos de vida saludable entre los alumnos de la FESI.

Con base en las cuales se derivó la formulación de la intervención con respecto a programas, subprogramas y proyectos, mismos que pueden apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1. Formulación de la Intervención: Programas, subprogramas y proyectos.

Programa	I	Intervención Institucional
Subprograma	I.1.	Académico
PROYECTOS	I.1.1.	Programar una materia teórico-práctica de auto-eficacia en salud.
	I.1.2.	Promover la creación e incorporación en los planes de estudio de las seis carreras, de una materia teórico-práctica de auto-eficacia en salud.
Subprograma	I.2.	Administrativo
PROYECTOS	I.2.1	Desarrollar iniciativas permanentes en la estructura organizativa de la FESI, para el fomento de la salud de los estudiantes de las seis carreras.
Subprograma	I.3.	Adecuaciones Contextuales
PROYECTOS	I.3.1.	Regular las condiciones en las que se ofrece el alimento dentro de la FESI.
	I.3.2	Facilitar las condiciones para que los alumnos evalúen constantemente su perímetro cintura, presión arterial, peso y talla; en las instalaciones de la FESI.
Subprograma	I.4.	Relaciones Interinstitucionales

PROYECTOS	1.4.1.	Regular las condiciones mediante las que se permite el funcionamiento de comercio informal en las afueras de la FESI.
	1.4.2.	Desarrollar convenios interinstitucionales para apoyo de iniciativas de promoción de actividades deportivas, recreativas y culturales, en beneficio de los estudiantes de la FESI.
	1.4.3.	Revisar los convenios interinstitucionales para la atención oportuna mediante recursos y servicios de las instituciones de salud, en beneficio de los estudiantes de la FESI.
Programa	II	Creación, desarrollo y difusión de identidad institucional hacia el fomento de la salud.
Subprograma	II.1.	Instauración de red de comunicación efectiva
PROYECTOS	II.1.1	Planear una red de comunicación efectiva entre los alumnos de la FESI e integrantes del Proyecto.
	II.1.2.	Desarrollar una red de comunicación efectiva entre los alumnos de la FESI e integrantes del Proyecto.
Subprograma	II.2	Creación de identidad institucional hacia el fomento de la salud que aglutine a los alumnos de las seis carreras de la FESI.
PROYECTOS	II.2.1	Diseño de identidad institucional, para el fomento de la salud de los estudiantes de la FESI.
	II.2.2.	Difusión de identidad institucional, para el fomento de la salud de los estudiantes de la FESI
Programa	III	Establecimiento y desarrollo de conductas y actitudes de protección para la salud
PROYECTOS	III.1.	Manejo efectivo del estrés
	III.2.	Adquisición de hábitos alimentarios sanos
	III.3.	Promoción de redes de apoyo efectivas
	III.4.	Planeación y organización del tiempo
	III.5.	Conocimiento de antecedentes familiares de síndrome metabólico, así como auto-medición y evaluación continua de niveles relacionados con el síndrome metabólico (perímetro cintura, presión arterial, colesterol, glucosa, triglicéridos e insulina).

X. Indicadores

El resultado de este modelo preventivo del SM se evaluará mediante la revisión continua de los resultados de análisis de laboratorio aplicados a los alumnos, resultados de evaluación psicopedagógica y promedio escolar obtenido por los alumnos participantes. También se pretende hacer el seguimiento mediante valoraciones y opiniones de la comunidad, que se registrarán constantemente a partir de la opinión de usuarios del sitio web ubicado en la plataforma de la Facultad.

Conclusiones

Esta propuesta de intervención surgió como una necesidad impostergable ante la incidencia y riesgo de prevalencia del SM observadas en los estudiantes universitarios de la FESI. El problema detectado, así como su desarrollo, depende en gran medida de factores heredofamiliares, culturales y psicológicos. Con los primeros no se tiene competencia alguna, pero con los factores culturales y psicológicos que se reflejan en un estilo de vida aceptado y practicado, se puede intervenir desde la perspectiva de una institución educativa. De lo contrario, es muy probable que los niños y jóvenes practiquen y reproduzcan a futuro, los estilos de vida que han llevado a los mexicanos en general, a ser un país con alta incidencia de hipertensión arterial, hiperglucemia e hipercolesterolemia, es decir, SM. Y en consecuencia, alto índice de mortalidad relacionado con las enfermedades que lo caracterizan.

Si la universidad es una institución formadora de futuros educadores de la salud, es un compromiso incorporar en la estructura curricular de sus carreras, el desarrollo de competencias dirigidas a la educación para la salud, además de promover estilos de vida saludable entre los integrantes de su comunidad. También es primordial adecuar el entorno universitario para facilitar el desarrollo y establecimiento de comportamientos promotores de la salud, como iniciativas permanentemente incorporadas en su plan de trabajo institucional. Las implicaciones a corto y a largo plazos estarían ubicadas en el contexto inmediato de la Universidad como coadyuvante en la solución de problemas de carácter nacional, como formadora de verdaderos líderes de opinión en el ámbito de la salud en ciernes dentro de sus aulas y copartícipe en la satisfacción de las expectativas personales de miles de jóvenes.

La educación y la salud son dos acciones prioritarias en países que se precien de trabajar para mejorar la calidad de vida de sus habitantes, y la universidad es un espacio en el que pueden coincidir ambas acciones. Si de promoción y difusión de iniciativas con impacto nacional para mejorar la salud de la gente se trata, entonces la universidad puede ser el espacio en donde se inicie el cambio que posteriormente se difundirá hacia otros ámbitos.

Puesto que el SM es una afección sistémica muy compleja, puede afrontarse con la participación de disciplinas que definan líneas permanentes de trabajo y estrategias de evaluación e intervención. También es la universidad el ambiente ideal para que esa interacción trascienda las actuales estructuras curriculares de movilidad. La consecuencia se observará en el abordaje efectivo de problemas sociales y el SM, es uno de ellos.

Referencias

1. Belar, C. D. (1997) Clinical health psychology: A specialty for the 21 century. *Health Psychology*, 16, 411-416. doi: 10.1037/0278-6133.16.5.411
2. Bradfor, R., Duncan, J. & Tarcy, B. (2000). *Simplified strategic planning: A no-nonsense guide for busy people who want results fast*. Worcester, MA: Chandler House Press
3. Carranza, J. & López, S. M. (2008). El síndrome metabólico en México. *Medicina Interna de México*, 24, 251-261. Recuperado de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-3/RFM49305.pdf>.
4. Gaziano, M. J. (2010). Fifth phase of the epidemiologic transition. *Journal of the American Medical Association*, 303, 275-276. doi: 10.1001/jama.2009.2025
5. Glanz, K. & Shwartz, M. (2008). Stress, coping, and health behaviour. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behaviour and health education: Theory, research, and practice* (pp. 211-230). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
6. González, P. E., Gutiérrez, D. C., Stevens, G., Barraza, L. M., Porras, C. R., Carvalho, N.,...Salomón, J. A (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México*, 49, 37-52
7. INEGI (2009). *Boletín de estadísticas vitales*. Recuperado de: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/boletin/2008/boletin_vitales_2008.pdf.
8. López, J. J. & González de Cossío, M. G. (2005). Modelo universitario de salud integral, en la Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México*, 48, 224-231
9. Manton, K. G. (1988). The global impact of noncommunicable disease: estimates and projections. *World Health Statistics Quarterly*, 41, 255-266. Recuperado de: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/3232413/reload=0;jsessionid=cCfNHr1QlCgS8Zhlcf6.80>
10. Martinelli, N., Micaglio, R., Consoli, L., Guarini, P., Grison, E., Pizzolo, F.,...Girelli, D. (2012). Low levels of serum paraoxonase activities are characteristic of metabolic syndrome and may influence the metabolic-syndrome-related risk of coronary artery disease. *Experimental Diabetes Research*, 2012, 1-9. doi: 10.1155/2012/231502
11. Murguía, M., Méndez, R., Villalobos, R. & Jiménez, R. (2011). Heuristic search of cut-off points for clinical parameters: Defining the limits of obesity. In I. Batyrshin & G. Sidorov (Eds.) *MICAI 2011. Lecture notes on artificial intelligence* (pp. 560-571), LNAI 7094, Part I, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. doi: 10.1007/978-3-642-25324-9_48
12. Murguía, M., Méndez, R., Villalobos, R., Rodríguez, N.Y., González, E. & Jiménez, R. (2010). Knowledge-based system for diagnosis of metabolic alterations in undergraduate students. In G. Sidorov, (Ed.), *MICAI 2010 Lecture notes on artificial intelligence* (pp. 467-476), LNAI 6437, Part I, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. doi: 10.1007/978-3-642-16761-4_41
13. National Cholesterol Education Program (2002). *Third report of the expert panel*

- on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults(Adult Treatment Panel III). Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH Publication. No. 02-521. Recuperado de: <http://circ.ahajournals.org/content/106/25/3143.full.pdf>
14. Oldenburg, B. (2002). Preventing chronic disease and improving health: broadening the scope of behavioral medicine research and practice. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9, 1-16. doi: 10.1207/S15327558IJBM0901_01
 15. Oldenburg, B., Sallis, J. F., French, M. L. & Owen, N. (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Education Research*, 14, 121-130. doi: 10.1093/her/14.1.121
 16. Rodríguez, N. Y., Martínez, J. G., Chávez, M., Méndez, A., Jiménez, R., Herrera, J. A.,...Villalobos, R. (2011). Estilo de vida en estudiantes universitarios: Un enfoque preventivo. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 11, 185-202. Recuperado de: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/article.php?id_article=147
 17. Rodríguez, N. Y., Ríos, Ma. R., Lozano, L. R. & Álvarez, M. A. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: Conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14, 245-260. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29211992003>
 18. Scholze, J., Alegria, E., Ferri, C., Langham, S., Stevens, W., Jeffries, D. & Uhl-Hochgraeber, K. (2010). Epidemiological and economic burden of metabolic syndrome and its consequences in patients with hypertension in Germany, Spain and Italy; a prevalence-based model. *BMC Public Health*, 10, 1-12. doi: 10.1186/1471-2458-10-529
 19. St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and changes. *Health Promotion International*, 16 (2), 197-205. doi: 10.1093/heapro/16.2.197
 20. Storey, J., Saffitz, G. & Rimón, J. (2008). Social marketing. In K. Glanz, B. K Rimer y K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. (pp. 435-461). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
 21. Valencia, Y. S. (2007). Universidad que promueve la salud una propuesta para construir, un reto posible hacia la formación integral de los y las jóvenes universitarias. *Revista Electrónica de Educación y Psicología*, 3, 1-13. Recuperado de: <http://www.utp.edu.co/php/revistas/repes/docsFTP/11452153332152147plantilla.doc>
 22. Vinciullo, F., & Bradley, B. (2009). A correlational study of the relationship between a coordinated school health program and school achievement: A case for school health. *The Journal of School Nursing*, 25, 453-465. doi: 10.1177/1059840509351987

Recibido: 4 de febrero de 2012.

Reenviado para correcciones: 4 de mayo de 2012

Aceptado: 9 de agosto de 2012

Hilvanando un puente de palabras
Reseña del libro: Tejiendo en la
clínica. Entre el niño y el Otro, de Liora
Stavchansky.

Tacking a bridge of words
Book Review: Knitting in the clinic.
Between the child and the Other, of
Liora Stavchansky

Jesús Manuel Ramírez Escobar¹

Universidad de Buenos Aires

Argentina

¹ Doctorado en Psicología. Contacto: jemaraes@gmail.com



Romántico sostén de la psicopatología descriptiva, momento prínceps donde la etiología de ciertas psicoterapias encuentra su innoble razón, la niñez es señalada por el saber psicológico como punto de quiebre. Piedra filosfal de los nostálgicos, cubierta por un velo de palabras sueltas -y en ocasiones hermanada al mítico origen-, la infancia solicita un escenario de refundación. Por su parte, inserto en la sociedad como poco experimentado, tachado como en franco proceso de desarrollo y bajo el imperativo de lograr cierta madurez, el niño arriba a la historia de la humanidad por sendas nebulosas.

Desde su trinchera, operando con un cúmulo de movimientos en apariencia desordenados, el infante confronta y arma el mundo, su mundo, de la mano de la indomeñable fantasía. Gobernado por un discurso que lo determina, lucha entre gigantes para apropiarse de un espacio, aquel que paga con su cuerpo y sus actos formando una disertación en el juego. Infatuado por palabras de extraña referencia, alimenta en soledad la tarea que se le impone al entrar al reino de lo humano. Hay quien lo ha llamado cachorro en franca alusión a su desvalimiento, colocando el verdadero trauma de la

vida en el mismo hecho de existir: la primera exhalación se acompaña de un grito que más tarde será leído como llamado. Alguien, encarnando el deseo que lo trajo al mundo, le otorgará los primeros cuidados a la manera de un Virgilio vital. Éste, recipiente de sus afectos y esclavo de los propios, marcará el sendero que más tarde será transitado en la búsqueda insaciable por un sentido inexistente: el amor como apuesta de significación trae consigo experiencias ambiguas (muchas de ellas de satisfacción y dolor), que la vida se encargará de recordar.

Así, el desvalimiento y el desamparo iniciales deben ser zanjados de la mano de cierta crudeza. El auxilio del ser hablante es aquello que lo su-byuga: la cadena del lenguaje es su medio de liberación. Sin embargo la creación no deja de apuntar a la salida, pues el niño, como el poeta, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada; de ahí la pregunta freudiana: “¿No deberíamos buscar ya en el niño las primeras huellas del quehacer poético?” (Freud 1907/2005). Con esta referencia, bien podemos emprender una búsqueda por comprender lo que ocurre en la clínica psicoanalítica con niños.

Lugar común de conflictos en la historia de la práctica clínica, cuyo efecto vemos en la postura de hordas de psicoanalistas que se descosen en justificaciones para poner una barrera a su quehacer frente a estos personajes-niños. A esta propuesta responde Liora Stavchansky con su libro *Tejiendo en la clínica. Entre el niño y el Otro*, donde toma el desafío de avanzar, como un verdadero retorno de lo reprimido, frente a los rechazos impuestos por una comunidad analítica cada vez más reticente a la pregunta. De esta manera, enhebrando el hilo freudiano, se encamina en el trecho propuesto por Lacan inquiriendo a cada paso su propia clínica. Una labor temeraria pues ya son cada vez menos los analistas que en nuestro México dejan de lado el discurso académico para instalarse en posición de interrogar el saber-hacer al que están llamados.

Este libro, fruto de una tesis de Doctorado, cuenta con el prólogo del psicoanalista argentino Pablo Peusner, cuya producción escrita apunta principalmente a la clínica psicoanalítica lacaniana con niños.² En dicho texto, Peusner alude a la formación propuesta por el analista francés para aquellos que tomarán, como lo hace la autora, la posta en el análisis infantil y subraya, como premisa central, el pensar topológico. Con este aperitivo se transitará a lo largo de cinco capítulos, precedidos de una introducción,

² Destaco estas mismas palabras casi como una cita, pues él mismo sostiene la complejidad surgida al trabajar con esta novedosa frase, ya que muchas veces se habla de una clínica con niños sin ningún tipo de referente teórico, más cuando es casi un enigma el cómo relacionar los trabajos propuestos por Lacan sobre el lenguaje frente a un niño que muchas veces no habla.

por una serie de respuestas que la autora ensaya para tratar de ubicar su posición como analista.

La introducción explicita una toma de principios para formular así las preguntas fundamentales del texto. Se empuñará la herramienta topológica para dar cuenta de la discursividad con que trabaja el analista. Así, la estructura del sujeto (del inconsciente, si es necesario decirlo) toma un sitio novedoso: ya no se le buscará en los confines del alma o como una cara vedada de la razón. El inconsciente pierde entidad y pertenencia, configurándose como espacio moebiano de una cara donde la frontera entre lo exterior y lo interior se ofrece como ficción. El adiós a la intersubjetividad se lee en ciernes y el niño no podrá ser tomado nuevamente como un individuo sin habla sino como sujetado, al igual que un adulto, al entramado del lenguaje desde una posición particular que lo ubica como causa.

El texto avanza por los laberintos de la historia del psicoanálisis, destacando los obstáculos surgidos en el afán de postular una clínica posible con niños.

Iniciando con Freud y el análisis del caso Hans, se da cuenta del problema que emana de la posición tomada por el pequeño en el dispositivo analítico, pues aún no se responsabiliza de lo que hace, ni de lo que dice. De igual modo, el enigma de la transferencia es planteado debido a que muchos infantes son traídos por sus padres a la sesión. Continuando con la historia, Anna Freud comprenderá al análisis con niños como un proceso de maduración donde el chico se verá conducido por los rieles del desarrollo de manera longitudinal. De esta manera enarbola un perfil diagnóstico que pretende señalar los puntos de evaluación del desarrollo infantil a fin de evitar un desequilibrio. El análisis se viste de prevención.

Se recorre el debate propuesto por Melanie Klein acerca de su trabajo con pacientes psicóticos, donde la fantasía inconsciente y las posiciones esquizo-paranoide y depresiva toman lugar en la conformación gradual del psiquismo. A esta discusión se suma, aunque desde un punto intermedio, Donald Winnicott con sus postulados acerca del juego como medio de trabajo analítico y del objeto transicional (del cual Lacan prestaría oídos para proponer su objeto *a*), así como la importancia de los primeros cuidados como conformadores de la vida psíquica. Por último, se aborda la propuesta de Françoise Doltó acerca de la imagen inconsciente del cuerpo. Dicha imagen será la síntesis viva de las experiencias emocionales, la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante consecuente de su historia.

A este punto se liga la propuesta de Lacan, de quien la autora extraerá una manera de intervenir y de pensar cada caso. Ubicando al infante en las

coordenadas del deseo se buscará el establecimiento de la causa del mismo como un resabio del discurso que le da origen: el niño llega al lugar silente que le otorga el deseo de sus padres. A su vez, le dará importancia clínica al hecho de que el chico aprenda a hablar de sus proyecciones figuradas, pues para él, tanto el dibujo como el acto de jugar, toman eficacia en tanto cosas reales.

Al final del primer capítulo la autora emprende un camino para problematizar el término infancia contrastando la postura de Agamben con las de Freud y Lacan; recalcando la manera en que el filósofo sitúa al sujeto aún por venir en lo pre-lingüístico, de la mano de lo mudo. La infancia se perfila como inefable y lugar común desde donde toda experiencia es posible. Por ende, dicho pasaje exige la caída de la infancia y su captación por el habla, acontecimiento que dará origen al lenguaje. Será de la mano de Freud que el camino hacia lo infantil y su relación con el inconsciente tomen un nuevo sentido hacia el deseo y lo pulsional, momento clave en la cultura donde el término sexualidad toma amplitud y se dispersa como esquilas en el cuerpo.

El segundo capítulo abisma la pregunta por la diferencia entre la infancia y lo infantil desde la óptica freudiana, siendo la primera un lugar mítico que debe perderse, opaco espacio y fundamento. La construcción de la historia singular requiere de una excepción como sostén, la caída de la infancia como espacio originario es el sustrato mismo de la fantasía que reviste los escenarios del mundo. Lo infantil quedará como residuo de esta pérdida y mantendrá ciertos escauceos con el inconsciente (al grado de convertirse a veces en sinónimos), volviendo necesaria su diferenciación. Aunque muchas de las formaciones del inconsciente cuenten con una cara infantil reprimida, el material de las mismas no sólo se compondrá de experiencias primigenias, sino de la textura de un relato que cada tanto significará la experiencia previa; de ahí que el análisis se dirija a la cura por la palabra. Ahora la infancia no siempre será destino, si no ¿para qué analizarse?

Concluye la autora:

Lo curioso es que lo infantil, a pesar de estar reprimido, deja evidencia en el sujeto [de] toda la historia de aquella realidad psíquica, que incluso reprimida logra burlar la barrera para hacerse escuchar (sueños, chiste, síntoma, lapsus). De este modo, no todo lo inconsciente es infantil, pero sí todo lo infantil se ha vuelto inconsciente. (Stavchansky, 2012, p. 90)

Como complemento de lo anterior se destaca el concepto de retroacción (*nachtraglich*), donde Freud ubica la conformación del síntoma como un trauma en dos tiempos. La temporalidad lógica del inconsciente confronta

la linealidad de la historia corriente. De aquí en más el pretexto de entender al psicoanálisis como una clínica de la reminiscencia pierde validez. Ya no se buscará el germen de un comportamiento en el recuerdo infantil sino en la amnesia que se refleja en el silencio de los actos.

Por otra parte, si bien el relato de la sexualidad infantil expuesta por Freud en sus *Tres Ensayos de Teoría Sexual* de 1905, marca la puesta a punto del recorrido pulsional, dicho tramo quedará marcado por una discontinuidad. Así el niño será llamado *perverso polimorfo* pues, en su intento de andar por el camino del deseo, tomará diversas rutas para alcanzar un fin que se le escabullirá como arena en las manos. La paradoja de la existencia se cimenta en un fin siempre perdido. La constante búsqueda de satisfacción se acompaña de la conformación de un cuerpo que le dé cabida, mismo que dependerá del establecimiento de ciertas identificaciones comprendidas más como procesos lógicos que cronológicos.

A lo largo del tercer capítulo la postura del libro se hace más evidente. Seremos testigos de un intenso recorrido por la teoría estructuralista lacaniana en pos de descifrar el término *sujeto* para oponerlo al concepto de niño. Desfila, ante los ojos del lector avezado, la dificultad que transitara Lacan al inicio de su enseñanza para tratar de diferenciar al Yo del Sujeto del inconsciente. Haciendo uso de autores como Kojève (en su particular lectura de Hegel) y Descartes, de grafos y esquemas rigurosamente explicitados, la autora aborda las claves que decantan en la máxima lacaniana del inconsciente estructurado como un lenguaje. El sujeto será entonces un efecto perdiendo toda entidad.

De esta manera, la imposición de unidad que la ciencia quiere dar a la razón es leída como fruto de lo imaginario que el lenguaje descompleta formando su falta. Un espejo revelando su cara de ilusión es el inicio del fin. El totalitarismo de la imagen se pierde y el entramado simbólico obliga a pensar al infante como sujetado por el discurso de sus antecesores; la genealogía del deseo trasvasa la fantasía aparentemente propia y de ahora en más será tomada como un intento de colmar un agujero en la realidad. Al fin y al cabo somos herederos de un pasado impropio.

Ya no podrá tratarse al niño sin el deseo que delimitó su llegada a la vida, de ahí la importancia de incluir en el dispositivo el diálogo con los padres. Siendo testigo de un mundo fracturado como su propio cuerpo, el chico emprende su andar por el Otro del lenguaje buscando consistencia; sus primeros intentos por asirse del *virus palabrero* lo testimonian en el juego. Al inicio ofreciendo su ser para colmar lo que percibe como faltante (sitio que le otorga un lugar), para luego erigirse portador de la carencia, matriz del deseo.

En el cuarto capítulo el grillete del lenguaje se transfigura y arroja nuevas vías de lectura. Discontinuidad y corte son palabras comunes del léxico topológico tomando nuevos bríos en la propuesta aquí ofrecida. El decir del analizante se vuelve un tejido, un despliegue de la estructura que el analista debe advertir para tratar de escribir la relación que el sujeto tiene con el Otro del lenguaje, regla básica de todo diagnóstico psicoanalítico. Este paso no podrá darse sin dejar de lado el entramado cultural que orilla al clínico hacia el abismo del lugar común. De esta forma, la autora arriesga una hipótesis para abordar topológicamente la clínica infantil:

“El niño se coloca como sujeto frente al poder de la significación (imaginario), apalabrando y re-presentando con su juego y sus dibujos (simbólico), y posibilitando así la fisura desde lo real (el agujero)” (Stavchansky, 2012, p. 149).

Como vemos, la triada lacaniana de *imaginario*, *simbólico* y *real* entra al consultorio para hacer frente a los discursos que buscan reeducar al niño en pos de un sitio en la cultura. El síntoma desplegado en análisis será en sí mismo palabra y revelación de los límites discursivos del sujeto. Lo inefable bloquea toda idea de curación hacia la felicidad quedando fuera cualquier tipo de sentido en la vida que resulte ajeno al infante³.

El texto avanza en este punto para distinguir un punto clave del análisis lacaniano en su aplicación a la clínica con niños. Una vez arrojado a la vida, el pequeño tendrá la posibilidad de ejercitar por sí mismo los elementos del lenguaje que ha recibido del Otro y así prolongar la expresión de su deseo. Será entonces la herramienta del juego la que le permita hacer uso de los significantes necesarios para ubicarse dentro del mundo, a la vez que le permitan armar su propia realidad⁴. El trabajo con niños descansará en la lógica de la articulación de elementos discursivos que oscilan entre las palabras, los silencios y su alternancia. La labor del analista será reubicar al analizante-niño en relación al lenguaje, siendo un testigo que garantiza la palabra que se dirige a otro⁵.

³ Tal como lo sugieren ciertas instituciones dedicadas a la salud mental, quienes ostentan una cura-tipo y que desconocen el lugar del niño como ser hablante al tacharlo de inmaduro.

⁴ Recuérdese el juego del *Fort Da*, mencionado por Freud en *Más allá del principio del placer* (1920), donde un niño de escasos años juega con un carretel haciéndolo desaparecer mientras exclama: “¡Fort!” (lejos) y posteriormente haciéndolo reaparecer gritando: “¡Da!” (aquí está). Usando este ejemplo, Freud dará cuenta de la manera en que la repetición se construye sobre un vacío que el chico intenta cubrir ante la ausencia de la madre.

⁵ No olvidando que el juego (o la ausencia de él) habla de una toma de posición frente al lenguaje.

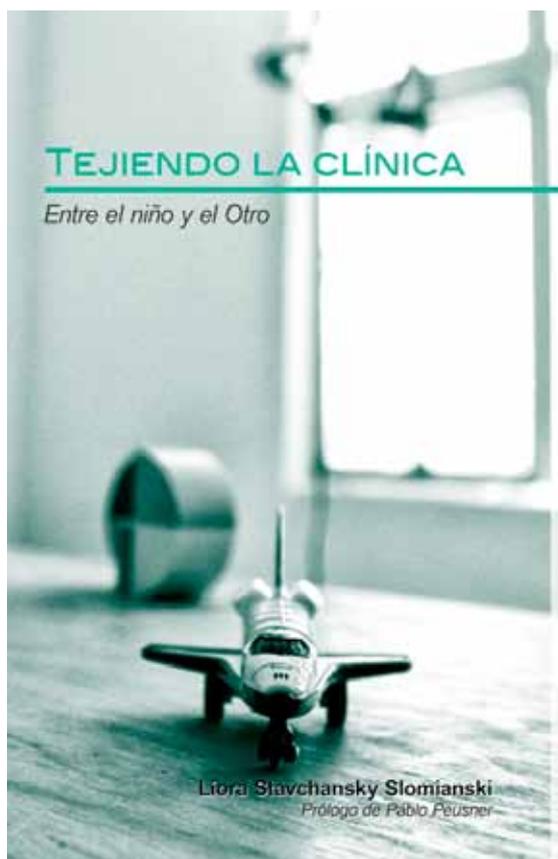
Cabe señalar la propuesta de la autora para diferenciar el lenguaje adulto del infantil mediante el par lacaniano de enunciado y enunciación. El primero será comprendido como lo dicho, mientras que la segunda ocupará la función del decir como hecho. El adulto será colocado como aquel que al hablar queda olvidando su lugar de enunciación, respondiendo a la significación de las palabras proferidas. Mientras tanto, el niño se ubicará más en el lugar de enunciación, no importando lo que quiera decir sino desde dónde lo dice. Basta observar el ejemplo destacado por Freud en el caso del *Hombre de las ratas*, quien cuando niño intentara insultar a su padre lanzándole todo tipo de palabras que remiten a cosas que le rodean como: “lámpara”, “mesa”, “silla” (Freud, 1090/2005). El sitio de enunciación es claro pues trata de insultar al padre no importando que las palabras no sean hirientes en sí mismas.

Así, el niño buscará extraer del lenguaje un saber sobre su existencia, captando que es requerido por el Otro, dándose cuenta de un deseo que se desplaza sobre él y de algunas prácticas que son manifestaciones del mismo. No obstante, lo que el niño no puede alcanzar es su valor como objeto respecto de esa trama que lo determina. Una posible dirección de la cura será buscar que éste tome su lugar de enunciación para re-significar su espacio en la vida; hecho que no podrá darse sin la ubicación de la fantasía que le diera origen, misma que se tratará de construir en el consultorio. El analista ubicará su deseo en la separación entre enunciado y enunciación para abrir un espacio donde el sujeto se ubique frente a los límites del discurso que lo entrama. La verdad del síntoma es un punto que nunca podrá ser historizado y sobre el cual emergerá un espacio de creación. El niño puede entonces volverse poeta al enunciar su sitio en la vida.

En el último capítulo, titulado: “Hacia una articulación topológica con la clínica”, la autora presenta un caso de su práctica como analista. En este destacará los diferentes cortes que dentro de un análisis de varios años pueden surgir. Se da cuenta de los obstáculos surgidos para tomarlos en un sentido lógico, donde las interrupciones temporales del tratamiento no forman una lista de fracasos sino diferentes momentos de la transferencia. Haciendo uso de los temas desplegados a lo largo del libro, aterriza su propuesta de pensar topológicamente la clínica con niños. Dilucidando el ternario lacaniano (real, simbólico e imaginario), apunta a despejar la idea de un fin de análisis como remisión del síntoma, pues algo de lo real (vestido de apremio de la vida) insiste cada tanto para poner a trabajar al inconsciente en aras de dar una nueva significación. La tarea del analizante será, una vez terminado su análisis, dar cuenta de un saber-hacer-con-eso que lo desborda en diferentes momentos de la vida. Dicho lo anterior, la autora concluye:

Mi postura ética como psicoanalista es asumir la parte de la falta que me toca y permitir que este fin (necesario) sea un punto de corte en la cadena significante (...) Habrá otros espacios en los que él resolverá la vida que es soportada por la muerte (Stavchansky, 2012, p. 193).

Como vemos, el compromiso con la ética no puede dejarse de lado en el tejido del que una analista es parte. Ella misma, incluida en la trama que le da lugar, no puede abstenerse de dar un testimonio frente al desamparo que cada analizante carga a cuestas. Al situarse en ese espacio intermedio entre el niño y el Otro la esperanza de un nuevo puente puede ser hilvanada. Suturando heridas amargas, remendando con parches hechos de palabras, un nuevo libro surge en la literatura psicoanalítica para lidiar con la pregunta y paliar el desamparo. El juego no volverá a ser el mismo...



Referencias

1. Freud, S. (1907/2005). El creador literario y el fantaseo. En *Obras Completas. Vol. IX*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
2. Freud, S. (1907/2005). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En *Obras Completas. Vol. X*. Buenos Aires: Amorrortu editores
3. Stavchansky, L. (2012). *Tejiendo en la clínica. Entre el niño y el Otro*. México: Paraiso editores.

Recibido: 15 de noviembre de 2012.

Aceptado: 8 de diciembre de 2012.

Directorio

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Salvador Jara Guerrero

Rector

Carlos Salvador Rodríguez Camarena

Secretario Administrativo

Egberto Bedolla Becerril

Secretario General

Rosa María de la Torre Torres

Secretaria Auxiliar

José Gerardo Tinoco Ruiz

Secretario Académico

Teodoro Barajas Rodríguez

*Secretario de Difusión Cultural y Extensión
Universitaria*

Facultad de Psicología

Ana María Méndez Puga

Directora

Damaris Díaz Barajas

Secretaria Académica

Yolanda Elena García Martínez

Subdirectora

Pedro Caballero Díaz

Secretario Administrativo

Revista Uaricha

María de Lourdes Vargas Garduño

Directora general

Boris González Ceja

Coordinador del número

Erwin R. Villuendas González

Asesor de diseño editorial

María de Lourdes Garcidueñas Vargas

Juan Antonio Ibarra Rodríguez

Diseño de portada y diseño editorial

Comité Editorial Interno

Boris González Ceja
Elsa Edith Zalapa Lúa
Fabiola González Betanzos
María Elena Rivera Heredia
Olga López Pérez

Comité Externo de Arbitraje Editorial

Adriana María Enríquez Rosas. *Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Canadá*
Álvaro Torres Chávez. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Anastasio Ovejero Bernal. *Universidad de Valladolid, España*
Diana Betancourt Ocampo. *Universidad Anáhuac México Norte*
Enrique Álvarez Alcántar. *Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México*
Ernesto Rodríguez Moncada. *Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe, (CREFAL), México.*
Hilda Aída González Flores. *Escuela Normal Superior de Michoacán, México*
Jose Clerton de Oliveira Martins. *Universidad de Fortaleza, Brasil*
Kalina Isela Martínez Martínez. *Universidad Autónoma de Aguascalientes, México*
Lupicinio Iñiguez Rueda. *Universitat Autònoma de Barcelona.*
María del Carmen Rojas Hernández. *Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México*
Néstor Rubén Aliani. *Universidad de Entre Ríos, Argentina*
Patricia Andrade Palos. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Rosie-Marie Laure Stephanie Venegas Lafon. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Salvador Moreno López. *Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México*
Silvia Larisa Méndez Martínez. *Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México*
Simone Belli. *Universidad Autónoma de Barcelona, España*
Tania Esmeralda Rocha Sánchez. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*

UARICHA

La revista UARICHA está incluida en LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas en América Latina, el Caribe, España y Portugal) y en el índice CLASE (Base de Datos Bibliográfica de Revistas de Ciencias Sociales y Humanidades de América Latina y el Caribe).

Los autores de los artículos son los únicos responsables de las opiniones presentadas en ellos. Todos los artículos publicados han sido sometidos a un arbitraje del tipo doble ciego, por parte de dos académicos miembros del comité de árbitros o de algún par fuera de este comité en el caso en que la especificidad del artículo así lo amerite. Los derechos de propiedad corresponden plenamente al autor de cada artículo y se autoriza su reproducción siempre que se mencione la fuente. UARICHA no se hace responsable del manejo doloso de la información por parte de los autores.

Revista Cuatrimestral. ISSN 1870-2104

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Facultad de Psicología de la U.M.S.N.H. Francisco Villa No. 450, Col. Dr. Miguel Silva, C.P. 58120. Morelia, Michoacán. México. Tels. 52(443) 312 9909 y 52(443) 312 9913

www.revistauaricha.org

contacto@revistauaricha.org

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE de 2012

Contenido

- i-iv Editorial.
- 1-11 El lenguaje como estructura de la imagen del cuerpo en la transición niñez-adolescencia.
Boris González Ceja, Sara Maribel Arellano García
- 12-24 La dirección de la cura en el contexto institucional. Una reflexión desde el psicoanálisis.
Jesús Ramírez Franco
- 25-35 Proceso de duelo y adaptación después de una amputación en la adolescencia. Un estudio de caso.
Elva Alicia Sierra Mier, María del Carmen Manzo Chávez
- 36-48 La noción freudiana del yo: el punto de separación entre el psicoanálisis y la psicología.
Víctor Hernández Mata, Víctor Gutiérrez Olivares
- 49-56 ¿Y ahora con quién baila la Discriminación? –a 112 años del baile de los 41, en México–
Laura Irlanda Ortega Varela
- 57-70 Intervención psicoterapéutica y psicosocial para familias con migración y discapacidad. Un acercamiento inicial.
Lucía Cabrera Mora, María Elena Rivera Heredia
- 71-87 Onicofagia: un estudio de caso de una mujer adulta.
Guadalupe Nallely Salgado Serrano y Roberto Oropeza Tena.
- 88-110 Alteraciones de memoria en las personas que padecen diabetes tipo 2.
Ixchel Herrera Guzmán, Ana Karen Morales y Esteban Gudayol Ferré
- 111-125 Prevención de síndrome metabólico en estudiantes universitarios.
Norma Yolanda Rodríguez Soriano, Jorge Martínez Stack, Miguel Murguía Romero, Jorge Arturo Herrera Rueda, Ricardo Daniel González Quintero, Alma Delia Mata Gómez, Rafael Villalobos Molina
- 126-135 Hilvanando un puente de palabras. Reseña del libro: Tejiendo en la clínica. Entre el niño y el Otro, de Liora Stavchansky.
Jesús Ramírez Escobar

Contents

- i-iv Editorial.
- 1-11 The language like structure of body image in childhood-adolescence transition.
Boris González Ceja, Sara Maribel Arellano García
- 12-24 The way of a cure on institutional context. A Psychoanalysis reflection.
Jesús Ramírez Franco
- 25-35 Duel process and adaptation after amputation in adolescence. A case study.
Elva Alicia Sierra Mier, María del Carmen Manzo Chávez
- 36-48 The Freudian notion of the self: the separation point between psychoanalysis and psychology.
Víctor Hernández Mata, Víctor Gutiérrez Olivares
- 49-56 And now who dances Discrimination? –112 years since the Dance of the 41, in Mexico-
Laura Irlanda Ortega Varela
- 57-70 Psychotherapeutic and Psychosocial Intervention for Families with Migration and Disability. An initial Approach.
Lucía Cabrera Mora, María Elena Rivera Heredia
- 71-87 Onychophagia: A case study of an adult woman.
Guadalupe Nallely Salgado Serrano y Roberto Oropeza Tena.
- 88-110 Memory alterations in people with diabetes type 2.
Ixchel Herrera Guzmán, Ana Karen Morales y Esteban Gudayol Ferré
- 111-125 Prevention of metabolic syndrome in undergraduate students.
Norma Yolanda Rodríguez Soriano, Jorge Martínez Stack, Miguel Murguía Romero, Jorge Arturo Herrera Rueda, Ricardo Daniel González Quintero, Alma Delia Mata Gómez, Rafael Villalobos Molina
- 126-135 Tacking a bridge of words. Book Review: Knitting in the clinic. Between the child and the Other, of Liora Stavchansky.
Jesús Ramírez Escobar

REQUISITOS PARA RECEPCIÓN Y PUBLICACIÓN DE TEXTOS

Los textos propuestos serán originales e inéditos y deberán tener relación con el saber de la psicología. Se publicarán artículos científicos que puedan cubrir los siguientes formatos:

- Revisiones de literatura o ensayos con fundamento científico
- Artículos en donde se reporten resultados de investigación
- Artículos metodológicos
- Estudios de caso
- Reseñas de libros

Para que el texto pase por el proceso de dictamen se entregará una versión del mismo en formato electrónico (Word 97-2003 o superior). Sólo se recibirán colaboraciones por la vía del correo electrónico de la revista: **contacto@revistauaricha.org**.

Los artículos deberán incluir al menos los siguientes elementos:

Título del trabajo	Indicar el título del trabajo tanto en español como en inglés. Se sugiere una extensión máxima del título de 20 palabras.
Autores	Incluir los nombres completos, especificando las adscripciones institucionales (sin abreviaturas). Indicar el país del que provienen dichas adscripciones. En una nota al pie de página, incluir el último grado académico de cada autor así como el correo electrónico del o de los autores (por lo menos de uno de ellos).
Resumen	Incluir resumen en español y abstract en inglés, con una extensión de 150 a 250 palabras cada uno. El resumen no debe contener citas. Lo mismo aplica para el abstract.
Palabras clave	Incluir entre tres y cinco palabras clave en inglés y español
Cuerpo del artículo	Las citas deberán hacerse siguiendo el estilo de la Asociación Americana de Psicología APA (www.apastyle.org). Lo mismo aplica para las leyendas de las tablas y figuras. Para los artículos que son reportes de investigación, artículos metodológicos y estudios de caso, se recomienda el formato IMRyD (introducción, método, resultados y discusión). Para las revisiones de literatura o ensayos críticos de carácter científico, la estructura general sería introducción, desarrollo (con diferentes subapartados) y conclusiones.
Lista de referencias	Elaborada de acuerdo a los criterios de la APA (www.apastyle.org). Las referencias se numerarán, para que pueda apreciarse el total de referencias que incluye cada artículo.
Anexos	Cuando se requieran, se podrán incluir anexos breves después de la lista de referencias.

Las versiones originales de los artículos deberán tener una extensión máxima de 20 páginas, en tamaño carta, incluyendo las notas y la lista de referencias; en el caso de las reseñas bibliográficas la extensión será de dos a diez páginas. Las páginas se redactarán a espacio y medio, y se utilizará la fuente Arial en 12 puntos con márgenes de 2.5 centímetros. Las excepciones a la extensión recomendada serán admisibles sólo en casos que se justifiquen y se aprueben por el Comité Editorial.

Las notas a pie de página emplearán numeración arábiga. Las tablas, esquemas, cuadros sinópticos, etc., deberán incluirse en archivos separados en formato gif, jpg o bmp, con resolución de 300 ppp. Las gráficas deben enviarse en el formato en el que fueron creadas (preferentemente en excel) por si hay que hacer alguna adecuación de formato. Deberá estar debidamente identificado el lugar de su inserción en el texto.

Si se utiliza algún instrumento, invariablemente deberá hacerse referencia al autor o autores del mismo. Las referencias se presentarán al final del texto, siguiendo el formato de la APA (versión 2010) en cuanto a la organización de los elementos de la referencia y se numerarán, de manera que a simple vista pueda apreciarse el total de referencias que incluye cada artículo.

Todo artículo deberá ir acompañado de una carta responsiva cuyo formato se enviará a los autores junto con la versión final de su artículo. En ella se dará cuenta de los siguientes aspectos:

- Originalidad del trabajo de investigación realizado
- Afirmación de que el artículo no está siendo dictaminado por otra revista simultáneamente
- De la no existencia de conflicto de intereses de los autores

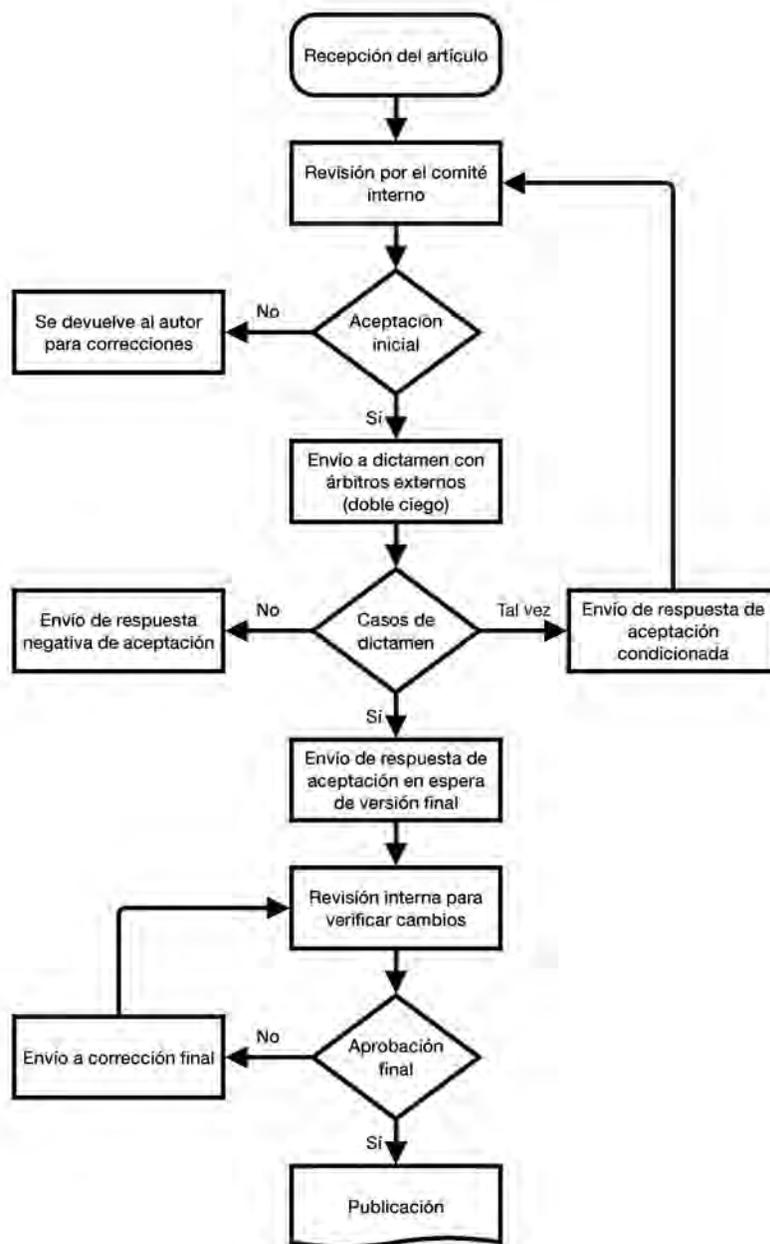
PROCESO DE DICTAMEN DE LOS ARTÍCULOS

Los artículos propuestos para publicación serán evaluados en primera instancia por el Comité Editorial Interno.

En caso de ser aprobados se enviarán a dos expertos integrantes de la cartera internacional de dictaminadores, bajo la modalidad de doble ciego. Si hubiera discrepancias entre los dos evaluadores, se remitirá a un tercer dictamen, el cual será definitivo.

El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de hacer cambios con el fin de mejorar el estilo de los artículos

El proceso a seguir se desglosa en el siguiente diagrama de flujo:



REQUIREMENTS FOR ACCEPTANCE AND PUBLICATION OF TEXTS

The proposed texts will be original and unpublished and must be related to the area of psychology. Scientific articles that can cover the following formats will be published:

- Reviews of literature or science-based essays
- Articles in which research results are reported
- Methodological articles
- Case studies
- Book reviews

To have a text go through the ruling process, an electronic format version (Word 97-2003 or later) shall be submitted. Only e-mail contributions will be accepted from the journal: contacto@revistauaricha.org

Articles must include at least the following elements:

Title	Enter the title of the work in Spanish. Indicate the title of the work in English. A maximum of 20 words is suggested for the title.
Authors	Include the full name, specifying institutional ascriptions (without abbreviations). Indicate the country where the ascriptions came from. In a footnote, indicate the academic degree of the authors, as well as the e-mail address of at least one of them.
Abstract	Include abstract in Spanish and English, with a length of 150 to 250 words each. Abstract should not contain citations (in Spanish or English).
Keywords	Include three to five key words in English and Spanish.
Body of the article	The table of contents must be prepared in the American Psychological Association style (www.apastyle.org). The same applies to the legends of tables and figures. For articles submitted as research reports, methodological papers and case studies, the IMRAD format is recommended. (Introduction, Method, Results and Discussion). For literature reviews or critical scientific essays, the general structure must include the introduction, the development (with different subsections) and the conclusion.

List of References	This list must be presented according to the criteria of the APA (www.apastyle.org). The references must be numbered, so that the total references included in each article can be appreciated.
Annexes	When required, short attachments may be included after the reference list.

The original versions of the articles will have a maximum of 20 pages and must be in letter size, including notes and reference lists. In case of book reviews, the length must be two pages and they have to be written with double space, and with a 12 point Arial font with margins of 2.5cm . The pages are drawn with double spacing, and use the font Arial 12 point with margins of 2.5 cm. Exceptions to the recommended length shall be admissible only in cases justified and approved by the Editorial Board.

Footnotes must use Arabic numerals. Tables, charts, summaries, etc. must be included in a separate file in gif, jpg or bmp format with a resolution of 300 dpi. Charts should be submitted in the format in which they were created (preferably in Excel) in case there has to be a change of format and the site of insertion in the text must be properly identified. If any kind of instrument is used, the author or authors must be cited. References must be included at the end of the text following the APA format (version 2010), and in regards to the organization of the reference elements, they must be numbered, so that the total list can be appreciated at first glance in every article.

All articles must be accompanied by a responsive letter, which will be sent along with the final version of the article. The following elements must be included:

- 1) Originality of the research work
- 2) Information that states that the article is not being published simultaneously by another magazine.
- 3) The absence of conflict of interest of the authors

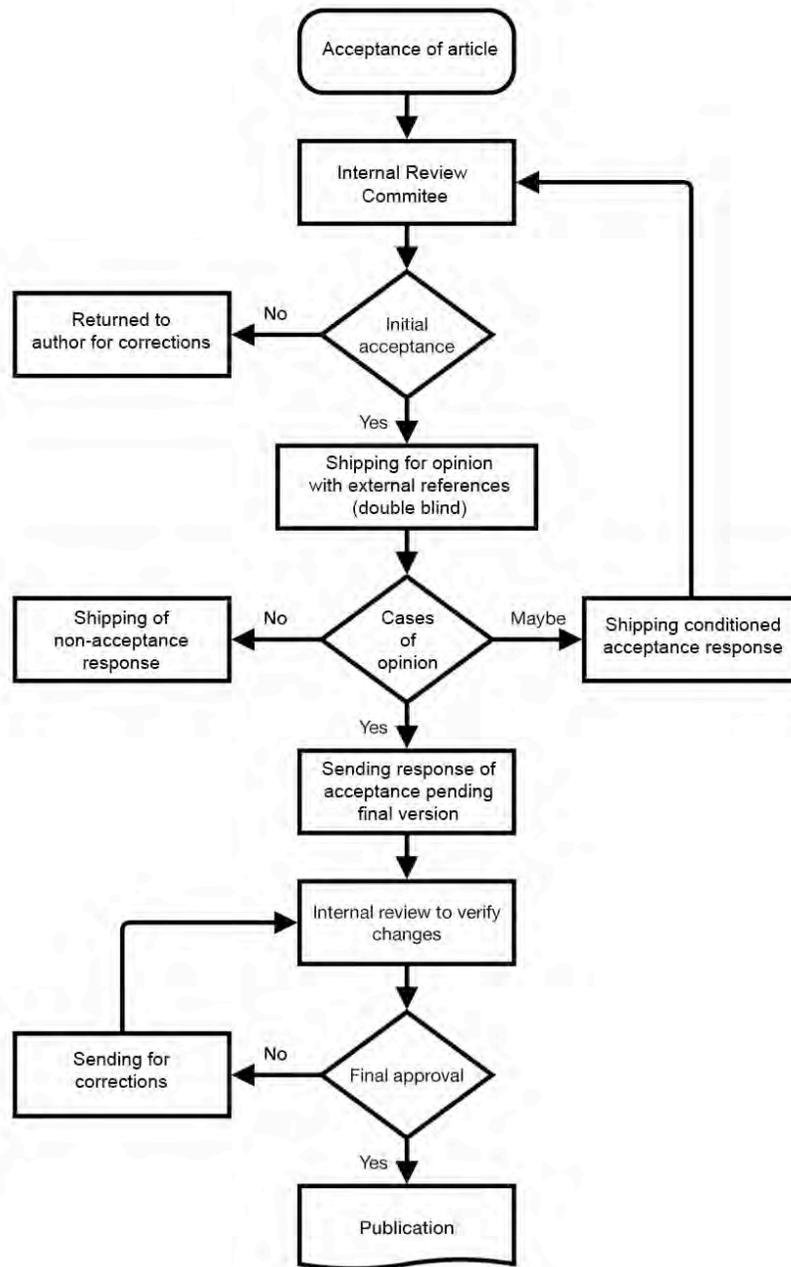
PROCESS FOR THE PUBLICATION OF THE ARTICLES

The Internal Editorial Board will be the first to evaluate the articles proposed for publication.

In case the article is approved, it will be sent for review to the experts that are part of the international portfolio of adjudicators under the double-blind modality. If there were discrepancies between the two reviewers, the article will be forwarded to a third opinion, which shall be the final one.

The Journal Editorial Board reserves the right to make changes to improve the style of the articles.

The process to be followed is detailed in the following flowchart:



**¿Y ahora con quien baila la
Discriminación?
-a 112 años del Baile de los 41,
en México-**

**And now who dances Discrimination?
-Dance to 112 years of the 41, in Mexico-**

Laura Irlanda Ortega Varela¹

Facultad de Psicología

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

¹ Mtra. Laura Irlanda Ortega Varela. Maestría en psicoterapia psicoanalítica de la infancia y la adolescencia. Contacto: laurairlanda@yahoo.com.mx

Resumen

El presente ensayo aborda la necesidad de reconocer y ejercer un respeto por los derechos sexuales, ya que la discriminación y el ejercicio de la violencia, en sus distintas expresiones, son aspectos que aún existen en nuestra sociedad, a pesar de los tratados internacionales. A 112 años del baile de los 41 en México, que marco la homofobia y la intolerancia, para ciertos grupos, es buen momento para reflexionar, sobre la discriminación, en donde se excluye en base al sexo, al género, y a la orientación sexual. Partiendo desde la época prehispánica, y hasta nuestros días se ha dado un trato desigual a los seres humanos, marcando diferencias, existen encubrimientos de grupos de poder que solo aceptan lo diferente a su conveniencia. En un breve recorrido por la historia se confirma que el baile de la diversidad siempre ha existido, la intolerancia y el abuso también. Aunque las manifestaciones de racismo, discriminación, exclusión, y burla, son una realidad en México, esto se *travestiste* simbólicamente con el nombre de “la moral” y las “buenas costumbres”, entre el machismo y la corrupción, lo cual destruye vidas. Se pretende reflexionar en la re significación, sobre la cultura de la igualdad e incluir los derechos sexuales reconocidos como parte de los derechos humanos, para generar las mismas oportunidades para todos, con inclusión y respeto.

Palabras clave: Derechos sexuales, intolerancia, discriminación, diversidad sexual.

Abstract

This article addresses the need to recognize and exercise respect for sexual rights, and that discrimination and use of violence in its various expressions, are issues that still exist in our society, despite international treaties. To 112 years of dance of the 41 in Mexico, under the homophobia and intolerance, for certain groups, it is good time to reflect on discrimination, where is excluded on the basis of sex, gender, and sexual orientation. Starting from pre-Hispanic times, and to this day there has been unequal treatment of human beings, marking differences, there are cover-ups of power groups that only accept what is different at your convenience, a brief overview of the history confirms that the diversity dance has always existed, intolerance and abuse also. Although the manifestations of racism, discrimination, exclusion, and mockery, are a reality in Mexico, this transvestite symbolically in the name of “morality” and “decency”, between machismo and corruption, which destroys lives. Some thoughts on the significance re on the culture of equality and include sexual rights recognized as part of human rights, to create equal opportunities for all, including and respect.

Keywords: Sexual rights, intolerance, discrimination, sexual diversity.

A partir de las ideas del feminismo para incluir a las mujeres dentro de la igualdad de derechos que tenían los hombres, se luchó por acceder al trabajo y al voto y se crearon espacios para debatir e investigar sobre las desigualdades de género, el racismo, la homofobia, la discriminación, las detenciones arbitrarias, la violencia, el machismo y la corrupción entre otras. La reflexión en estos temas no sólo es un asunto de educación sino de violación a los derechos humanos.

La diversidad sexual incluye poblaciones heterosexuales, bisexuales homosexuales, intersexuales y personas transexuales (femeninas o masculinas) y en cada una hay que entender su relación con el género. Las prácticas y fantasías homosexuales, en cada población siempre han existido, como lo demuestran los estudios biológicos, históricos y antropológicos, sin embargo en algunas culturas todavía no se aceptan ciertas prácticas y fantasías que salen de cierta “ortodoxia”, mencionando que son actividades minoritarias o diferentes, en algunas comunidades todavía se excluye lo que se considera diferente, llegando al grado de la intolerancia, el abuso de los derechos de las personas, la persecución e incluso en algunos lugares todavía se les castiga con la muerte.

Desde la época prehispánica hasta nuestros días han existido las relaciones heterosexuales, homosexuales y bisexuales, y de la misma manera en cada una se generan perturbaciones y afectos, en cada relación se incorpora el erotismo, el goce, la pasión, la intimidad y el compromiso. Negar que hay todo un abanico de relaciones diversas, no solo es negar la realidad sino negar que el fondo de la aceptación o rechazo a la diversidad sexual tienen que ver con argumentos ideológicos que con frecuencia proceden de grupos de poder o de la vigencia de una tradición excluyente (Aguirre, 2010).

La defensa de los propios argumentos, que tienen que ver con aprendizajes de patrones mentales que afectan nuestras creencias personales, nuestra visión corporal, la sexualidad y los afectos, a veces puede llegar a la intolerancia, la negación, la agresión, la humillación, la crueldad y la violencia extrema. Desde el punto de vista psicológico es necesario reflexionar ante la constante intolerancia para revertir los procesos de destructividad puestos en la sexualidad que se basan en motivos externos (su vestimenta, arreglo personal, expresión corporal..) sean reales o no, pero que se utilizan en contra de lo diferente por su condición interna (por su elección de género), en donde se destruye internamente y destruye externamente. No obstante, con frecuencia, quienes atacan a los homosexuales, en el fondo, tienen también esa tendencia, pero se resisten a reconocerla y creen que atacando al “otro”, se ven liberados de su angustia interna.

Amuchástegui (2004) señala que el término “homosexual” fue usado por primera vez en 1869, mientras que el de “heterosexual” está registrado en Oxfordd English Dictionary supplement más tarde, en 1901. Lo más interesante es que el término “heterosexual” era utilizado, en ese entonces, para designar individuos que tenían inclinaciones por personas de ambos sexos (lo que ahora se denomina bisexualidad). Menciona además la autora, que solo más adelante, por el uso común, en el primer cuarto de este siglo, el término adquirió la connotación que tiene ahora.

Otro dato curioso es que precisamente en 1901, es cuando se da la llamada “gran redada de los 41 Maricones” en México, que para Brito (2010) es un acontecimiento histórico en la vida sexual mexicana, porque inaugura el trato arbitrario destinado a las minorías por parte de las instituciones de justicia, trato que se extenderá a lo largo del siglo XX hasta la irrupción del movimiento de liberación homosexual al final de los años setenta, momento en que gays, lesbianas y trans reivindican su derecho a existir públicamente y se movilizan en contra precisamente de esas ilegales redadas policíacas.

A través del suceso de los 41, también se conoció más de la doble moral, que se caracterizaba por las fiestas “exclusivas”, la famosa historia del “Yerno incómodo”, destapó como dice Monsiváis (2010), la existencia de la homosexualidad y el baile de los 41 delata una mínima pero ya sólida organización social; la redada, al darle el nombre ridiculizado (los 41), modificaba el sentido de esa colectividad en las tinieblas: de anomalías ascienden a la superficie del choteo, y esta primera visibilidad es un paso definitivo.

Para Brito (2010) El llamado baile de los 41 Maricones, fue una gran fiesta clandestina efectuada en noviembre de 1901, en la que había hombres de todas las clases sociales bailando con hombres, en forma divertida y amena, algunos de ellos, vestidos de mujer, sorprendidos por la policía (sin la licencia correspondiente) cuando llegó la policía a hacer una redada. La prensa informó del arresto de 42 hombres (que luego serían 41), y se los llevó, con excepción de un hombre de poder: el yerno del Dictador Porfirio Díaz.

El famoso “baile de los 41”, como le llamó la prensa de la época se llevó a cabo en la calle de la Paz y a él asistían hombres de variadas profesiones y condiciones sociales, incluso se habla de uno que otro sacerdote. Durante días, la prensa se dio vuelo regocijado y morboso del hecho, ridiculizando a las víctimas obligadas a barrer las calles ataviados aún con prendas femeninas y se solaza con el duro castigo impuesto: a 19 de ellos, los más afeminados, pobres y sin el salvoconducto de las influencias políticas se les envía a la cárcel y luego a Yucatán a pelear dentro del Ejército contra los mayas. Para Brito los más identificados son los llamados “pollos” y “lagartijos” asiduos a la calle de Plateros y “afeminados conocidos” registrados, según

el diario El Popular, en la Inspección General de la Policía. Todo esto sin un proceso judicial y con constante abuso de autoridad y por supuesto sin tomar en cuenta sus derechos humanos.

No obstante, el único que libró el peso de la ley y el infierno de los trabajos forzados en Yucatán, como le tocó a la mayoría, fue Ignacio de la Torre y Mier, quien se había casado en 1888 con la hija más querida de Porfirio Díaz, la famosa Amada Díaz, quien no tuvo hijos con Ignacio y que paradójicamente no fue amada puesto que su vida estuvo llena de complicaciones y tristeza, a causa de su pareja homosexual. Desde el análisis de Brito (2010), Si los detenidos solo bailaban, ¿cual fue entonces su delito? No se castigó por haber infringido una Ley Civil sino por haber infringido las leyes naturales.

El llamado “yerno incomodo”, Ignacio de la Torre y Mier, tuvo la protección de Porfirio Díaz y fue salvado de ir a prisión y de ser ridiculizado como los demás por ser yerno presidencial; no obstante se cuentan muchas historias alrededor de él, incluso Emiliano Zapata trabajó con él durante 6 meses como su caballero mayor en su mansión de Reforma; poco después Zapata se fue resentido de ver que los caballos de De la Torre, vivían mejor que los campesinos. Pero siempre ha trascendido el rumor de que De la Torre veía a Zapata como un apuesto provinciano, no de malos bigotes con un aire seductor.

Aunque en el escándalo de los 41 se trató de no exhibir a Ignacio de la Torre, este pasaje abre una cantidad de cuestiones que lo siguen exhibiendo después de 112 años, en donde actualmente en nombre de “La moral y las buenas costumbres” se sigue distorsionando el discurso del poder, y las políticas públicas se aceptan o se rechazan de acuerdo al goce, que los sujetos en turno buscan y del que huyen a la vez.

En la época actual, ha habido diversas manifestaciones de intolerancia en nombre de la “moral” unas de ellas han sido la censura a los proyectos de educación sexual, como la prevención de embarazos no planeados, la prevención del VIH/SIDA, la atención a la salud sexual de los y las adolescentes, el uso del condón, la violencia hacia las mujeres, la discriminación, y la despenalización del aborto, entre otros, que a nivel mundial ya están aceptados por la Organización Mundial de la Salud OMS, y son parte de los derechos fundamentales del ser humano, pero en lugar de una cultura hacia la salud sexual se censura la educación y se permite la perversión.

Otra ha sido la gravedad de la impunidad en ámbitos específicos en donde se sigue encubriendo a grupos de poder como a los pederastas, a los traficantes de personas y los negocios de redes de prostitución, en donde

los abusos son constantes. A veces los privilegios de unos son el peligro latente para otros, el vivir en la desesperanza las persecuciones y el temor, o la certeza de una muerte anunciada, se ha convertido para los activistas que apoyan los derechos humanos una constante.

Existen, asimismo, grupos de conservadores que trabajan para evitar los derechos humanos y los derechos sexuales, los cuales pretenden imponer una moral sexual basada en el pudor y la abstinencia; estos grupos trabajan en nombre de los valores aunque en realidad tienen doble moral y fomentan la discriminación, pagan grandes campañas mencionando que lo diverso no es humano y tratan de impedir que los grupos vulnerables sean escuchados e incluso consideran que excluyendo a personas transexuales o trans género ya no existen, el negar su derecho a la salud, y negar su identidad para trámites legales no determina la existencia del otro.

En 1901 no se respetó la diferencia de 41, y además se les castigó corporalmente sin juicio y sin derechos sin embargo, uno se salvo bajo pretexto de salvaguardar las “buenas costumbres” y “la honra de Amada”. De aquel tiempo a la fecha han existido muchos cambios, pero a veces la información no ha llegado a todas las instituciones o a toda la sociedad y se siguen defendiendo los mismos hechos del pasado, combinando el machismo y la corrupción.

No toda la sociedad se ha dado cuenta que el 41 ahora no solo es objeto de broma para la masculinidad mexicana sino también es símbolo económico comercial valorado, ya que muchos antros han ganado fama y fortuna con ese número; por ejemplo, hay antros que se llaman “El 41” y ofertan espacios de diversión para homosexuales, y están generando muchas ganancias debido a que cada vez hay más personas que reconocen abiertamente su orientación sexual diversa.

Las sociedades que viven del pasado y siguen reforzando la doble moral, dañan los derechos humanos, no solo por la discriminación y la problemática de segregación social, también porque hay falta de acceso a los derechos de los heterosexuales, homosexuales, bisexuales, transexuales, trans género e intersexuales; no porque no existan los derechos, si no porque no se aplican, y no se respetan los acuerdos internacionales. La apuesta es hacia el despertar de la voluntad política para discutir el tema de diversidad sexual y derechos sexuales, privilegiando un trato igualitario.

No podemos desconocer en el acto y en la teoría que como parte de los Derechos humanos, el primero es el derecho a la dignidad de todo ser humano. Y que es obligación del Estado garantizar los derechos humanos y respetarlos.

La sexología realizó un gran avance al reconocer los derechos sexuales suscritos en El Cairo en 1994, la organización mundial de la salud (OMS) la organización panamericana de la salud (OPS) en colaboración con la organización mundial de sexología (WAS), celebrada en: Antigua, Guatemala en el 2000, declaran los derechos sexuales, los cuales se obliga a crear elementos legales y políticas públicas para ejercerlos y en donde también se reconoce la diversidad sexual y se incorpora el placer y el erotismo, con responsabilidad, educación, y prevención.

Uno de los derechos sexuales es el derecho a decidir en forma libre sobre el propio cuerpo y su propia sexualidad. El único límite para ejercer los derechos, es el momento en que los actos estén tipificados como delito. Otros de los derechos plasmados en el documento de El Cairo, arriba mencionado, son los siguientes:

Derecho a manifestar públicamente los afectos

Derecho a ejercer y disfrutar plenamente la vida sexual

Derecho a decidir con quién compartir la vida y la sexualidad

Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad

Derecho a vivir libre de violencia sexual

Derecho a vivir libre de toda discriminación.

Derecho a la información completa científica y laica sobre la sexualidad

Derecho a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

A nivel mundial son indignantes las injusticias que se siguen viviendo, para justificar la violencia hacia los seres humanos por su condición de sexo de orientación o de género, en nombre de que es “su cultura”, el abuso a menores, los casamientos de niñas con adultos, la castración a las niñas², la venta de menores, incluso por un cartón de cerveza, la venta y explotación de mujeres, los matrimonios de un hombre con varias mujeres, también es indignante. La actual fantasía de algunas personas que consideran necesario legislar la vestimenta de las “mujeres” y señalar hasta donde deben cubrirse para no provocar al “hombre”, considerar que se prohíba la homosexualidad, por decreto, que se castigue con la cárcel o incluso la muerte, por algo que no es una elección, estos rasgos machistas u homofóbicos que se generan fomentan la violencia y discriminación, por la falta de cono-

² Para André Green, la castración de niñas que no es imaginaria, consiste en la abtactación del clitoris y en prácticas similares.

cimiento o por creencias en nombre de la Religión y la Ley de cada cultura, sin embargo las creencias se pueden cambiar y los derechos se pueden cumplir ya que antes que toda creencia, tradición o costumbre cultural, esta la declaración universal de los derechos humanos (DUDH) en donde podemos privilegiar el diálogo y anteponer los derechos.

En México se sigue bailando con la discriminación, y los pocos avances contra la homofobia y la no discriminación de género, se quedan solo en el Distrito Federal y no llegan a los Estados, se empieza a pensar en los derechos de las personas homosexuales, pero no en la posibilidad de adopción, como si solo los Padres heterosexuales pudieran ser buenos padres, por el simple hecho de ser padres biológicos. La condición de las personas transexuales todavía no se acepta, y se excluyen en empleos, acceso a servicios de salud, uso de credenciales etc. Vivimos en una gran ambivalencia porque aunque en México ya se acepta el discurso de la diversidad y el respeto a lo diferente, en la práctica se niega la inclusión y esto repercute en las injusticias y falta de derechos. De ahí la necesidad de darlos a conocer y construir condiciones sociales para que se ejerzan. La participación reflexiva en temas de educación y de salud sexual, es necesaria para todos, se requiere compartir y debatir para producir formas de análisis y crear espacios para contribuir al cambio social, al reconocer la diversidad con dignidad, podemos parar muchos tipos de violencia.

Referencias

1. Aguirre, E. (2010). *Pecar como Dios Manda del México prehispánico hasta el inicio de la Colonia*. México: Editorial Planeta.
2. Amuchástegui, A. (2004). Homosexualidad. En *La rosa de los vientos* González-Rizzo (ed.) *Cartas de Navegación*. México D.F. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir Jóvenes Sexualidad y Derechos.
3. Brito, Alejandro; Lamas, Martha; y Monsiváis, Carlos. (2010) *Que se abra esa puerta, crónicas y ensayos sobre la diversidad sexual*. México: Editorial Paidós.
4. Declaración de los derechos sexuales según la Asociación Mundial de sexología (WAS) (2000). *Derechos sexuales*. México: Autor.
5. Green, A, (1992). *El complejo de Castración*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Recibido: 30 de marzo de 2012.

Aceptado: 05 de diciembre de 2012

Directorio

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Salvador Jara Guerrero

Rector

Carlos Salvador Rodríguez Camarena

Secretario Administrativo

Egberto Bedolla Becerril

Secretario General

Rosa María de la Torre Torres

Secretaria Auxiliar

José Gerardo Tinoco Ruiz

Secretario Académico

Teodoro Barajas Rodríguez

*Secretario de Difusión Cultural y Extensión
Universitaria*

Facultad de Psicología

Ana María Méndez Puga

Directora

Damaris Díaz Barajas

Secretaria Académica

Yolanda Elena García Martínez

Subdirectora

Pedro Caballero Díaz

Secretario Administrativo

Revista Uaricha

María de Lourdes Vargas Garduño

Directora general

Boris González Ceja

Coordinador del número

Erwin R. Villuendas González

Asesor de diseño editorial

María de Lourdes Garcidueñas Vargas

Juan Antonio Ibarra Rodríguez

Diseño de portada y diseño editorial

Comité Editorial Interno

Boris González Ceja
Elsa Edith Zalapa Lúa
Jennifer Lira Mandujano
María Elena Rivera Heredia
Mónica Adriana Vasconcelos Ramírez
Olga López Pérez
Victoria González Ramírez

Comité Externo de Arbitraje Editorial

Adriana María Enríquez Rosas. *Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Canadá*
Álvaro Torres Chávez. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Anastasio Ovejero Bernal. *Universidad de Valladolid, España*
Diana Betancourt Ocampo. *Universidad Anáhuac México Norte*
Enrique Álvarez Alcántar. *Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México*
Ernesto Rodríguez Moncada. *Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe, (CREFAL), México.*
Hilda Aída González Flores. *Escuela Normal Superior de Michoacán, México*
Jose Clerton de Oliveira Martins. *Universidad de Fortaleza, Brasil*
Kalina Isela Martínez Martínez. *Universidad Autónoma de Aguascalientes, México*
Lupicinio Iñiguez Rueda. *Universitat Autònoma de Barcelona.*
María del Carmen Rojas Hernández. *Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México*
Néstor Rubén Aliani. *Universidad de Entre Ríos, Argentina*
Patricia Andrade Palos. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Rosie-Marie Laure Stephanie Venegas Lafon. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Salvador Moreno López. *Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México*
Silvia Larisa Méndez Martínez. *Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México*
Simone Belli. *Universidad Autónoma de Barcelona, España*
Tania Esmeralda Rocha Sánchez. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*

Contents

- i-iv Editorial.
- 1-11 The language like structure of body image in childhood-adolescence transition
Boris González Ceja, Sara Maribel Arellano García
- 12-24 The way of a cure on institutional context. A Psychoanalysis reflection
Jesús Ramírez Franco
- 25-35 Duel process and adaptation after amputation in adolescence. A case study.
Elva Alicia Sierra Mier, María del Carmen Manzo Chávez
- 36-48 The Freudian notion of the self: the separation point between psychoanalysis and psychology
Víctor Hernández Mata, Víctor Gutiérrez Olivares
- 49-56 And now who dances Discrimination? –112 years since the Dance of the 41, in Mexico-
Laura Irlanda Ortega Varela
- 57-70 Psychotherapeutic and Psychosocial Intervention for Families with Migration and Disability. An initial Approach
Lucía Cabrera Mora, María Elena Rivera Heredia
- 71-87 Onychophagia: A case study of an adult woman
Guadalupe Nallely Salgado Serrano y Roberto Oropeza Tena.
- 88-110 Memory alterations in people with diabetes type 2
Ixchel Herrera Guzmán, Ana Karen Morales y Esteban Gudayol Ferré
- 111-125 Prevention of metabolic syndrome in undergraduate students
Norma Yolanda Rodríguez Soriano, Jorge Martínez Stack, Miguel Murguía Romero, Jorge Arturo Herrera Rueda, Ricardo Daniel González Quintero, Alma Delia Mata Gómez, Rafael Villalobos Molina
- 126-135 Book Review: Knitting in the clinic. Between the child and the Other, of Liora Stavchansky
Jesús Ramírez Escobar

Contenido

- i-iv Editorial.
- 1-11 El lenguaje como estructura de la imagen del cuerpo en la transición niñez-adolescencia.
Boris González Ceja, Sara Maribel Arellano García
- 12-24 La dirección de la cura en el contexto institucional. Una reflexión desde el psicoanálisis.
Jesús Ramírez Franco
- 25-35 Proceso de duelo y adaptación después de una amputación en la adolescencia. Un estudio de caso.
Elva Alicia Sierra Mier, María del Carmen Manzo Chávez
- 36-48 La noción freudiana del yo: el punto de separación entre el psicoanálisis y la psicología.
Víctor Hernández Mata, Víctor Gutiérrez Olivares
- 49-56 ¿Y ahora con quién baila la Discriminación? –a 112 años del baile de los 41, en México–
Laura Irlanda Ortega Varela
- 57-70 Intervención psicoterapéutica y psicosocial para familias con migración y discapacidad. Un acercamiento inicial.
Lucía Cabrera Mora, María Elena Rivera Heredia
- 71-87 Onicofagia: un estudio de caso de una mujer adulta.
Guadalupe Nallely Salgado Serrano y Roberto Oropeza Tena.
- 88-110 Alteraciones de memoria en las personas que padecen diabetes tipo 2.
Ixchel Herrera Guzmán, Ana Karen Morales y Esteban Gudayol Ferré
- 111-125 Prevención de síndrome metabólico en estudiantes universitarios.
Norma Yolanda Rodríguez Soriano, Jorge Martínez Stack, Miguel Murguía Romero, Jorge Arturo Herrera Rueda, Ricardo Daniel González Quintero, Alma Delia Mata Gómez, Rafael Villalobos Molina
- 126-135 Hilvanando un puente de palabras.
Jesús Ramírez Escobar

UARICHA

La revista UARICHA está incluida en LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas en América Latina, el Caribe, España y Portugal) y en el índice CLASE (Base de Datos Bibliográfica de Revistas de Ciencias Sociales y Humanidades de América Latina y el Caribe).

Los autores de los artículos son los únicos responsables de las opiniones presentadas en ellos. Todos los artículos publicados han sido sometidos a un arbitraje del tipo doble ciego, por parte de dos académicos miembros del comité de árbitros o de algún par fuera de este comité en el caso en que la especificidad del artículo así lo amerite. Los derechos de propiedad corresponden plenamente al autor de cada artículo y se autoriza su reproducción siempre que se mencione la fuente. UARICHA no se hace responsable del manejo doloso de la información por parte de los autores.

Revista Cuatrimestral. ISSN 1870-2104

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Facultad de Psicología de la U.M.S.N.H. Francisco Villa No. 450, Col. Dr. Miguel Silva, C.P. 58120. Morelia, Michoacán. México. Tels. 52(443) 312 9909 y 52(443) 312 9913

www.revistauaricha.org

contacto@revistauaricha.org

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE de 2012

REQUIREMENTS FOR ACCEPTANCE AND PUBLICATION OF TEXTS

The proposed texts will be original and unpublished and must be related to the area of psychology. Scientific articles that can cover the following formats will be published:

- Reviews of literature or science-based essays
- Articles in which research results are reported
- Methodological articles
- Case studies
- Book reviews

To have a text go through the ruling process, an electronic format version (Word 97-2003 or later) shall be submitted. Only e-mail contributions will be accepted from the journal: contacto@revistauaricha.org

Articles must include at least the following elements:

Title	Enter the title of the work in Spanish. Indicate the title of the work in English. A maximum of 20 words is suggested for the title.
Authors	Include the full name, specifying institutional ascriptions (without abbreviations). Indicate the country where the ascriptions came from. In a footnote, indicate the academic degree of the authors, as well as the e-mail address of at least one of them.
Abstract	Include abstract in Spanish and English, with a length of 150 to 250 words each. Abstract should not contain citations (in Spanish or English).
Keywords	Include three to five key words in English and Spanish.
Body of the article	The table of contents must be prepared in the American Psychological Association style (www.apastyle.org). The same applies to the legends of tables and figures. For articles submitted as research reports, methodological papers and case studies, the IMRAD format is recommended. (Introduction, Method, Results and Discussion). For literature reviews or critical scientific essays, the general structure must include the introduction, the development (with different subsections) and the conclusion.

List of References	This list must be presented according to the criteria of the APA (www.apastyle.org). The references must be numbered, so that the total references included in each article can be appreciated.
Annexes	When required, short attachments may be included after the reference list.

The original versions of the articles will have a maximum of 20 pages and must be in letter size, including notes and reference lists. In case of book reviews, the length must be two pages and they have to be written with double space, and with a 12 point Arial font with margins of 2.5cm . The pages are drawn with double spacing, and use the font Arial 12 point with margins of 2.5 cm. Exceptions to the recommended length shall be admissible only in cases justified and approved by the Editorial Board.

Footnotes must use Arabic numerals. Tables, charts, summaries, etc. must be included in a separate file in gif, jpg or bmp format with a resolution of 300 dpi. Charts should be submitted in the format in which they were created (preferably in Excel) in case there has to be a change of format and the site of insertion in the text must be properly identified. If any kind of instrument is used, the author or authors must be cited. References must be included at the end of the text following the APA format (version 2010), and in regards to the organization of the reference elements, they must be numbered, so that the total list can be appreciated at first glance in every article.

All articles must be accompanied by a responsive letter, which will be sent along with the final version of the article. The following elements must be included:

- 1) Originality of the research work
- 2) Information that states that the article is not being published simultaneously by another magazine.
- 3) The absence of conflict of interest of the authors

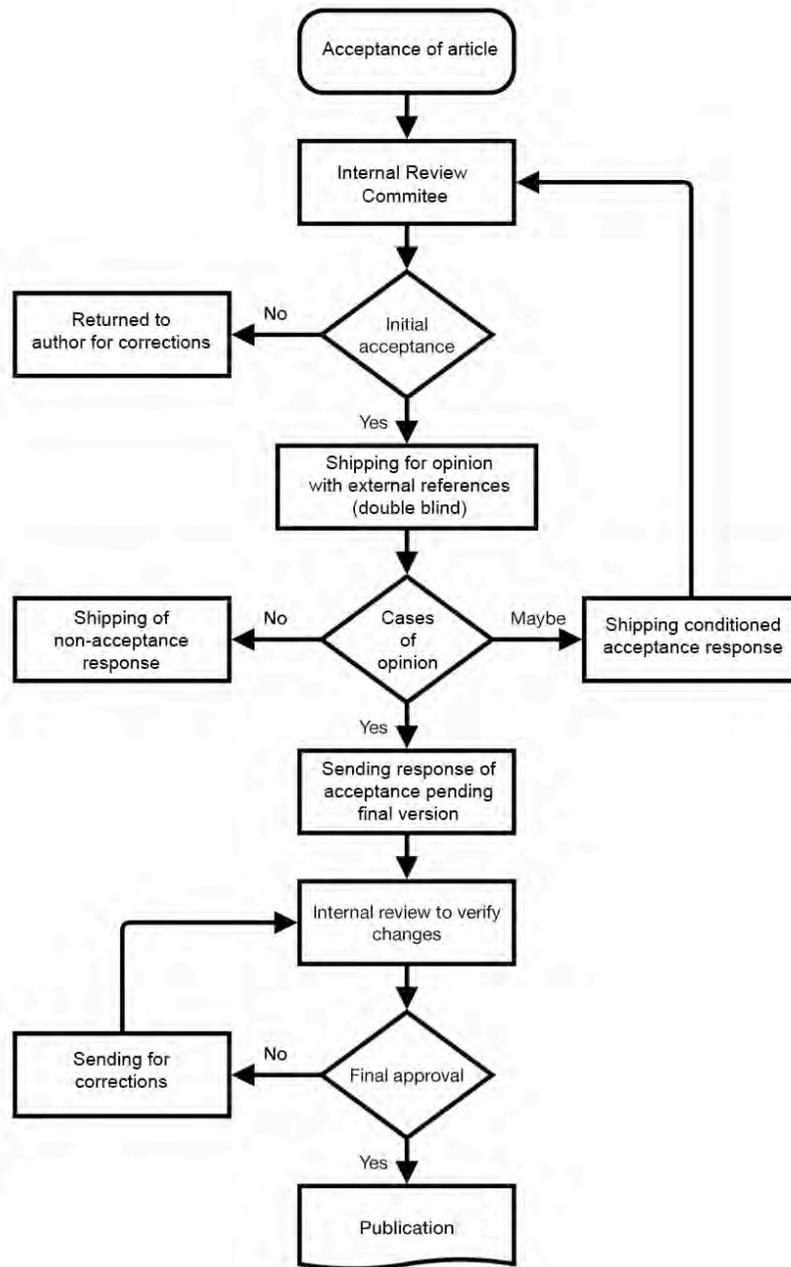
PROCESS FOR THE PUBLICATION OF THE ARTICLES

The Internal Editorial Board will be the first to evaluate the articles proposed for publication.

In case the article is approved, it will be sent for review to the experts that are part of the international portfolio of adjudicators under the double-blind modality. If there were discrepancies between the two reviewers, the article will be forwarded to a third opinion, which shall be the final one.

The Journal Editorial Board reserves the right to make changes to improve the style of the articles.

The process to be followed is detailed in the following flowchart:



REQUISITOS PARA RECEPCIÓN Y PUBLICACIÓN DE TEXTOS

Los textos propuestos serán originales e inéditos y deberán tener relación con el saber de la psicología. Se publicarán artículos científicos que puedan cubrir los siguientes formatos:

- Revisiones de literatura o ensayos con fundamento científico
- Artículos en donde se reporten resultados de investigación
- Artículos metodológicos
- Estudios de caso
- Reseñas de libros

Para que el texto pase por el proceso de dictamen se entregará una versión del mismo en formato electrónico (Word 97-2003 o superior). Sólo se recibirán colaboraciones por la vía del correo electrónico de la revista: **contacto@revistauricha.org**.

Los artículos deberán incluir al menos los siguientes elementos:

Título del trabajo	Indicar el título del trabajo tanto en español como en inglés. Se sugiere una extensión máxima del título de 20 palabras.
Autores	Incluir los nombres completos, especificando las adscripciones institucionales (sin abreviaturas). Indicar el país del que provienen dichas adscripciones. En una nota al pie de página, incluir el último grado académico de cada autor así como el correo electrónico del o de los autores (por lo menos de uno de ellos).
Resumen	Incluir resumen en español y abstract en inglés, con una extensión de 150 a 250 palabras cada uno. El resumen no debe contener citas. Lo mismo aplica para el abstract.
Palabras clave	Incluir entre tres y cinco palabras clave en inglés y español
Cuerpo del artículo	Las citas deberán hacerse siguiendo el estilo de la Asociación Americana de Psicología APA (www.apastyle.org). Lo mismo aplica para las leyendas de las tablas y figuras. Para los artículos que son reportes de investigación, artículos metodológicos y estudios de caso, se recomienda el formato IMRYD (introducción, método, resultados y discusión). Para las revisiones de literatura o ensayos críticos de carácter científico, la estructura general sería introducción, desarrollo (con diferentes subapartados) y conclusiones.
Lista de referencias	Elaborada de acuerdo a los criterios de la APA (www.apastyle.org). Las referencias se numerarán, para que pueda apreciarse el total de referencias que incluye cada artículo.
Anexos	Cuando se requieran, se podrán incluir anexos breves después de la lista de referencias.

Las versiones originales de los artículos deberán tener una extensión máxima de 20 páginas, en tamaño carta, incluyendo las notas y la lista de referencias; en el caso de las reseñas bibliográficas la extensión será de dos a diez páginas. Las páginas se redactarán a espacio y medio, y se utilizará la fuente Arial en 12 puntos con márgenes de 2.5 centímetros. Las excepciones a la extensión recomendada serán admisibles sólo en casos que se justifiquen y se aprueben por el Comité Editorial.

Las notas a pie de página emplearán numeración arábica. Las tablas, esquemas, cuadros sinópticos, etc., deberán incluirse en archivos separados en formato gif, jpg o bmp, con resolución de 300 ppp. Las gráficas deben enviarse en el formato en el que fueron creadas (preferentemente en excel) por si hay que hacer alguna adecuación de formato. Deberá estar debidamente identificado el lugar de su inserción en el texto.

Si se utiliza algún instrumento, invariablemente deberá hacerse referencia al autor o autores del mismo. Las referencias se presentarán al final del texto, siguiendo el formato de la APA (versión 2010) en cuanto a la organización de los elementos de la referencia y se numerarán, de manera que a simple vista pueda apreciarse el total de referencias que incluye cada artículo.

Todo artículo deberá ir acompañado de una carta responsiva cuyo formato se enviará a los autores junto con la versión final de su artículo. En ella se dará cuenta de los siguientes aspectos:

- Originalidad del trabajo de investigación realizado
- Afirmación de que el artículo no está siendo dictaminado por otra revista simultáneamente
- De la no existencia de conflicto de intereses de los autores

PROCESO DE DICTAMEN DE LOS ARTÍCULOS

Los artículos propuestos para publicación serán evaluados en primera instancia por el Comité Editorial Interno.

En caso de ser aprobados se enviarán a dos expertos integrantes de la cartera internacional de dictaminadores, bajo la modalidad de doble ciego. Si hubiera discrepancias entre los dos evaluadores, se remitirá a un tercer dictamen, el cual será definitivo.

El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de hacer cambios con el fin de mejorar el estilo de los artículos

El proceso a seguir se desglosa en el siguiente diagrama de flujo:

