

CONTENIDO

Sobre la comorbilidad de la ansiedad y las adicciones.

Mario Souza y Machorro



4

Geografía sexual de los adolescentes en situación de dificultad física e intelectual

Consuelo Hilario Reyes



41

Recuperación de información en niños con dificultades de aprendizaje escolar

Mucio A. Romero Ramírez, Norma Piedad Islas Rivera y Norma A. Ortega Andrade



91

DEL ORIGEN DE LA FAMILIA A LA CRISIS DE LA FAMILIA PATRIARCAL.

José Manuel Bezanilla, Ma. Amparo Miranda



120

COMITÉ EDITORIAL

Mtra. Amparo Miranda
Directora
amparo.miranda@peiac.org

Psic. Eduardo Contreras Merino
Director Científico
eduardo.contreras@peiac.org

Lic. José Alejandro Gamboa
Coordinador Editorial
rpublicas@peiac.org

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Dr. Marco Eduardo Murueta
Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología
UNAM Iztacala
PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL
México

Dra. Luz de Lourdes Eguiluz
Profesora Investigadora
UNAM Iztacala
Terapeuta familiar Clínica de Educación y Desarrollo
México

Dra. Ma. Emily Ito Sugiyama
Facultades de Psicología UNAM
México

Dra. María Antonia Padilla
Universidad de Guadalajara
Sistema Mexicano de Investigación en Psicología
México

Dr. José Antonio Virseda
UAEM
México

Dra. Ma. Teresa Fuentes
ITESO
Universidad del Valle de Atemajac
México

Dr. Juan Manuel Sánchez
Universidad Pedagógica Nacional
México

Mtra. Janett Sosa Torralba
Universidad Privada del Estado de México
México

Dr. Claudio Guerchicoff
Adicciones, Psicoterapia y Psicodrama
Argentina

Mtro. Gabriel Alejandro Álvarez
Universidad del Valle de México
Campus Hispano
México

Mtro. Eliseo Bautista
Coord. CEDH
Universidad del Valle de México
Campus Lomas verdes
México

Mtra. María del Valle Heredia
Universidad Católica de Cuyo
Argentina

Dra. Ma. Teresa Fuentes Navarro
Universidad Cuauhtémoc Guadalajara
México

Dra. María Amelia Reyes Seáñez
Universidad Autónoma de Chihuahua
México

Dra. Bettina Cuevas
Universidad Católica
Paraguay

Mtro. Nils Alfonso Puerta
Universidad Autónoma
"Juan Misael Saracho"
Bolivia

Mtro. David Alonso Ramírez
Poder Judicial, Corte Suprema se Justicia
Costa Rica

Dr. Victor del Carmen Avendaño Porras
Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa
México

Dra. Claudia Márquez González
Facultad de Psicología Universidad de Colima
México

Dr. Mucio Alejandro Romero Ramírez
Facultad de Psicología Universidad Autónoma del Estado de
Hidalgo
México

Mtra. Yenny Graciela Aguilera de Zarza
Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción"
Paraguay

Mtro. Juan Elías Campos García
Universidad del Valle de México Hispano
Proyecto Cuerpo FES Iztacala UNAM
México

Lic. Irma Liliana del Prado
Universidad Católica de San Juan
Argentina

Mtro. Juan Antonio Paez
Universidad del Valle de México
Lomas Verdes
México

Dr. Eric García
Universitat de les Illes Balears
Facultad de Derecho, Departamento de Criminología
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
España
México

Mtro. Ulises Delgado Sanchez
UNAM Iztacala
México

Mtro. Yan Carlos Ureñas
IDEAS
Colombia

Dr. Pedro Paulo Bicalho Gastalho
Universidade federal Do Rio de Janeiro
Brazil

Dra. María del Pilar Roque Hernández
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM
México

Dr. Pedro Antonio Sánchez Escobedo
Universidad Autónoma de Yucatán
México

Dra. Lorenza Escaldó Zardo
Universidad Complutense de Madrid
España

Dra. Judith Salvador Cruz
Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza UNAM
México

Dra. Teresa Fernández de Juan
Colegio de la Frontera Norte A.C.
México-Cuba

SOBRE LA COMORBILIDAD DE LA ANSIEDAD Y LAS ADICCIONES.

ABOUT THE COMORBIDITY OF ANXIETY AND ADDICTIONS

Dr. Mario Souza y Machorro¹

*El problema no está en la emocionalidad
sino en la conveniencia de la emoción y su expresión.*

Aristóteles

RESUMEN.

Es muy alto en número de personas con trastornos mentales, en el mundo que no recibe tratamiento. En materia de salud mental y adicciones la Organización Mundial de la Salud, el National Institute on Drug Abuse y Health Canada, entre otras muchas instituciones, han producido materiales educativos para colaborar a la instrucción de las personas afectadas desde sus distintos escenarios. Esta comunicación pretende contribuir a tales esfuerzos, como una revisión de la literatura que enfoca la coexistencia de Trastornos por Consumo de Sustancias y otros Trastornos mentales, a partir de la experiencia clínica y académica, a efecto de clarificar los conceptos sociales vigentes sobre el tema. Pretende asimismo, estimular un precoz reconocimiento y favorecer un mejor abordaje terapéutico, según los requerimientos de estas patologías y vigorizar la promoción de la red asistencial de tratamiento, indispensable para contener los destructivos alcances de estas enfermedades y sus complicaciones; favorecer la actualización del Personal de Salud y ofrecer una visión clara del estado actual de la materia.

Palabras Clave. *Ansiedad, adicciones, patología comórbida, Programas, Tratamiento.*

ABSTRACT.

Is very high the number of people with mental disorders (TM) in the world does not receive treatment. In mental health and addictions the World Health Organization, the National Institute on Drug Abuse and Health Canada, among many other institutions, have produced educational materials to help the education people have been affected its various stages. This communication aims to contribute to such efforts, as a literature review that focuses co-existence of Substance Use Disorders, and others from mental disorders since clinical and the academic experience, in order to clarify the existing social concepts on subject. It also aims to stimulate an early recognition and promote a better approach therapy, according to the requirements of these pathologies and invigorate the network promotion care treatment, which is essential to contain the destructive scope of these disease and its complications, encourage health personnel Update, and offer a clear view of the current state of the art.

Key words. *Anxiety, addictions, co-morbid diseases, Programs, Treatment.*

¹ *Médico Especialista en Psiquiatría (UNAM) y Psicoanálisis (UNAM-IMPAC). Maestrías en Psicoterapia Psicoanalítica (CIES-SEP) y Psicoterapia Médica (UNAM). Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior CIES/SEP. México. souzaym@prodigy.net.mx.*

RESUMO.

É muito elevado no número de pessoas com transtornos mentais no mundo quenão é tratada. Na área da saúde mental e vícios da Organização Mundial de Saúde, o Instituto Nacional de Abuso de Drogas e Saúde do Canadá, entre muitas outras instituições, têm produzido material educativo para auxiliar na investigação de pessoas afetadas de seus diferentes cenários. Esta comunicação pretende contribuir para esse esforço, como uma revisão da literatura centra-sesobre a coexistência de transtornos por uso de substâncias e outros transtornos mentais, a partir da experiencia acadêmica e clínica, a fim de clarificar os conceitos sociais existentes sobre o assunto. Também visa estimular o reconhecimento precoce e promover uma melhor abordagem terapêutico, comoexigido por estas condições e revigorar a promoção da rede de saúde para tratamento, essenciais para conter o alcance destrutivo dessas doenças e suas complicações, promover Funcionários Update Saúde e oferecem uma visão clara do estado actual do arte.

Palavras-chave. *Ansiedade, vícios, doençasassociadas, Programas, Tratamento.*

I. CLASIFICACIÓN.

Los Trastornos por Ansiedad son un grupo de trastornos que no obstante ser de una misma estirpe, ameritan varios apartados diagnósticos a causa de sus características distintas entre sí. Estos trastornos están representados por el Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG); el Trastorno por Ansiedad Social o Fobia Social (FS); la Fobia Específica (FE); el Trastorno de Pánico (TP), con y sin agorafobia (TPCA y TPSA); el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC);el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEP); el Trastorno por Ansiedad Secundaria a Enfermedad Médica (ASEM); el Trastorno por Estrés Agudo (TEA); el Trastorno de ansiedad Inducido por Sustancias (TAIS) y el Trastorno de Ansiedad propiamente tal. ¹

II. EPIDEMIOLOGIA.

El TA es uno de los trastornos más frecuentes de la patología psiquiátrica en la población general y de los TA, la fobia simple es la más común. Para dar idea del impacto de estas patologías, baste señalar que los TA tienen prevalencia de 10-50%; la más frecuente, la ansiedad social alcanza 13.3%. El TEP 7.8%, cuya cifra aumenta según sea el ambiente belicista que ocurra en determinadas regiones. ² El TAS es

tan común que 13% de los pacientes reportan síntomas que cumplen los criterios diagnósticos al efecto. El TEP, que a menudo no es reconocido adecuadamente por la sociedad ni los portadores, afecta a 7.8% de la población total y 12% de las mujeres, en quienes es más frecuente, lo mismo que su comorbilidad depresiva;³ y según la edad, promueve patología psiquiátrica a causa de la menopausia.⁴ En las víctimas de trauma de la guerra, el trastorno alcanza 20%. Los TA pueden tener una menor prevalencia de por vida; los TAG y el trastorno de pánico (TP) tienen tasas de prevalencia a lo largo de la vida de 5% y 3,5%, respectivamente. Entre los TP, 40% cumplen los criterios diagnósticos para el Trastorno por agorafobia. Otro trastorno a menudo infra diagnosticado, el TOC, se encuentra en 2,5% de la población, sin haber variado con el tiempo en los últimos decenios.⁵ Los TA, -en especial las fobias sociales y las simples-, parecen tener un comienzo temprano en la adolescencia con un potencial de consecuencias serias, predisponiendo a aquellos afectados a una mayor vulnerabilidad, a sufrir TD severo y TCS.⁶ La comorbilidad de los TA con alcoholismo es de 51.9% en hombres y 27.9% en mujeres y la comorbilidad con drogas ilegales es de al menos 34.5%.⁷ Es importante señalar que cuando el TEP ocurre a la par de la patología adictiva aumenta los síntomas del TEP, la comorbilidad de los Ejes I y II del DSM-IV-TR,¹ los problemas médicos y psicosociales, las recaídas de consumo y la refractariedad al tratamiento.⁸ Ahora bien, si se le asigna tratamiento adecuado y la sintomatología remite, ésta influye en la mejoría de TCS, lo cual es especialmente importante en los casos de manejo de adicciones en adolescentes.⁹ La comorbilidad del TP con TCS es de 36% y se ha demostrado que ocasiona mayor riesgo que un TP no comórbido. Pero si el TCS precede al TP –situación que suele ocurrir en forma más frecuente que viceversa-, con abuso/adicción a cocaína, anfetamina, cafeína, alcohol, abstinencia de alcohol y ansiolíticos benzodiazepínicos, pueden precipitarse ataques de pánico. De hecho, el TP inducido por cocaína tiende a prolongarse aún después de dos semanas de abstinencia. Por otra parte, el TCS con TAS tiene una comorbilidad de 8% a 56%. Se sabe que 13.9% de los pacientes adictos a cocaína consume otra sustancia concomitante, como alcohol, la más común de ellas. En muchos de tales casos la FS

precede al TCS.¹⁰ Y aunque los factores de riesgo genéticos aún no se conocen con precisión, se sabe de la presencia de cierto grado de predisposición genética en dos grandes grupos formados por el TP y la agorafobia, y el del TAG y el de las fobias.¹¹

I.i Prevalencia de la comorbilidad.

Estudios internacionales revelan que la comorbilidad de TCS, es decir el abuso y la dependencia a sustancias, ocurre de 70-80% en los pacientes con esquizofrenia,¹² en más de 60% en los pacientes con Trastorno Bipolar¹³ y en más de 70% en los Trastornos de Personalidad severos,¹⁴ con cifras mayores a 30% en TA y TD.¹⁵ De igual forma, ocurre con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).¹⁶ Otra investigación revela que la edad media del comienzo de los TA es a los 16.4 años y de FS a los 11.6 años, pero entre individuos con TD severo ocurre antes que la edad de inicio de la depresión severa (23.2 años) y los TP. En comparación con los T. de carácter o afectivos que alcanzan 8.3% y TCS 16.7% de los adultos de E.U. -país donde se realizaron los estudios- uno o más TM/TCS fue encontrado en 32.7% de la población.^{13,17} El estrés es un factor de riesgo conocido para muchos TM y proporciona un probable nexo común entre la enfermedad neurobiológica, los procesos de la patología adictiva y otros TM. La superposición de las áreas del cerebro involucradas en TCS y otras enfermedades mentales, sugiere que los cambios cerebrales derivados de uno pueden afectar al otro. De hecho, el abuso de drogas -con o sin dependencia-, previo a ciertos TM, ha sido ubicado por algunos autores en el contexto escolástico denominado de las Relaciones Objetuales.¹⁸ Los síntomas de la primera enfermedad mental parecen producir cambios en la estructura cerebral y disparar una tendencia subyacente a desarrollar la enfermedad mental actual. Cuando el TM desarrolla los primeros cambios sobre la actividad cerebral, podría aumentar la vulnerabilidad a las sustancias y facilitar ciertos efectos positivos, la reducción de la conciencia de los efectos negativos o mitigar los efectos desagradables asociados con los TM e incluso con los psicofármacos utilizados para tratarlos.

II. PATOLOGÍA COMÓRBIDA O DUAL.

La patología comórbida (PC) llamada Dual a causa de tal coexistencia,¹⁹ es reconocida por la mayoría de los clínicos como un síndrome grave que reúne TCS y otros TM, que comparten posiblemente mecanismos y sustratos cerebrales comunes.²⁰ Reciente investigación en neurociencias viene aportando conocimiento que lamentablemente se traslada de modo muy lento a la clínica diaria para el beneficio de los pacientes. Y si bien son factores sociales los que ponen en contacto a la población con las drogas y sus consecuencias, son los factores individuales, genéticos, biológicos, de personalidad y otros TM, los que determinan la aparición de TCS en su carácter individual y comórbido. Dicha comorbilidad es una realidad clínica asistencial que hace que no se pueda obviar en ningún plan estratégico de Salud Mental destinado a la comunidad.²¹ Por ello, es conveniente de cara a la sociedad y entre los profesionales del ramo, diferenciar pertinentemente por ejemplo, entre uso y abuso del alcohol y otras drogas, de los síndromes de dependencia o adicciones que se acompañan casi siempre de PC.²²

El diagnóstico y tratamiento de TCS, incluso el alcoholismo (nombre preferentemente destinado a tipificar la dependencia al etanol),⁸ incluye en ciertos casos y para algunos investigadores, a las ludopatías y otras patologías más relacionadas con la falta de control de los impulsos que con la interacción neuroquímica cerebral y las drogas. Cabe señalar que los trastornos del control de los impulsos –como se clasifican en la actualidad–, aunque muestran fisiopatología semejante, no son en estricto sentido parte de la patología adictiva, como ocurre en el caso de la dependencia a sustancias psicotrópicas. Según la opinión de varios autores, la PC debe considerarse dentro de las patologías mentales graves²³ y resistentes a los tratamientos convencionales, es fundamental para la salud pública y específica para salud mental, ya que incluye a un amplio grupo de pacientes con una mala evolución, pobre calidad de vida, elevada morbi-mortalidad y un consumo elevado de recursos de salud y sociales.

En México la insuficiencia profesional, la preparación inadecuada e inexperiencia en el abordaje de los casos de adicciones con patología mental simultánea, así como la

escasez de recursos humanos y materiales,²⁴ son todavía, deficiencias que hacen imprescindible una política interinstitucional federal para la concertación de actividades terapéutico-rehabilitatorias destinada a la atención de los pacientes, una vez que rebasan el nivel siempre deseable de la prevención.²⁵ Según datos oficiales,²⁶ la magnitud actual del problema hace indispensable una adecuada participación profesional noso-propedéutica, farmacológica, psicoterapéutica y rehabilitatoria a largo plazo del paciente y sus familiares.²⁷⁻²⁹

II.i Psiquiatría de las Adicciones.

Desde la perspectiva de la *especialización médica y psiquiátrica de las Adicciones*³⁰ debe *reconsiderarse* la patología adictiva y su comorbilidad, pues reúne los elementos de: magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad que lo definen como problema de salud pública. En consecuencia, deben rechazarse la iatrogenia, la cultura de auto prescripción y el estigma social que causan incompreensión, maltrato y/o rechazo a los pacientes.^{31,32} De modo que los procedimientos correctivos y rehabilitatorios han de dirigirse a invalidar la improvisación; proponer mejores perspectivas diagnósticas y terapéuticas, en términos de su diseño y costo - efectividad. Han de desarrollarse modelos de control del consumo más eficaces para la reducción de su impacto individual y social³³ y diseñar, producir y actualizar las medidas clínicas y educativo-preventivas a través de la producción, diseminación oportuna de información veraz, capaz de persuadir a la comunidad acerca de la importancia de generar materiales educativos adecuados; promover la investigación clínica de pacientes y familiares; fomentar la difusión social de información verídica y el conocimiento clínico en el tema a partir de su desmitificación.³⁴ Todo ello en espera de vigorizar la acción preventiva, terapéutica y rehabilitatoria de la enfermedad adictiva, sustentada en la educación para la salud comunitaria y la formación humanista del PS,³⁵ que dediquen su actuación comprometidos con la sistematización del conocimiento contemporáneo en el marco de la normatividad en el país.³⁶

III. SITUACIÓN ACTUAL.

En el país aún no se ha establecido una red de tratamiento integral para las adicciones, si bien este tipo de atención se encuentra mal sistematizada y funcionando, contempla tantas peculiaridades asistenciales entre los diversos centros de tratamiento que la constituyen, que no conforma un sistema de abordaje adecuado para los pacientes con adicciones. Su escasa coordinación con los servicios de salud mental los hace aún *sui generis*.³⁷ Por otro lado, la existencia de múltiples dispositivos y programas destinados a actuar sobre un mismo paciente, requieren de una precisa delimitación de sus responsabilidades, para no interferir entre sí y hacer inapropiada la atención de los casos.³⁸ De hecho, la situación actual de ambas condiciones asistenciales -profesionales y paraprofesionales-, es tan heterogénea³⁹ que no permite una red estructurada de servicios de Salud Mental a nivel nacional, con adecuadas estrategias específicas ni planes de acción para el tratamiento de la patología adictiva y comórbida⁴⁰ salvo en algunas comunidades en las que cierta grado de integración logra darse. Un elemento que refleja el estado de contacto a tratamiento de los pacientes que buscan tratamiento es la proporción de casos que hacen contacto de tratamiento en el año de inicio del trastorno, el cual varía de 0.8-36.4% para los TA, de 6.0-52.1% para los TD y de 0.9-18.6% para TCS. A lo largo de 50 años, la proporción de casos de contacto de tratamiento varió de 15.2-95.0% en los TA, de 7.9-98.6% en los TD y de 19.8-86.1% en TCS. El promedio de retrasos para hacer contacto osciló de 3.0- 30.0 años en TA, de 1.0-14.0 años en TD y de 6.0-18.0 años en TCS.⁴¹ Es decir, los pacientes tardan mucho tiempo en alcanzar algún tipo de manejo para su problema y éste no es necesariamente el profesional. En otros países como España, ciertas comunidades han desarrollado acciones específicas principalmente en las redes de drogas. El Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, España ha ido diversificando los servicios y programas, con el fin de adaptar la atención a las necesidades de los pacientes.⁴² Entre los centros que presentan una mayor dificultad para la adaptación a tratamiento, se encuentran los pacientes con PC debido a su propia condición. El

número de ellos tratados en la Red de Drogo-dependencias creció a partir de que mejoró la formación de los profesionales adiestrados.⁴³ Los pacientes comórbidos tienen dificultades para ser valorados y diseñar su intervención, como la complejidad del diagnóstico, la dificultad para prever la sintomatología y evolución del paciente, la implementación de estrategias terapéuticas combinadas y un peor pronóstico en tratamiento ambulatorio.⁴³ Todo ello generó la necesidad de desarrollar dispositivos específicos^{19,21} que permitieran estabilizarlos y facilitar una buena evolución posterior al manejo. Los recursos asistenciales especializados en diagnóstico y atención a estos pacientes requieren de un proceso de contención y estabilización intensivo que facilite la buena evolución a largo plazo.^{44,40} Dado que existen dificultades para hacer el diagnóstico de la comorbilidad, la alta tasa de comorbilidad entre TCS y otros TM debe instar al desarrollar un enfoque global de la intervención que identifique y evalúe cada trastorno al mismo tiempo, proporcionando el manejo adecuado cuando se requiere.^{45,46} a efecto de que los pacientes que inician un tratamiento para TM sean evaluados para TCS y viceversa.^{47,48,8}

III.i Dificultades operativas.

El diagnóstico exacto es complicado por la similitud entre síntomas de la patología adictiva (síndromes de intoxicación y abstinencia) y los de los potenciales TM comórbidos. Por tanto, los pacientes abusadores/adictos que ingresen a tratamiento, pueden requerir de un período breve de abstinencia con el fin de distinguir entre los efectos de la sustancia, su cuadro de intoxicación/abstinencia y los síntomas de la comorbilidad u otros TM. Esta práctica permitiría un diagnóstico más preciso y un tratamiento más específico. No obstante, la recomendación de iniciar tratamiento simultáneo de las condiciones comórbidas, puede representar una difícil actuación para el clínico.^{44,48} Los pacientes con TCS y TM a menudo presentan síntomas más persistentes, graves y resistentes al tratamiento en comparación con los pacientes de un solo trastorno. Sin embargo, los progresos constantes realizados a través de investigación sobre las nuevas opciones de tratamiento para la PC o lograda a través de la investigación en servicios, favorecen su detección y aplicación en una gran

variedad de entornos, incluyendo los sistemas penales. En México es difícil obtener información sobre las actividades de promoción y prevención de la PC. La búsqueda de ensayos clínicos, meta-análisis y guías o manuales para su manejo revela una muy escasa producción en los últimos años, no obstante de que se viene señalando esta necesidad en la literatura profesional de manera sistemática desde hace varios decenios. Pese a ello, la condición de México,³⁰ guarda cierta similitud con el estudio Epidemiológico sobre la prevalencia de PC o Patología Dual realizado en la Comunidad de Madrid. Sus resultados indican que 25% de los pacientes que consultan en una unidad de Salud Mental, padece PC y esta proporción aumenta a 63% si los pacientes acuden a unidades de tratamiento en adicciones, señalándose así una alta prevalencia de PC de 53% en la población que demanda asistencia por TM en la red pública asistencial de salud.⁴³

IV. COMORBILIDAD.

La relevancia de la comorbilidad estriba entre otros datos de investigación, en que en el TDAH, los adolescentes afectados muestran mayor riesgo de desarrollar TCS (síndromes de intoxicación y abstinencia o abuso), que otras personas de la población general, estimado en más de 30%, invocándose en ello ciertos factores genéticos psicofamiliares y de automedicación.⁴⁹ Además, se debe tener en cuenta la presencia de enfermedades primarias crónicas o agudas coexistentes con la patología adictiva (abuso o adicción), las cuales pueden o no haber sido causadas por TCS, siendo necesario identificarlas para asignar un correcto manejo. Distintos TM pueden reconocerse como parte del complejo sintomático de TCS, pero algunos se presentan más a menudo que otros, sin que se haya podido establecer completamente la causalidad en cada uno, tal como ocurre en el caso de la patología de la personalidad.

IV.i Trastornos de la personalidad.

Se trata de un grupo de trastornos importantes a causa de sus alcances de afectación personal, familiar y social, frecuentemente asociados a TCS. Estos

trastornos, que representan una variedad de modalidades (*paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, limítrofe, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo y no especificado*) son un diagnóstico psiquiátrico habitual que complica el manejo de los pacientes con TCS. Paradójicamente no por ello se establecen mejor sus diagnósticos en las instituciones asistenciales. De hecho, el T. de personalidad, afecta a un porcentaje importante de la población que oscila entre 50-90%. Por su condición particular, se han reunido en el grupo B del DSM-IV-TR.¹ relacionado con la falta de control de los impulsos el cual reúne un porcentaje no menor a 50%. Secundariamente, pero mucho menos frecuente, se concentran en el grupo A (destinado al Grupo esquizotípico), donde las cifras varían de 15-20%.

IV.ii Trastornos del control de los impulsos.

Por su parte, este grupo de trastornos también puede vincularse al consumo de sustancias, representando así, una constante en la práctica clínica y, con frecuencia, cuestionan el carácter independiente del TCS derivado de su clasificación como entidades separadas, debido a ciertas características que los diferencian, pese a sus semejanzas. La asociación de TCS en la ludopatía es frecuente lo cual se refleja en cifras que alcanzan 50%, así como en la cleptomanía, el Trastorno por Atracón y el de las compras compulsivas. Asimismo, destacan de manera relevante los TD en la patología adictiva como trastornos comórbidos, con cifras importantes aunque variables entre 20-60%. En consecuencia, los T. del afecto o bipolares, considerando las modalidades clínicas de este trastorno, alcanzan prevalencia de 1.3-5% y llama la atención que de ellos, 15% mueren por suicidio. Entre los pacientes con TCS esta cifra probablemente pueda duplicarse, dado que muchos de tales incidentes autolesivos se diagnostican simplemente como “sobredosis accidentales”.

IV.iii Trastornos afectivos.

Se ha documentado que el TD incrementa la vulnerabilidad de la persona a desarrollar TCS. Los argumentos para explicarlo incluyen: La presencia de estrategias limitadas de afrontamiento de problemas; problemas de autoestima que

impiden una actuación adecuada frente al stress de la vida diaria y a la patología adictiva; las frecuentes distorsiones mentales cognitivas debido al estado depresivo; el bajo nivel de energía que prevalece en estas personas como parte del TD; pobre motivación derivada de la afectación y su impacto en el control de la voluntad y deterioro en el funcionamiento psicosocial y laboral debido al intento de uso de las sustancias psicotrópicas del trastorno afectivo, vía automedicación.⁵⁰

IV.iv Esquizofrenia.

Por otra parte, se hace importante señalar que la Esquizofrenia es uno de los cuadros mórbido más severos y consistentes a lo largo de la vida en quienes la padecen. La conocida comorbilidad entre ambos trastornos es de al menos 47% en algún momento a lo largo de su vida -sin incluir la nicotina-, lo cual requiere dada su evidente carencia, del establecimiento de unidades ad hoc.^{51,52} Considérese que casi 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con patología adictiva y 5% de los alcohólicos hospitalizados sufren esquizofrenia.

La combinación de esquizofrenia y TCS favorece un aumento en el riesgo de hospitalización, estancias hospitalarias más frecuentes y de mayor duración, peor cumplimiento con la terapia farmacológica, estar en contra de los consejos médicos, recaída y otros gastos adicionales. De modo que los pacientes portadores de este doble diagnóstico tienen más probabilidad de ser vagabundos, a un lado de que suelen correr los riesgos de las interacciones entre las medicaciones antipsicóticas y la sustancia a la que son adictos.

Asimismo, estos pacientes, tienen mayor riesgo de suicidio y de cometer crímenes violentos y raros. Además, pueden agravar el cuadro psicopatológico debido a que una vez que son desinstitucionalizados adquieren más probabilidades y más oportunidades de consumir drogas que aquellos que permanecen hospitalizados.

En adición, los pacientes esquizofrénicos con TCS (alcohol o drogas) muestran mayor riesgo de padecer Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA),

tuberculosis, septicemia y cirrosis hepática, entre otras patologías. Por ello se hace imprescindible persuadirlos al igual que a sus familiares para que cumplan puntualmente el tratamiento, lo cual deviene una tarea difícil por muchos conceptos, en particular porque tienen problemas con las figuras de autoridad.⁵³ Además, la condición señalada se complica cuando la paranoia y la psicosis forman parte del cuadro clínico. La esquizofrenia comórbida al TCS o viceversa, no solo agrava sino que cambia el curso típico de ambos trastornos dificultando el cumplimiento y produciendo peores resultados.^{54,55,12}

V. ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS.

De manera paralela, precisa señalar que no se han determinado aún los mecanismos fisiopatológicos definitivos de la PC, pero los síntomas de ansiedad y los trastornos que resultan, incluido el TCS, pueden deberse a la modulación interrumpida en el SNC que haga de “gatillo disparador” e incluso de mantenimiento a la condición mórbica que se señala. Las manifestaciones físicas y emocionales de esta disregulación son resultado del aumento de la excitación simpática, a diversos grados. Al respecto, varios sistemas de neurotransmisión han sido implicados en uno o varios de los pasos involucrados de tal modulación. Los más comunes se consideran los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico en los que se sospecha una subactivación serotoninérgica y una sobre activación noradrenérgica.^{56,57} Y dado que estos sistemas regulan y son regulados simultáneamente por otras vías y circuitos neuronales en diversas regiones del cerebro (locus coeruleus y las estructuras límbicas), se produce una disregulación de la excitación fisiológica y la experiencia emocional derivada de tal excitación. Además, la interrupción del sistema del ácido gamma-aminobutírico (GABA) también ha sido implicada, a causa de la respuesta de muchos de los TA, corroborados por el éxito de su manejo con ansiolíticos benzodiazepínicos.⁵⁸

En adición, existe cierto interés en el papel de la regulación de los corticosteroides y su relación con los síntomas de miedo y ansiedad. Éstos aumentan o disminuyen la actividad de ciertas vías nerviosas, que afectan no sólo el comportamiento bajo

presión, sino también el procesamiento cerebral del miedo y la inducción de estímulos. Pero a pesar de una predisposición genética para desarrollar un TA, es probable que ciertos factores de estrés ambiental jueguen también un papel en diversos grados. Todos los TM se afectan de alguna manera por estímulos externos, cómo se procesan y cómo reacciona la persona a ellos.⁵⁹

Los pacientes con TA son más sensibles a los cambios fisiológicos que los pacientes sin ansiedad y el TP los hacen ser más sensibles.⁶⁰ Tal sensibilidad lleva a la disminución de la flexibilidad autonómica, que puede derivar del procesamiento de información defectuosa en quienes son propensos al trastorno⁶¹

VI. SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO.

En relación con la sintomatología que establece el diagnóstico de PC, cabe destacar que la experiencia subjetiva de malestar que acompaña a los trastornos del sueño, la concentración diaria y el funcionamiento social o laboral y otros síntomas, son comunes en muchos TA. No obstante, las similitudes entre los trastornos a menudo difieren tanto en la presentación como en su curso e impactan de modo especial el tratamiento. Los pacientes a menudo presentan quejas de mal funcionamiento y fallas en la salud física como principal preocupación, lo que puede enmascarar los síntomas de ansiedad subyacente, como en los ataques de pánico. El trastorno comórbido en ocasiones se complica con crisis de agorafobia.¹ El TAG raramente ocurre sin un TM comórbido, y el paciente experimenta preocupación constante de al menos 6 meses, en múltiples áreas de su vida. El TAS se muestra en crisis de miedo y la fobia social en situaciones sociales que llevan a la evitación de la interacción social. La fobia específica muestra síntomas y conducta similares, pero es provocada por un objeto o situación específica. Otras modalidades del TA como el Trastorno de Estrés Agudo, TEA y el TEP se producen tras de experimentar un evento traumático con excitación fisiológica posterior frente a estímulos que evocan los recuerdos del evento, evitación de estímulos tales, y un temor de volver a experimentar el evento.

El TEA se produce en el momento de, y poco después del evento, y el TEP representa la versión crónica de la enfermedad. El TOC se caracteriza por la comisión de compulsiones como actos repetitivos que se destinan a tratar de reducir la ansiedad relacionada con pensamientos intrusos no deseados u obsesiones. Se observan conductas de limpieza o lavado en respuesta a las preocupaciones acerca de la contaminación o de corroboración sistemática.⁶² que lleva a la duda obsesiva.⁶³ Al efecto, precisa destacar que el TA se diagnostica sólo al reunirse los criterios al efecto y a menudo se complica por la presencia de otros TM; 60% de los enfermos con TAG presentan TCS; el TP y el TD mayor son los más comunes. El TP es a menudo comórbido de abuso de alcohol, que tiene mayor riesgo de suicidio. La agorafobia se relaciona frecuentemente con TP con tasas de comorbilidad de 40%.⁶⁴ Muchos de estos trastornos tienen superposición de sintomatología, que reclama cierta habilidad clínica para explorar diversas líneas de interrogatorio que aclaren el diagnóstico primario.²² En tal dirección, conviene enfatizar que el foco de la ansiedad y la preocupación no se limita a las características de un trastorno del Eje I, como pasarla mal en público (fobia social), temor contraer una enfermedad (TOC), estar lejos de casa o parientes cercanos (TA por separación), temor a engordar (anorexia nervosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (T. de somatización) o padecer una enfermedad grave (hipocondría). Lo esencial para establecer un diagnóstico es una historia clínica completa y acuciosa.⁴⁸ A menudo se requiere de corroborar los datos con amigos y familiares pues a menudo se pasa por alto la calidad de vida subjetiva del paciente.

Es importante realizar un estudio médico completo al evaluar un paciente con síntomas de ansiedad.⁶¹ El diagnóstico diferencial puede requerir de descartar varias causas orgánicas (disfunción endocrina, intoxicación o abstinencia, hipoxia, alteraciones metabólicas y trastornos neurológicos) así como otros TM comórbidos: depresión grave, trastorno bipolar, esquizofrenia prodrómica, trastorno delirante, trastorno de adaptación y otros estados transitorios o estables pueden imitar la sintomatología de la ansiedad, que se aclararía una entrevista adecuada, una historia

clínica ex profeso y una revisión básica de laboratorio (hormona estimulante de la tiroides, toxicología en orina, ECG, hemograma completo y panel metabólico).⁶⁵ En consecuencia, precisa señalar que los TA son comunes, pero encontrar una causa médica subyacente es inusual. Las condiciones psiquiátricas comórbidas que simulan o agravar los TA tienen distintas modalidades y escenarios clínicos.

En todos los pacientes con TM la psicoeducación juega un papel preponderante,⁶⁶ pero en los casos de TA solos o comórbidos, es aún mejor.⁶⁷ Esta importante actividad debe extenderse siempre a la familia, siendo ésta una porción destacada de la educación en salud mental destinada a la comunidad. Como es fácil confundirse con los síntomas y estos suelen ser floridos y cambiantes, muchas personas encuentran mejoría al saber que su médico los comprende y ayudará en lo sucesivo, pues existen distintas maniobras y procedimientos para controlar la PC. De inicio, el paciente debe recibir un estudio diagnóstico completo que analice su condición médica y psiquiátrica: examen físico, estudios de laboratorio y gabinete indicados.⁶⁸ Descartada la condición médica, el desarrollo de una alianza de trabajo propicia una relación terapéutica para el mejor manejo de los recursos asistenciales⁶⁹ y contribuye a eliminar el estigma.⁷⁰

VII. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

La combinación de farmacoterapia y psicoterapia, diseñadas siempre de modo individual, se recomienda en todos los TA con TCS.⁷¹ La terapia cognitivo-conductual, TCC, brinda de inmediato un apoyo intenso, pero requiere un compromiso del paciente con el tratamiento.⁷² Su eficacia depende de la habilidad del terapeuta y la duración de la terapia. Se conocen tasas de respuesta de casi 80% en pacientes con TP que mantienen su tratamiento de 12-15 semanas⁷³ basadas en la adecuada preparación del PS.⁷⁴ Los estudios confirman que en comparación con los pacientes que reciben tratamiento usual, los pacientes que reciben la combinación de TCC y farmacoterapia, duplican la tasa de remisión.⁶⁴ De manera complementaria, la farmacoterapia del TA a base de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como fármacos eficaces y bien tolerados, promueven

tasas de respuesta más altas en el TP, TOC, TEP, TAS y TAG.⁷⁵ Todos ellos (fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, paroxetina y sertralina) son benéficos contra esta patología e incluso favorecen la recuperación clínica en la PC, aunque -según sea el trastorno asociado-, pueden no ser los fármacos de elección o requieran de combinarse con otros psicofármacos.⁷⁶ En todos los TA, la medicación debe iniciarse con dosis baja hasta titular niveles terapéuticos para evitar una exacerbación de la ansiedad inicial y el abandono del tratamiento o la aparición de conducta agresiva.⁷⁷ Los ansiolíticos benzodiazepínicos siguen siendo útiles en el manejo a corto plazo de los síntomas hasta que una reducción aceptable de los síntomas permite iniciar y mantener el ISRS, la TCC o incluso ambos.⁷³

La comorbilidad psiquiátrica de estos trastornos tiende a aumentar la probabilidad de afectar la recuperación y perder calidad de vida,⁷⁸ así como de aumentar las tasas de recurrencia y TA.^{65,79} De ahí que siempre haya que considerar el diagnóstico de ambas entidades al inicio de la actividad clínica.⁸ Tal es el caso de TA y la PC.⁴⁰ Uno de los principales obstáculos al manejo de la PC es el limitado conocimiento del PS en terapéutica psiquiátrica comórbida. Los profesionales de la salud mental tienden demasiado a enviar a las personas que sufren PC a los centros de tratamiento de adicciones y el personal de estos centros los envía inmediatamente de regreso o viceversa. Lamentablemente hoy día en algunos países como España, Italia, Grecia, Eslovenia y México los pacientes pueden quedar excluidos de los tratamientos de TCS debido a sus TM, lo que a la luz de experiencia y las recomendaciones técnicas, es tan inadecuado como lamentable,⁴³ pues todos los TA muestran tendencia significativa hacia la cronicidad, no obstante, ésta puede frenarse cuando se obtienen buenos y consistentes resultados en el manejo, la educación del paciente y de sus familiares.⁶⁸

Los pacientes con inicio precoz de su sintomatología (infancia o adolescencia) pueden alcanzar un curso más crónico y son más difíciles de tratar. En ocasiones ciertos trastornos como TE y TP, hacen a los pacientes mostrar una remisión espontánea o bien pueden éstos aprender a funcionar un tanto mejor cada vez, a

pesar de los síntomas. Lo deseable, en todo caso es que se acorte propositivamente el lapso de resolución de los síntomas para mejorar el pronóstico de cada caso. De ello se desprende la conclusión de que las tasas de respuesta se alcanzan más fácilmente y se mantienen por más tiempo cuando la PC es baja o bien se han atacado ambas patologías a la vez, como recomiendan los estudios en la materia.^{8,67}

VII.i Tipos y características de tratamiento.

Datos internacionales respecto de las estructuras de tratamiento de la PC describen tres modelos de atención:

1) *Secuencial o en serie*, manejo consecutivo con muy poca comunicación entre los servicios.

2) *Paralelo*, atención simultánea de ambos problemas. Los servicios para adicciones y los de salud mental se acuerdan actuar en forma paralela. Ambos tratamientos se cubren mediante enfoques terapéuticos distintos y el modelo médico psiquiátrico podría entrar en conflicto con la orientación psicosocial de los servicios contra adicciones.

3) *integrado*, el manejo se sigue en un servicio psiquiátrico o de adicciones o en un programa o servicio específico para PC.^{78,79} El manejo de estos pacientes requiere una evaluación diagnóstica profunda y exhaustiva, con técnicas multimodales, basadas en el diagnóstico longitudinal.⁸⁰⁻⁸² Acto seguido, la farmacoterapia - sustitutiva o antagonista-, en relación con la droga de uso o con psicofármacos, se vincula al diagnóstico del TM concomitante. La psicoterapia marital o familiar⁸³ y grupal coadyuva a la individual con técnica TCC^{20,79,84,85} o en su caso, si las condiciones del paciente lo permiten, en algunos casos, la terapia psicodinámica.⁸⁶ La rehabilitación psicosocial, elemento decisivo del mantenimiento de los logros alcanzados en el manejo inicia y posterior,⁸⁷ tiene muchas dificultades a librar para consolidar el avance terapéutico. Debe tenerse en cuenta que la mayoría de los pacientes con PC son difíciles de enganchar por las frecuentes recaídas de consumo, a un lado del TA que presente y de la concomitancia clínica entre ambos,

los cuales funcionan como disparadores auto-recursivos. Por tanto, deviene fundamental, el trabajar consistente y prolongadamente sobre la motivación al tratamiento.^{27,88}

El punto central de la terapéutica es que el paciente acepte y colabore en el tratamiento del TM y a la par el TCS, que no suelen distinguir. Los pacientes afirman que las sustancias consumidas –legales o ilegales-, son para el “control de la ansiedad los malestares de la abstinencia y las recaídas”.⁴⁰ Por tanto, el PS debería verlas como aliadas del auto tratamiento, subestimando los daños que provoca tal automedicación, los resultados obtenidos de las intoxicaciones voluntarias e involuntarias sufridas y que –en especial las drogas ilícitas-, no son sustancias de uso terapéutico, aunque así quieran verse. De ello se desprende la necesidad de tomar precauciones respecto del tipo de paciente que iniciará tratamiento de PC. Los pacientes psicóticos requieren manejo más flexible por su alta vulnerabilidad; dado que no les favorece la hiperestimulación, ni la misma intensidad y severidad de los programas habituales. Ello se fundamenta en la recomendación de la OMS respecto de la individualización de los pacientes y el diseño personal de la terapéutica a recibir.

VII.ii Prevención de recaídas.

Como no existen por ahora marcadores biológicos específicos para la detección de la ansiedad anticipada y ninguna investigación muestra que los medicamentos actuales sean eficaces en su uso preventivo, se enfatiza la detección de factores de riesgo específicos, como antecedentes familiares psiquiátricos y TCS comórbido.^{77,89} Se colige de todo lo anterior que la calidad general de la atención prestada a los pacientes con TM y TCS continua siendo deficiente. Ello sin contar con diversificación de la comorbilidad, el suicidio y mayores tasas de morbilidad por enfermedades médicas, situación que impulsa a realizar mejores estudios clínicos y detectar precozmente los TCS a través de la metodología clínica, cuya característica sea el tratamiento precoz y agresivo contra esta enfermedad.⁹⁰ Dadas las altas tasas de mortalidad debido a la comorbilidad médica y psiquiátrica así como el suicidio, es

esencial reunir toda la información posible que facilite un mejor tratamiento y considerar simultáneamente las condiciones de las poblaciones especiales, como los abusadores-adictos a sustancias, los que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras enfermedades respiratorias, las que presentan las pacientes embarazadas y en especial las de los ancianos.⁵⁰ La combinación terapéutica de farmacología y psicoterapia ayuda a prevenir las recaídas y mejora las tasas de recuperación si se mantiene por 12 meses o más. Los riesgos de recaída deben discutirse con el paciente y estar alerta a situaciones que producen o disparan la sintomatología. Si existe recaída, se debe reinstalar el tratamiento, razón por la cual muchos pacientes y terapeutas están de acuerdo en asignarlo de manera indefinida para mantener control de la remisión de los síntomas.^{5,31} Para muchos de ellos la meta terapéutica es reducir al máximo la sintomatología sin pretender la remisión completa, lo cual, si se comprende bien la calidad y tipo de trastorno, es un resultado aceptable.⁹¹

VIII. ESTRATEGIA Y ACCIONES PARA SU CONTROL.

Si en forma aislada el TA o el TCS representan al PS casos complejos, su coexistencia es aún más grave. Ésta debe observarse en forma conjunta para proceder de manera integral y simultánea con todos los recursos terapéuticos disponibles contra el problema actual y sus repercusiones a largo plazo. De ahí que se planteen recomendaciones para sus distintas vertientes. Dado que existe escasez de recursos comunitarios capaces de garantizar la autonomía de los pacientes con PC, lo cual produce diferentes problemas,²⁴ y a la par, ello determina que su mantenimiento en la comunidad sea a costa del esfuerzo familiar, se precisa del desarrollo de una gama amplia de recursos para cubrir las necesidades de los involucrados. En consecuencia, los equipos ad hoc han de ser multidisciplinarios, para ser la infraestructura del modelo comunitario de atención con miras a realizar un manejo realmente integral. Aunque empiezan a surgir equipos especializados dedicados a PC, como necesidad derivada de la evidencia clínica y los comunicados profesionales, siguen existiendo diversos puntos críticos a resolver.

VIII.i Dificultades a vencer.

Aún no existe una generalización de modelos ni coordinación entre las unidades asistenciales para pacientes con TCS y TM, ni un procedimiento regulado para establecer cuál es el grado de responsabilidad de cada profesional del PS que pueden actuar en un mismo caso.^{80,41,93} Ello invita a resolver con urgencia este conflicto teórico-práctico que mantiene inconexa la actividad e impide su duplicación en unidades asistenciales del país. El acceso de los pacientes con PC al sistema asistencial habitual o específico en caso de que se disponga de él en las comunidades –ya que en muchos casos no existe unidad o especialista en ella-, con frecuencia ocurre de manera tardía. Por ello la atención que se recibe puede ser insuficiente, dado que hay escasez de programas específicos multidisciplinarios e intersectoriales y se omite la atención de la PC.^{15,94}

Otro problema detectado es la escasez de unidades específicas de hospitalización completa y parcial en sus modalidades de Hospital de día, noche, de fin de semana, etc.⁹⁵ Es por ello que se estima que debieran establecerse procedimientos de apoyo específicos, desde la atención especializada en salud mental a las unidades asistenciales a pacientes con TCS para su detección precoz y manejo adecuado. Se precisa asimismo, adecuar los servicios con programas específicos o en su defecto, generarlos⁹⁶ considerando la información internacional, hoy fácilmente accesible en internet.⁹⁷⁻⁹⁹ A partir de ello, se hace necesario diseñar programas de salud específicos en unidades ad hoc para tratar los pacientes. En esa dirección, se deben incluir unidades para pacientes agudos, diferentes de las unidades de desintoxicación existentes y dispositivos para pacientes duales sub-agudos, con ingresos programados que dispongan de un programa integral multidisciplinario para su abordaje rehabilitador integral. Asimismo, sería adecuado establecer para los afectados un tratamiento protocolado como plan individualizado de manejo integral.³¹ Un adecuado cuidado de su salud general debe poder establecer el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos disponibles en la Red Nacional de Tratamiento Integral,²⁴ para encarar las particulares necesidades de los pacientes,

asegurando la continuidad asistencial en todos los hospitales generales y coordinación con dispositivos asistenciales. Lo cual debe contener un sistema organizacional para evitar la deserción terapéutica, reforzar la adherencia y facilitar la evaluación de los servicios otorgados.^{100,94}

VIII.ii Recomendaciones.

Un sistema de tratamiento en estos términos, requiere de definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en la PC y/o de mayor complejidad clínica y asistencial.⁹⁰ Por ello los dispositivos específicos y monográficos para pacientes con esquizofrenia, TA, TD, de la personalidad y de la conducta alimentaria entre otros, han de incorporar profesionales expertos en su área y en PC. Los objetivos específicos de tales recursos deben contemplar:

1. Diagnóstico nosológico de PC de los pacientes derivados; abordaje terapéutico integral e intensivo tanto de la conducta adictiva como de las otras alteraciones psicopatológicas, en coordinación con el PS de la unidad de atención de referencia;
2. Asesoría y orientación a otros profesionales del sector con consulta externa en red, sobre pacientes ambulatorios derivados para la continuidad terapéutica y manejo de los síndromes de intoxicación y abstinencia de sustancias psicotrópicas,³⁹ cuando proceda;
3. Atención integral al paciente que incluya ámbitos de salud, psicológico, social, educativo y de inserción social, aspecto ampliamente comentado en la literatura internacional a favor de la rehabilitación;
4. Dispensación de metadona, buprenorfina o cualquier otro psicofármaco requerido para el tratamiento de su adicción, en coordinación con el médico de referencia de la unidad clínica de atención.^{70,44}
5. Promoción de la mejora de la capacidad de autocontrol del paciente y facilitar la adquisición y consolidación de pautas saludables de conducta;
6. Favorecer la adquisición de hábitos higiénicos y de autocuidado;

7. Facilitar el desarrollo de pautas adecuadas de relación con los miembros de la comunidad de usuarios; promover la ocupación racional del tiempo libre; favorecer la motivación y adaptación de sus actitudes y conducta para la continuidad terapéutica.

70,44

VIII.iii Integración y convergencia.

Es imprescindible la integración funcional intra e inter institucional de todas las unidades de la red que atiendan adicciones.²⁴ Esto incluye las unidades destinadas a la Salud Mental como a los dispositivos asistenciales específicos para TCS, a menudo disociados. Cuando sea el caso, estas diferentes prestaciones deben brindarse desde distintos dispositivos por su funcionamiento en red, coordinados por un equipo responsable del área sanitaria. El principal objetivo de la coordinación intra e intersectorial de alcance a todas las organizaciones e instituciones dedicadas a la atención del TM debe mantener la continuidad asistencial, aumentar la consistencia de las actuaciones y mensajes, y lograr que el sistema funcione de manera eficiente, la cual posteriormente será evaluado.¹⁰⁰

Esta integración debe incluir la denominación y concepto de PC. La coordinación entre dispositivos asistenciales en pacientes con TCS y TM constituye el principal pilar del enfoque, mediante cualquiera de las posibilidades: de “derivación”, de “reemplazo” o de “enlace”. Hasta hoy, la cultura de coordinación y cooperación entre los servicios para TM y las unidades para TCS está insuficientemente desarrollada.

La utilización de canales formales de comunicación entre las instituciones, las unidades y los profesionales no alcanza un nivel de operatividad suficiente. Menos aún tratándose un problema en auge, cuyo crecimiento y expansión complica la atención. Asimismo, deben ser también objetivos a desarrollar: una estrategia de educación para la salud con información veraz, suficiente y adecuada dirigida a pacientes con PC y sus familiares, sobre los recursos y servicios a utilizar. Estableciendo mecanismos de apoyo y asesoría a las asociaciones de familiares y

pacientes para que puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo, de lucha contra el estigma y de defensa de sus derechos.^{70,44}

VIII.iv Uso de indicadores.

El desarrollo de un sistema de indicadores destinados a estructurar la medición en los diferentes ámbitos de actuación es imprescindible para asegurar la calidad de la información empleada. La historia clínica única, es el documento que permite la transmisión de información clínica individual,²³ facilitando la acción coordinada del PS que actúa en un mismo caso. El documento contiene todas las intervenciones realizadas al paciente por cualquier profesional, cualquier escenario terapéutico y cualquier momento del proceso asistencial, en un mismo episodio y en episodios sucesivos.¹⁰¹ No se ha implantado aún en el país una red informática que abarque los servicios sanitarios en su totalidad, edificando una estructura de mayor efectividad. Mientras ello ocurre, la necesidad social crece, el número de casos avanza y se diseminan la PC por doquier. La condición actual debe promover un expediente electrónico integral para el sector salud, descentralizado e interconectado, para ser la herramienta de la coordinación asistencial.⁴⁴ Las acciones descritas forman parte de la estrategia contra la PC que deben complementarse con una oportuna y adecuada evaluación de los servicios en que se desarrolla su estructura operacional. Se pretende conocer sus alcances a nivel del paciente y su familia así como el impacto que logra la PC y el grado de mejoramiento de la salud mental alcanzado con la actividad programática^{100,31}

IX. EL PAPEL DE LA INVESTIGACIÓN.

El fomento y ordenación de la investigación relacionada con la PC debe cursar una evaluación procesal, de sus resultados y eficacia, para generar nuevas evidencias para el desarrollo de un “sistema modelo” y permanentemente actualizado de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación. La integración de la investigación con la práctica clínica ha de garantizar una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en sus acciones. La

estrategia preventiva debe continuarse y reforzarse con una adecuada formación e investigación del problema. ²⁴ Se recomienda la integración convergente de los equipos de salud de distinta índole, los cuales requieren una formación específica tanto en TM como en TCS, obedeciendo a su naturaleza multifactorial. Para su operación, se requieren programas y actividades formativas dirigidas no sólo a los especialistas, sino a todo el PS como unidad de múltiple enfoque. Asimismo, debe vigorizarse la formación de los profesionales del sector para atender en forma adecuada las necesidades de los pacientes, estableciendo programas de formación continua. ³⁵ Es importante reforzar la investigación aplicada a la PC por su alta prevalencia entre las unidades del sector salud y por ser considerada dentro de los TM graves. Es conveniente asignar carácter prioritario a las convocatorias de proyectos de investigación, como línea de trabajo interdisciplinaria de primer orden; ⁴⁴ dirigir la educación para la salud mental y reforzar los distintos factores protectores en torno de los pacientes, acorde a sus condiciones individuales y familiares. Es imprescindible contar con la voluntad política y la participación de todas las organizaciones sociales involucradas en el país a favor del control de la demanda, no solo de la disminución de la oferta, aspecto del problema que pertenece a otros sectores sociales. ⁶⁷

X. IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN.

Por cuanto al orden educacional, se estima pertinente continuar remodelando e invirtiendo importantes recursos en medios audiovisuales e informáticos para educar con la verdad, sin estigmas y con autentico espíritu de servicio. La psicoeducación, imprescindible en adicciones, ha de neutralizar la falsa información existente en la comunidad proveniente del interés mercantil de distintos medios de información. Además, se ha de continuar capacitando al PS para brindar tratamiento efectivo a quienes son ya presas de estos trastornos. ¹⁰¹ Complementan las acciones preventivas todas aquellas que promueven la práctica de los deportes y la educación física como pilar de la formación de una vida sana. En el orden cultural, habrá de promoverse el hábito de la lectura, la apreciación del arte y la cultura de forma

integral, de modo que en el ámbito comunitario se consolide la generosidad, la solidaridad, el afán de superación individual y colectiva de superación como parte de la labor vital de auto actualización: consolidar los valores humanos, en el marco del amor a la familia, esencia de la formación social sana.³¹

XI. SÍNTESIS.

La presente comunicación vincula el TA como TM y TCS en sus modalidades de abuso y dependencia de psicotrópicos –legales e ilegales- y psicofármacos. Se plantea un requerimiento trascendente: un abordaje clínico adecuado y una combinación de herramientas técnicas para su manejo profesional, derivadas de la experiencia profesional, desde una óptica práctica orientada al beneficio social. Describe la ansiedad, su epidemiología, etiopatogenia, tipos clínicos y alguna de las principales las características de los pacientes con TA y TCS, acorde con la bibliografía internacional. Se señalan algunas de sus características clínicas que favorecen su identificación y adecuada evaluación, a efecto de su tratamiento. Se revisan las condiciones mórbidas que preceden, coinciden y derivan de la comorbilidad, en su condición sinérgica, que complican el curso natural de su evolución, dificultan su comprensión al PS y afectan el manejo simultáneo a corto y largo plazo. Se destaca el espíritu didáctico del concepto *Psiquiatría de las Adicciones*, a efecto de reforzar la formación y actualización clínicas del PS que brinda detección, tratamiento y canalización, en su caso, a posibles casos provenientes de áreas educativas. La finalidad del texto es facilitar la comprensión de un grave problema de salud pública, que requiere de mayor precisión y profundidad, destinado a obtener conclusiones certeras y los más adecuados resultados en aquellos países donde aún priva el desconcierto y la praxis dudosa de manejo del problema. Dicho enfoque, pretende invalidar la improvisación; proponer mejores perspectivas diagnóstico/terapéuticas, en términos de su diseño y su costo/efectividad con base en la evaluación operativa. Asimismo, busca impulsar el diseño y desarrollo de modelos de abordaje y control del consumo de sustancias, más eficaces para la reducción del impacto individual-familiar-social. En forma

complementaria se enfatiza la actualización de medidas educativo-preventivas, la desmitificación de la patología mental, los prejuicios contra los pacientes y su estigmatización, los trastornos en sí mismos, observados como “falla moral” y el fomento de las actividades clínicas a través de la diseminación adecuada y oportuna de información veraz, encaminada a prevenir, rehabilitar e investigar esta nosología. Se concluye destacando la responsabilidad del PS en el manejo y asesoría de los pacientes y sus familiares. Se exhorta a los involucrados a reforzar su adherencia terapéutica. Se insta a la participación de los demás sectores sociales a que colaboren con estas actividades, esperando que nuevas investigaciones aporten información que mejore la aplicación de los procedimientos en favor de salud comunitaria. *El estrés es inevitable, el sufrimiento es opcional.*

XII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th ed. rev. Washington, D.C. American Psychiat. Pub.
- Abram, KM.; Teplin, LA.; Charles, DR.; Longworth, SL.; McLelland, GM.; Dulcan, MK. (2004) “**Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Youth in Juvenile Detention**”. *Arch Gen Psychiatry*. 61(1):403-410.
- Souza y Machorro, M.; Cruz Moreno DL. (2009). “The women's addictive disease and comorbidity”. *Rev. Fac. Med. Mex. UNAM*. 52(1): 23-29.
- Souza y Machorro, M. (2001). “Menopause and psychiatric comorbidity”. *Rev. Mex. Neurosci*. 2(4): 232-234.
- Kessler, RO.; Demier, FR. et al. (2005). “Prevalence and treatment of mental disorders 1990-2003”. *N Engl J. Med*. 352:2515-2523.
- Nelson, CB.; McGonagle, KA. et al. (1996). “The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization”. *Am. J. Orthopsychiatry*. 66(1):17-31.

Cornelius, JR.; Bukstein, O.; Salloum, I.; Clark, D. (2003). "Alcohol and psychiatric comorbidity". **Recent Dev Alcohol. 16**:361-74.

Souza y Machorro, M. (2009). "Treatment of comorbid disorders in addiction". **Rev. Mex. Neurosci. 10** (6):446-448.

Grella, C.; Hser, YI.; Joshi, V.; Rounds-Bryant, J. (2001). "Drug Treatment Outcomes for Adolescents with Comorbid Mental and Substance Use Disorders". **J. Nervous & Mental Disease. 189** (6):384-392.

Alegría, AA.; Hasin, DS.; Nunes, EV., et al. (2010). "Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". **J. Clinical Psychiatry. 71** (9):1187-95.

Weissman, M.; Wickrama, P.; Nomura, Y., et al. (2006). "The children of depressed parents: 20 years later". **Am J. Psychiatry. 163**:1001-1008.

Westermeyer, J. (2006). "Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course". **Am J. Addict. 15**:345-55.

Regier, DA.; Farmer.; ME.; Rae, DS. et al. (1990). "Epidemiological Catchment Area study, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study". **JAMA. 264**: 2511-18.

Verheul, R. (2001). "Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders" **Eur. Psychiatry. 16** (5):274-82.

Compton, WM., Glantz, M.; Delany, P. (2003). "Addiction as a chronic illness: putting the concept into action". **Evaluation and program planning. 26**:353-4.

Wilens, TE. (2007). "The nature of the relationship between attention-deficit / hyperactivity disorder and substance use". **J. Clin Psychiatry. 68**:4-11.

Regier, DA.; Rae, WE.; Narrow, TC.; Kaelber, JA.; Schatzberg, AF. (2001). "Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity in character disorders and addiction". **J. Addiction. 29**:3-9.

Klein, M. (1950). **Contributions to Psychoanalysis 1921-1945**. London. Hogarth Press.

Mueser, S.; Noordsy, DL.; Drakere D; Albanese MJ. (2004). "Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice". **Psychiatr Serv. 55**:953.

National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health. (2011). **National Conference on Drug Addiction Treatment: From Research to Practice**. Available from <http://archives.drugabuse.gov/meetings/TX/TXInfo1.html>. Date consulting Jan., 20th., 2011.

Clark, RE.; Rickards, L. (2001). "Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness". **Psychiatr Serv. 52**:469-76.

Souza y Machorro, M. (2008). "Comorbid anxiety disorders and consumption of psychotropic and other substances of abuse". **Rev. Mex. Neuroci. 9**(3):215-226.

Ruggeri, M.; Leese, M.; Thornicroft, G. et al. (2000). "Definition and prevalence of severe and persistent mental illness". **Br. J. Psychiatry. 176**:149-55.

Souza y Machorro, M. (2005). "Professional program for addictions treatment. An integrative proposal". **Psychiatry. 1**:25-37.

Souza y Machorro, M. (2000). "Training deficiency of health care and therapy of addictions". **J. Prevention and Rehabilitation. 8**:99-106.

Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Gonzalo Río Arronte, IAP. (2009). **Encuesta Nacional de Adicciones 2008**. México, 2010.

Souza y MM. (2004). "Addiction's, psychopathology and psychotherapy". **Rev. Mex. Neurosci. 5**(1):57-69.

Pan American Health Organization. (2008). **Alcohol and primary health care basic clinical information for the identification and management of risks and problems.** Washington, D.C. PAHO. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf. Date of consulting January 3, 2011.

Galanter, M.; Kleber, HD. (2010). **Psychotherapy for the Treatment of Substance Abuse.** Washington. American Psychiatric Publications.

Souza y Machorro, M. (2010). **Addiction's Psychiatry.** México. Fondo de Cultura Económica.

World Psychiatric Association (1998). **Doctors, Patients, Society. Human Rights and Professional Responsibility of Physicians.** Buenos Aires. WPA.

Souza y Machorro, M. (2000). **Diagnosis and treatment of addictive syndromes.** Mexico. Science & Culture, Latin America.

Souza y Machorro, M. (2001). "The role of popular mythology, the semantics and iatrogenic in addictions". **Rev. Mex. Neuroci.** 1:25-27.

Souza y Machorro, M. (2007). **Clinical & instrumental education and professional management of addictions.** Masters Thesis degree in Psychoanalytic Psychotherapy. Colegio Internacional de Educacion Superior, CIES / SEP (RVO 2,014,067 09-III-2001). Mexico.

Martínez Flores AM; Souza y Machorro, M. (2010). "Humanism and education in psychiatry". **Rev. Fac. Med. UNAM.** 53 (1):21-26.

Guisa, CVM.; Díaz Barriga, SL.; Souza y Machorro, M. (2004). "Addictions, Norms and Therapeutics". **Psychiatry.** 20 (3):23-36.

Souza y Machorro, M.; Guisa, CVM.; Díaz Barriga, SL. (2005). "Towards a national integration of the therapeutic anti-addictive". **Rev. Mex. Neurosci.** 6 (5):411-425.

Borges, G.; Wang, PS.; Medina-Mora ME.; Lara, C.; Chiu, WT. (2007). "Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico". **American J. Public Health**.97(9):1638-43.

Souza y Machorro, M. (2007). **Addiction's: clinical and therapeutic**. Mexico. Alfil.

Souza y Machorro, M.; Cruz Moreno DL. (2009). "Obstacles and recommendations for the treatment of abusers / addicted to psychotropic drugs". **Rev. Mex. Neurosci.** 10 (5):350-359.

Wang, PS.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J.; Angermeyer, MC.; Borges, G.; et.al. (2007). "Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys". **Lancet.** 370 (9590):841-50.

Spain, Ministry of Health. (2006). **National Health Strategic Mental Health Plan**. Ministry of Health and Consumption. Madrid,

Szerman, N.; Torrens, MM.; Martínez-Sanvisens, D. (2010) "Epidemiological study to determine the prevalence, diagnosis and therapy of dual pathology in a community of Madrid". **XXVI Congress of the Latin American Psychiatric Association, Ibero-american Meeting of Mental Health & Psychiatry, Western Regional Congress.** Mexican Psychiatric Association, A.C. Pto. Vallarta, Jal. Oct. 22-November 2, 2010.

Cerda, M.; Aditi, SA.; Galea, S. (2011). Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2011. Available from <http://epirev.oxfordjournals.org/content/30/1/155.abstract>. Date consulting January 20th., 2011.

Ritsher, JB.; McKellar, JD.; Finney, JW.; Otilingam, PG.; Moos, RH. (2005). "Psychiatric comorbidity, continuing care and mutual help as predictors of five-

year remission from substance use disorders”. **J. Studies on Alcohol.** 63 (6):709-15.

Hasin, DS.; Stinson, FS.; Ogburn, E.; Grant, BF. (2007). “**Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions**”. *Arch Gen Psychiatry.* 64 (7):830-842.

Souza y Machorro, M.; Quijano, BE.; Díaz Barriga, SL.; Guisa CVM. (2011a). **Psychiatric history coded for addictions, HCPCA.** In: Lanza Alonso JL. Electronic medical records, ideas, experiences and reflections. Available from http://bvs.sld.cu/magazines/aci/vol.13_5_05/aci02505.htm. Date consulting. January 19th, 2011.

Souza y Machorro, M.; Cruz Moreno, DL. (2010). “Self-medication, self-prescription and its impact on health”. **Seminar: “From diagnosis to treatment of addictions” 2010.** Masters in Psychotherapy of Addictions. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP. México, October 2, 2010.

Ruiz, Sadock & Sadock. (2009). **Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Washington. William and Wilkins.

Dervaux, A.; Bayle, FJ. & Laqueille, X. et al. (2001). “Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking or anhedonia? ” **Am J. Psychiatry.** 158 (492):494.

Hellerstein, DJ.; Rosenthal, RN.; Miner, CR. (2001). “Integrating services for schizophrenia and substance abuse”. **Psychiatry Quarterly.** 72:291-306.

Essock, SM. (2006). “Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder in Persons with Severe Psychiatric and Substance Use Disorders”. **Schizophrenia Bulletin.** Vol. 32 (4): 626-36.

Green, Al. (2005). "Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics". **J. Clin. Psychiatry. 66 (S6):21-26.**

Green, Al. (2006). "Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacologic approaches". **J. Clin. Psychiatry. 67 (S7):31-35.**

Hasegawa, Y.; Higuchi, S.; Matsushita, S.; Miyaoka, H. (2002). "Association of a polymorphism of the serotonin 1B receptor gene and alcohol dependence with inactive aldehyde dehydrogenase-2". **J. Neural Transm. 109:513-521.**

Banik, NL.; Banik, N. (2007) **Handbook of neurochemistry and molecular neurobiology.** Germany Springer.

Ashton, CH. (2002). **Benzodiazepines: how they act in body. Ashton CH. Benzodiazepines: What is its mechanism of action and how to stop ingestion.** London. Ashton Manual.

Hettema, J.; Prescott, C.; Meyers, J. et al. (2005). "The structure of genetic factors and environmental risk for anxiety disorders in men and women". **Arch General Psychiatry. 62:182-189.**

Hoehn-Sark, R.; McLeod, D.; Funderburk, F. et al. (2004). "Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder". **Arch General Psychiatry. 61:913-921.**

Rapaport, M., Clary, C., Fayyad, R.; Endicott, J. (2005). "Quality of life in deterioration of depressive and anxiety disorders". **Am J. Psychiatry. 162:1171-1178.**

Blum, K.; Braverman, ER.; Holder, MM. (2000) "Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors". **J. Psychoactive Drugs. 32 (S1):1-112.**

Berke, JD. (2003). "Learning and memory mechanisms involved in compulsive drug use and relapse". **Methods Mol. Med. 79:75-101.**

Bruce, S.; Yonkers, K.; Otto, M. et al. (2005). "Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder. A prospective study of 12 years". **Am. J. Psychiatry.** **162**:1179-1187.

Scheiber, SC. (2002). Psychiatric interview, psychiatric history and mental status examination. Chapter 6. (191-219). In: Hales, RE., Yudofsky, SC.; Talbott, JA. **Handbook of psychiatry.** Vol. I, 3rd. ed. Washington. The American Psychiatric Publishers.

Kleber, HD.; Weiss, RD.; Anton, RF.; George, TP.; Greenfield, SF.; Kosten, TR. et.al. (2007). "Treatment of patients with substance use disorders". **Am J. Psychiatry.** **164** (S4):105-123.

Souza y Machorro, M. (2003). "Considerations and rationale for professional treatment of addictions". **Rev. Mex. Neuroci.** **4** (5):326-330.

Souza y Machorro, M. (2003). "Education health and addictions". **Rev. Mex. Neurosci.** **4** (2):91-93.

Carroll, KM.; Rachel, ChN.; Sifry, L.; Nuro, KF.; et.al. (2000). "A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions". **Drug and Alcohol Dependence.** **57** (3): 225-238.

Souza y Machorro, M.; Cruz Moreno DL. (2008). "About the stigma of mental illness and addictions". **Rev. Mex. Neuroci.** **9** (4):290-297.

Hales, RE.; James, A.; Bourgeois, M.; Shahrokh, NC.; Galanter, M. (2010). **Study Guide to Substance Abuse Treatment.** Washington, American Psychiat. Pub.

Roy-Byrne, P.; Craske, M.; Stein, M. et al. (2005). "A randomized trial of the efficacy of cognitive/behavioral therapy and medication for panic disorder in primary care". **Arch General Psychiatry.** **62**:290-298.

Graham, HL.; Copello, A.; Birchwood, MJ. (2004). **Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT): a treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems**. Chichester. John Wiley and Sons.

Broers, B. (2009). **The need to provide formal and recognized education for professionals in the addiction field**. Department of Community Health and Primary Care, University Hospitals Geneva. May 12th. 2009. Geneva.

American Psychiatric Association (2006). **American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders**. Compendium 2006. Washington, 2006. American Psychiatric Publishers.

Ciraulo, DA. (2005). **Clinical manual of addiction psychopharmacology**. Washington. American Psychiat. Pub.

Miczek, KA.; Fish, EW.; De Bold, JF.; et.al (2005). "Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and γ -aminobutyric acid systems". **Psychopharmacology**. **163**. (3-4):434-458.

Stein, M., Sherbourne, C.; Craske, M. et al. (2004). "The quality of health care patient primary anxiety disorder". **Am J. Psychiatry**. **161**:2230-2237.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA's & Co-occurring Center for Excellence. (2005). **Overview of the ASAM Patient Placement Criteria**, 2nd. Ed., Revised (ASAM PPC-2R). Available from http://coce.samhsa.gov/cod_resources/PDF/ASAM_Patient_Placement_Criteria/Overview/5-05.pdf. June 9, 2005. Date consulting January, 20th., 2011.

Center for Substance Abuse Treatment, CSAT. (2005). **Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42**. DHHS Publication No. (SMA) 05-3922. Rockville, MD:, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Karam-Hage, M.; Nerenberg, L.; Brower, J. (2001). "Modifying residents' professional attitudes about substance abuse treatment and training". **Am J. Addict.** **10**(1):40-47.

Carroll, KM. (2002). "Manual guided psychosocial treatment: A new virtual requirement for pharmacotherapy trials? " **Arch Gen Psychiatry.** **23**:43-51.

Ian, RH.; Putnam, SL.; Jia, H.; Smith, GS. (2003). "Assessing substance abuse treatment need: A statewide hospital emergency department study". **Annals of Emergency Medicine.** **41** (6):802-813.

O'Farrell, TJ. (2005). Marital and family therapy. In Hester, RK.; Miller, WR. (Eds.), **Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective approaches.** 2nd. edition, pp. 195-220. Boston. Allyn and Bacon.

Currie, JC. (2001). **Best practices treatment and rehabilitation of youth with problems of drug use.** Focus Consultants for Canada's Drug Strategy Division Health Canada. Ottawa, Ontario. Canadian Strategy against Drugs Publications.

Connors, J; Donovan, N.; Diclemente, C. (2004). **Substance Abuse Treatment and the Stages of Change: Selecting & Planning Interventions.** N.Y. Guilford Press.

O'Donnell, J. (2010) **Addiction, Psychoanalysis and the Brain.** Committee on Psychoanalytic Addictions Treatment. New York. Psychoanalytic Psychotherapy Study Center.

McLellan, AT.; Lewis, DC.; O'Brien, CpH.; Kleber, HD. (2000). "**Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation**". **JAMA.** **284**:1689-1695.

Arkowitz, H.; Westra, HA.; Miller, WR. (2007). **Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems.** N. Y. Guilford Press.

Arseneault, L.; Tremblay, RE.; Boulerice, B.; Séguin, JR.; et.al. (2000). "Minor Physical Anomalies and Family Adversity as Risk Factors for Violent Delinquency in Adolescence". **Am. J. Psychiatry.** 157:917-23.

Souza y Machorro, M. (2007). "Substance use disorder and comorbid depression". **Rev. Mex. Neurosci.** 8 (1):67-70.

Souza y Machorro, M. (2011). "The addicted patient and family counseling, context & professional treatment. Recent Advances in Addictions". **Northwest Regional Congress of the Mexican Psychiatric Association, A.C. "General Hospital Psychiatry: Models for the present, challenges for the future."** Mazatlán, Sin., March, 18-21, 2011.

McLellan, AT.; Mckay, JR.; Forman, R.; Cacciola, J. Kemp, J. (2005). "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring". **Addiction.** 100:447-458.

Drake, RE.; Mueses, KT.; Brunette, MF. (2007). "Treatment of people affected simultaneously by a severe illness and substance-related disorders: programmatic implications". **World psychiatry.** 6 :131-136.

Souza y Machorro, M.; Quijano, BEM.; Romero, RR.; et.al. (2006). "Daytime residence: a clinical alternative for patients to psychotropic abusers and addicts". **Rev. Mex. Neurosci.** 7 (4):308-324.

Brunette, M.; Mueser, K.; Drake, R. (2004). "A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders". **Drug and alcohol review.** 2 (4):471-481.

Galanter, M.; Keller, DS.; Dermatis, H.; Biderman D. (1998). "Use of the Internet for addiction education. Combining network therapy with pharmacotherapy". **Am J. Addict.** 7(1):7-13.

Cunningham, JA.; Humphreys, K.; Koski-Jannes, A. (2000). "Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the Internet: a pilot project". **J. Stud Alcohol.** **61** (6):94-8.

Galanter, M.; Keller, DS.; Dermatis, H. & Biderman D. (1998). "Use of the Internet for addiction education. Combining network therapy with pharmacotherapy". **Am J. Addict.** **7** (1): 7-13.

Díaz Barriga, SL.; Souza y Machorro, M.; Romero, RR.; Quijano, BE.; et.al. (2008). Conceptual framework and considerations for anti-addictive program evaluation. **Introduction to Addictions. Master in Psychotherapy of Addictions.** Colegio Internacional de Educación Superior, CIES / SEP. Mexico.

Gorman, DM. (2003). "Alcohol & drug abuse: the best of practices, the worst of practices: the making of science-based primary prevention programs". **Psychiatr serv.** **54**:1087-1089.

Souza y Machorro, M. (2007). Addiction's Today: a therapeutic vision. **Symposium on selected topics on addictions. XV National Meeting of the Mexican Society of Biological Psychiatry.** Biological Psychiatry and Contemporary Society. Hotel Royal Pedregal. Mexico City. Oct., 12-14, 200.

Geografía sexual de los adolescentes en situación de dificultad física e intelectual

Consuelo Hilario Reyes

Universidad Libre de Bruselas, Facultad de Ciencias Psicológicas y de la Educación,
Bruselas, Bélgica

Resumen

Nuestro trabajo explica cómo los adolescentes con dificultades físicas e intelectuales, viven su cuerpo como una geografía sexual. ¿Será que los adolescentes viven su cuerpo como zonas privilegiadas y no-privilegiadas de su geografía sexual? Esta investigación exploratoria no-experimental se hizo con adolescentes de 14 a 18 años, institucionalizados. Utilizamos *foto-lenguaje*, que consistió en invitar a los sujetos a explorar, elegir, presentar, describir, revelar, explicar, imaginar e interpretar una *opción-foto* para hablar de sexualidad. Se recolectaron los datos con la experiencia grupal de la *opción-foto*. Se trataron los datos en términos cualitativos: el reagrupamiento y definición de categorías y sub-categorías descriptivas, en función del contenido de la *opción-foto*; la aparición y la frecuencia de evocación de un mismo problema. Se analizaron globalmente los resultados en términos cuantitativos: categorías descriptivas, frecuencias y porcentajes de cada uno. La discusión se hizo a partir de la interpretación de los sujetos sobre sus *opciones-fotos* y la reinterpretación del investigador sobre el análisis de los sujetos. La geografía sexual es el efecto de tres vivencias de: zonas privilegiadas que permiten vivir, imaginar y disfrutar su sexualidad, la cual se crea, se vive y se representa en el intelecto; aparición de signos de sexualidad secundaria: espejo y pantalla de mi yo sexual adulto: biológico, fisiológico y psicológico; zonas no privilegiadas que evoca la dificultad física e intelectual como factor de desestabilización psicológica y deterioro de la personalidad. Estas vivencias conducen a tomar conciencia del cuerpo, condición e ideal femenino y masculino.

Palabras Clave: adolescentes, geografía sexual, vivencia sexual, zonas privilegiadas, zonas no privilegiadas, signos de sexualización secundaria, sexualidad, dificultad física e intelectual, fotolenguaje.

Abstract

Our work explains how adolescents, teenagers with physicals and intellectual disabilities experience their body as a sexual geography. Could it be that teenagers experience their bodies as privileged and non-privileged areas of their sexual geography? This non-experimental exploratory research was done with teenagers, aged 14 to 18, institutionalized. We used photo language, which consisted in inviting individuals to explore, choose, present, describe, reveal, explain, imagine and interpret or translate a chosen-photo to talk about sexuality. Data was collected within the group-experience from the chosen-photo. Data was discussed in qualitative

terms: the grouping and definition of categories and descriptive sub-categories, in terms of chosen-photo content; appearance and frequency evoking a same problem. Results were globally analyzed in quantitative terms: Descriptive categories, frequency and percentage of each. Discussion was based on interpreting the subjects about their chosen-photos and researcher reinterpretation about the analysis of the subjects. Sexual geography is the effect of three experiences: Privileged zones that allow living, imaging and enjoying their sexuality, which is created, lived and represented within the intellect. Appearance of secondary sexuality signs: mirror and screen of my adult sexual self: biological, physiological and psychological. Non-privileged zones evoking physical and intellectual difficulties as a psychological destabilizing factor and personality deterioration. These experiences let to body conscience awareness, male and female ideal and condition.

Key Word: Adolescents, sexual geography, experience sexual, privileged zones, non-privileged zones, secondary sexuality signs, sexuality, physicals and intellectual disabilities sexuality, photo language.

Introducción

Nuestra investigación parte de la vivencia de los adolescentes en torno a su cuerpo sexual. De ahí surge la siguiente inquietud ¿Por qué los adolescentes viven su cuerpo sexual en términos de zonas sexuales sexual? Nos planteamos el problema que nos ocupa ¿Será que los adolescentes viven su cuerpo sexual como zonas que reflejan su geografía sexual?

El objetivo fue explorar las vivencias de los adolescentes sobre su cuerpo como geografía sexual con la finalidad de explicarlas.

|Si podemos descubrir que los adolescentes entendieran su cuerpo sexual como zonas geográficas, les haría vivir su sexualidad sin obstáculos de ninguna índole, pues ellos cuentan con capacidades y recursos para afrontar como cualquier adolescente su sexualidad. Estos hallazgos podrían ser extrapolados a todo adolescente, pues, la vida sexual se construye, se organiza en torno al intelecto.

El marco conceptual sobre el cuerpo de los adolescentes en situación de dificultad física o intelectual engloba la teoría de lo “anormal” (Foucault, 2001) Es un cuerpo sin sexualidad, es decir, se anula la dimensión biológica, fisiológica y psicológica de su sexualidad. Por lo tanto son personas sin sexualidad (Anzieu, 1993 y Allaire, 1987). Esta negación es también la anulación de las zonas sexuales de la su geografía sexual, la aparición de los signos de sexualización (McGreen y Bruininks, 1993).

Esta realidad favorece que no sean percibidos como seres humanos con un cuerpo sexual (Anzieu, 1993). Son considerados como personas sin sexualidad (Allaire, 1987). Esta problemática es el precio de la situación de ser, de pensar y de vivir diferente dentro de una sociedad discriminatoria (Callens y Smelten, 1990).La realidad muestra que ellos poseen un cuerpo sexual, una cabeza que piensa, imagina y crea su sexualidad, (Association sexualité et hândicap de France, 2011), un corazón dinámico.

Esta investigación se inscribe en el campo de la psicología clínica y en el contexto institucional. Partimos de la hipótesis que considera el concepto de vivencia de cuerpo sexual en términos de zonas privilegiadas, vivencia de la

aparición de signos sexualización secundaria y zonas no privilegiadas. Este concepto engloba las dimensiones de su personalidad: biológica, fisiológica y psicológica.

Procederemos en primer lugar a explorar, revisar y analizar la literatura con la finalidad de construir un marco teórico. En segundo el abordaje metodológico que tuvo como fin, recopilar información sobre la vivencia de la geografía sexual de los adolescentes en situación de investigación. En tercer lugar manejo y tratamiento de datos, análisis y discusión de resultados, conclusiones con el objeto de constituir una aproximación analítica.

Revisión de la literatura

Después de explorar, revisar y analizar las diferentes fuentes bibliográficas constatamos que la vivencia de la Geografía sexual no es un problema de gran interés para los científicos. Muestra de esto, es la pobreza de publicaciones y de trabajos de investigación. La mayor parte de ellos han desarrollado un discurso centrado sobre los problemas de la pedagogía de la enseñanza (Bellak, 1950), educación especial (Basquin, Braconnier y Coll, 1982), neurofisiología (Barrette, 1977), anatomía, rehabilitación y de cuestiones sociales (Beizman, 1982). Aceptar esta posición teórica es negar, que el ser humano es un ente integrado (Bruner, 1995) y ante todo psicológico (Brelet, 1981).

Para los adolescentes referirse a su cuerpo es ante todo hablar de su Geografía sexual. Es decir, las vivencias de sus zonas geográficas privilegiadas, de sus signos de sexualización secundaria (Chigier, 1976), así como de sus zonas no privilegiadas, su frontera entre lo físico y lo psicológico, (Alvin, 1962), que le facilitan

tener una vida sexual feliz y armoniosa. Dicho de otro modo, tener conciencia plena de un cuerpo femenino (Derouaux-Devker, 2005), un cuerpo masculino (Anzieu, 1974) y ecológico como lo indica la Unión Europea (Barton, 2005), fuente de capacidades, habilidades, riquezas, deseos, necesidades, sueños (Mercier, Gascon y Bazier, 2006), proyectos, objeto de placer (Champonnois, 1996) y espejo de personalidad sexual integrada por sus tres dimensiones: biológica, fisiológica y psicológica.

El encuentro y la vivencia armoniosa de estas tres dimensiones que integran la vida humana y psicológica explican el concepto de personalidad sexual integral que se refiere al:

- Yo sexual biológico que se refiere a la realidad física, a la concepción, a la percepción, vivencia y representación sobre el desarrollo sexual, la anatomía sexual, los cambios y las innovaciones biológicas.
- Yo sexual fisiológico que se refiere a la realidad física, a la concepción, a la percepción, a la vivencia y a la representación sobre el funcionamiento sexual y la aparición de nuevas funciones sexuales.
- Yo psicológico referente a la realidad psicológica, a la concepción, a la percepción, vivencia, imaginario de la sexualidad: lo afectivo, lo erótico, lo narcisista, lo edípico, lo cognitivo y lo social.

| De ahí que la sexualidad es una manifestación humana (Karl y Linner, 1979) y psicológica (Marcelli, 1995) que evidencia la personalidad. Por consiguiente es el resultado de las vivencias biológicas, fisiológicas y psicológicas (Lemperiere y Feline,

1991). Por ende la personalidad es la síntesis de estas vivencias que conducen a la construcción de la individualidad y de la diferencia. Pero también es el resultado de la vivencia corporal y de sus geográficas (Lutte, 1986).

La geografía sexual es el espejo de toda su personalidad que: presenta, muestra, describe, revela, explica, imagina y refleja sus vivencias biológicas, fisiológicas y psicológicas. Es fuente de deseos, de necesidades, de sueños, de placer y de proyecto de vida sexual. Este enfoque conceptual pone en evidencia que ellos tienen un cuerpo dinámico que tiene y muestra su anatomía sexual (sexualidad biológica), un cuerpo que tiene un funcionamiento sexual (sexualidad fisiológica), un cuerpo que tiene una cabeza que piensa, imagina y vive, un corazón que siente y ama (sexualidad psicológica). Dentro de este marco, el cuerpo es la estructura de su geografía sexual (Bacque, 1990), y a su vez es el espejo y la pantalla de la personalidad.

A continuación presentamos las zonas que integran el concepto de geografía sexual:

Las zonas privilegiadas del cuerpo que se refieren a la dimensión psicológica de la sexualidad.

- La cabeza que es el intelecto y el centro donde se imagina, se vive y se crea la sexualidad. Es el objeto de deseos, placer, de seducción y conquista sexual. Desde otra perspectiva es el espacio donde se elabora y reside el ideal femenino y masculino, así como las vivencias dolorosas y los secretos sexuales.

- El cerebro es el punto de partida y el centro del deseo, del placer, del imaginario y de la vida sexual.
- La cara y sus componentes son el espejo y la revelación de su sexualidad. Es el objeto de estética sexual, de seducción y de conquista, así como el espacio de experiencias afectivas agradables.
- El cuello constituye el símbolo de autonomía sexual, espacio afectivo y erótico. La posibilidad de descubrimiento del otro sexo, espacios de experiencias afectivas y eróticas.
- El corazón es el centro de la afectividad, de la creatividad sexual y de la sociabilización. Pero también al igual que la cabeza es el lugar donde residen sus sueños, ideales, proyectos, secretos y experiencias sexuales agradables y frustrantes.
- Los brazos y las manos constituyen los canales, medios de comunicación y las vivencias afectivas, eróticas, estéticas, cognitivas, así como los ideales femeninos y masculinos, descubrimiento del otro sexo.
- Glándulas mamarias, los testículos, pene (órganos erógenos) son el objeto que facilita tomar conciencia de su sensualidad, de sus necesidades, de sus deseos y de su placer erótico, así como construir su realidad e imaginario erótico, vivencia biológica, fisiológica, afectiva, erótica, edípica, cognitiva y social.

Los Signos de sexualización secundaria y zona genital que evocan la dimensión biológica.

Para los adolescentes son los signos que conducen a tomar conciencia de su cuerpo sexual maduro, de su feminidad y masculinidad, de sus capacidades de ser generadores de vida. Estos signos son parte del registro biológico y fisiológico de la sexualidad. La aparición de estos signos implica una triple experiencia, una toma de conciencia de zonas sexuales adultas, desestabilización física y psicológica y autonomía sexual. Estas experiencias conllevan el cambio de estatus infantil a la adultez. A continuación mencionaremos los tres signos.

El crecimiento físico.

- Para las adolescentes el crecimiento físico (modificación de talla, aumento de peso, aparición del vello, modificación de la morfología) es el objeto de preocupaciones de estética sexual, seducción y preocupación excesiva por la apariencia corporal. Pero también es un factor de perturbación mental y perceptiva referente a su cuerpo sexual. Constituye una dificultad a nivel de asimilación, integridad y aceptación de su cuerpo real (Lutte, 1988), así como un modificador de las representaciones corporales.
- Para los adolescentes su crecimiento físico (modificación de talla, tamaño, aumento de peso, desarrollo muscular, aparición del vello, modificación del tono de la voz) es la posibilidad de toma de conciencia de un cuerpo masculino sexual adulto. Un cuerpo con capacidades sexuales que los conducen a construir su identidad, su ideal y su condición masculina. Pero también viven esta experiencia como una situación de desestabilización

psicológica y construcciones imaginarias relacionadas con su proyecto de vida.

La metamorfosis de la zona genital.

Los cambios biológicos y fisiológicos progresivos de la zona genital en la adolescencia ponen en evidencia el concepto de sexualidad genital adulta, la identidad y diferencia sexual. Conduce a los adolescentes a tomar conciencia del concepto de hombre y de mujer.

Ellos son los factores responsables de experiencias dolorosas y dificultades afectivas, narcisistas, edípicas, eróticas, cognitivas y sociales relacionadas con la apariencia o modificación de los órganos genitales visuales y no visuales, y su funcionamiento sexual (Benedek, 1978).

La metamorfosis morfológica y la nueva apariencia sexual de estos órganos que integran la zona genital visualizan la sexualidad genital. Estos órganos otorgan al individuo las capacidades para generar y crear vida.

La genitalidad es la característica más periférica, concreta y tangible de la sexualidad humana. Es parte del registro biológico y fisiológico. Establece la frontera entre lo físico y psicológico, así como entre zonas privilegiadas y no privilegiadas de la geografía sexual.

En las adolescentes la aparición de nuevos signos de sexualización en la zona genital es la revelación de la instalación de nuevas capacidades anatómicas y fisiológicas. Juega un papel importante en la elaboración de la representación de la

sexualidad femenina. Modifica la apariencia física de esta zona y por ende la de la geografía sexual.

La aparición del vello genital, las modificaciones morfológicas de órganos visuales (vulva, clítoris y labios) constituyen la fuente del deseo y el placer sexual-erótico. También son los factores que conducen a la toma de conciencia del sexo, objeto de curiosidad sexual y objeto de valorización de su función erótica. Estos signos son la imagen de la madurez genital, así como el inicio de la sexualidad femenina adulta. En fin, es el símbolo de la excitación sexual y vida erótica, sensibles a los estímulos físicos, procuradores de placer erótico (Tordjman, 1979) y símbolo de madurez psico-sexual (Masters, 1987).

La metamorfosis biológica y fisiológica de los órganos genitales no visibles (ovarios, útero, vagina) se refiere a la estructura anatómica y su funcionamiento adulto, así como a su madurez sexual bajo el impacto del desarrollo hormonal. De ahí se genera el nuevo concepto de la adolescente como mujer, con un cuerpo femenino poseedor de un nuevo lenguaje sexual. Dicho lenguaje pone en evidencia la sexualidad genital, el funcionamiento sexual adulto y el lugar de la mujer (Francois, 1983).

Esta metamorfosis no es un simple un suceso físico, es la revelación de la transformación de la psicología femenina. Desenlaza un cuestionamiento cognitivo y relacional a propósito del desarrollo genital como signo de feminidad. Supera el enfoque anatómico tradicional para transformarse en el objeto de una nueva interpretación del contenido de la sexualidad femenina. Es el objeto de encuentro y

descubrimiento de su cuerpo como geografía sexual, así como toma de conciencia de su condición de mujer, de identidad y diferencia, de su doble función: madre y amante.

En los adolescentes la aparición de nuevos signos de sexualización secundaria en su zona genital refleja el nuevo concepto de sexualidad y madurez genital masculina bajo la acción del desarrollo hormonal. También son la causa de la perturbación psíquica y de vivencias relacionadas con el registro biológico de la personalidad.

El crecimiento físico y la metamorfosis fisiológica de los órganos genitales visibles (pene, testículos) constituyen la clave de la sexualidad masculina, el poder sexual y el objeto de la virilidad. Son los elementos modificadores de la sexualidad infantil. Son los factores facilitadores de la construcción de su identidad y la toma de conciencia de la diferencia. Ellos son la representación simbólica de la función de procreación y capacidad de transmitir vida. Elementos organizadores de la sexualidad genital, del cuerpo sexual y de la sexualidad psicológica bajo la influencia de la función fálica.

Los adolescentes les otorgan una significación sexual que los conduce a reafirmar su sentimiento de masculinidad, a valorizarse como hombres eróticos y sexuales (Crepault,1986), Pero también son el objeto de inseguridad, de miedo, de amenaza de castración, de frustración y de angustia cognitiva.

Aparición de nuevas funciones sexuales y evocación de la dimensión fisiológica.

La aparición de nuevas funciones sexuales en los adolescentes modifica el registro fisiológico de su sexualidad infantil para convertirla en adulta. Lo que nos permite hablar del funcionamiento adulto como factor de la innovación fisiológica que es la instalación de nuevas funciones sexuales.

Las diferencias fisiológicas y psicológicas entre los adolescentes y las adolescentes se manifiestan a través del comportamiento sexual, corporal, psicológico y cultural. Para ambos sexos, la excitación sexual es un deseo y un placer sexual (Laines, 1984). Esta función es más precisa en la adolescente que en el adolescente. En el adolescente es más visible y fácil de observar. El funcionamiento sexual de la adolescente es el objeto de creatividad, de afectividad y receptividad. En el adolescente se manifiesta en la tendencia hacia el sexo opuesto y la vivencia del cuerpo como fuente somática de excitación, así como la revelación de sus funciones sexuales: erección, eyaculación y orgasmo.

En las adolescentes, la aparición de nuevas funciones sexuales (menstruación, producción de secreciones vaginales, orgasmo) la conduce a poseer una sexualidad fisiológica adulta, a transformar su cuerpo femenino en objeto de deseo, a adquirir las capacidades para procrear (Dolto, 1988, Anzieu, 1982). Implica el cambio de estatus de su cuerpo y de situación de mujer provocado por las modificaciones biológicas y fisiológicas. De niña pasa a convertirse en mujer madura, en madre y amante. Establece su condición femenina, reafirma su identidad e ideal femenino.

Desde otra óptica, este funcionamiento constituye la clave de situaciones conflictivas, afectivas, edípicas y cognitivas, así como el objeto generador de sentimientos de inseguridad e inestabilidad psicológica.

En cambio en los adolescentes la aparición de nuevas funciones sexuales (erección, eyaculación y orgasmo) constituyen el objeto de prueba de virilidad, el espejo del registro fisiológico de su sexualidad masculina adulta a nivel físico y psicológico. Ellos estructuran y elaboran sus representaciones a partir de la vivencia y la nueva percepción que tiene sobre su zona genital y sus funciones sexuales.

Estas funciones son el símbolo de toma de conciencia de su registro fisiológico, de su condición de hombre, de su estatus adulto y su masculinidad. Objeto de vivencias eróticas, autocontemplación corporal y descubrimiento del funcionamiento sexual adulto, prueba de virilidad, posibilidad de penetración vaginal (Feinstein, Giovacchini y Miller, 1991). También es objeto organizador de la sexualidad masculina. En fin, es el símbolo del poder y la autonomía sexual.

Como contenido erótico conduce a crear un imaginario erótico rico, sueños y fantasmas que evocan los deseos, las necesidades, los placeres y proyectos eróticos y realización de sus necesidades eróticas. La reacción psíquica representada por el descontrol de mi yo y el reconocimiento de la dificultad de manejar mi yo sexual genera situaciones de incertidumbre y inestabilidad psico-emocional y crisis edípica (Marcelli, 1995).

Las zonas no privilegiadas.

Son aquellas zonas que representan las dificultades generadas por el impacto de la dificultad física e intelectual relacionadas con la condición de hombre y de mujer, la realidad y con el ideal, con la función femenina y masculina, con la sexualidad genital y con el cuerpo como centro de deseos, necesidades y placer.

- Para las adolescentes sus zonas no privilegiadas son la parte superior deteriorada (que va desde la cabeza a la cadera), la genital afectada: (el clítoris, el útero y los ovarios), la parte intermedia del cuerpo (cadera, glúteos, abdomen) y la parte inferior (piernas y pies,). Ellas consideran que son el motor y la clave de situaciones que ponen en riesgo su capacidad de procreación y su identidad, así como su condición de mujer (Mensy, 1981).
- Para los adolescentes sus zonas no privilegiadas son la parte superior, intermedia, la región genital afectada por la dificultad física o intelectual en su funcionamiento sexual (testículos, pene) y la parte inferior igual que en las adolescentes. Esta afectación ponen en riesgo su estatus y condición de hombre, así como su identidad e ideal masculino (Marcelli, 1995),

En ambas estas zonas son los generadores de situaciones conflictivas, traumas y condiciones discriminativas relacionadas con la negación sexual y la condición física e intelectual (Mercier, Gascon y Bazier, 2006).

Refiriéndonos a las zonas privilegiadas, signos de sexualización secundaria y zonas no privilegiadas que hemos descrito anteriormente, nuestra posición asevera que la geografía sexual es una expresión y manifestación de la personalidad por integrar las tres dimensiones sexuales. Estas zonas son un impulso vital para el

desarrollo y crecimiento de la persona (Deutsch y Deutsch, 1966). Todos los seres vivos la poseen y cada uno tiene la posibilidad de vivirla a su manera (López, Marin y Porte, 2004).

La vida sexual ecológica valoriza al individuo según Atti Conferenze Anffas en el 1981 en sus declaraciones sobre sexualidad y discapacidad, acrecienta su personalidad y aumenta su autoestima. No se pierde porque se esté lesionado, porque no pueda moverse bien o porque sus procesos mentales se manifiestan diferentes (Gambos y Ramos, 1998, Barton, 1967).

Método

Fundamentos teóricos de foto-lenguaje

Según la literatura sobre la metodológica constatamos, que los métodos proyectivos clásicos no son los instrumentos adecuados para abordar la problemática de la sexualidad de las personas en situación de dificultad física e intelectual por razones diferentes:

- carácter ajeno a su realidad intelectual y psíquica (Robate,1988),
- las informaciones obtenidas no son significativas,
- exige un trabajo psicológico e intelectual importante de parte de los sujetos (Garelli, 1973).
- no toman en cuenta su funcionamiento intelectual y psíquico,
- no crean situaciones que privilegien el espacio de la palabra sobre su vida y preocupaciones (Kohler y Lachanat, 1877- 2005).

Tales deficiencias exigen un trabajo de innovación metodológica coherente al problema y a las características de la población en situación de investigación.

Para dar solución a estas dificultades, se optó por crear el método foto-lenguaje como instrumento de investigación de la personalidad sexual con los adolescentes en situación de investigación. Es una creación original de la autora con la participación de los adolescentes de la muestra de estudio fundamentada en la crítica a las técnicas proyectivas,

Foto-lenguaje consiste en poner al sujeto o a los sujetos en situación de explorar, elegir, presentar, describir, revelar, explicar, imaginar, analizar e interpretar una opción-foto que suscita la palabra referente a la vivencia sexual a partir del mundo del sujeto. Esta opción-foto es el acto personal e individual de explorar y elegir una foto que habla de la sexualidad a partir del mundo del sujeto. Esta opción conduce al a verbalizar y compartir su vivencia en torno a la foto.

También la opción-foto es una experiencia grupal que le conduce a verbalizar en grupo cada opción-foto, se transforma en el objeto preferencial para hablar de la sexualidad como expresión de la personalidad. Se fundamenta en las teorías de adaptación o innovación de los métodos de investigación de la personalidad (Robaye, 1969) y de la inteligencia (Dague, 1973), así como en la innovación de métodos proyectivos (Kahler, y Lachanat, 1977, Barbot, 1984) y las adaptaciones de las teorías perceptuales y conceptuales de Shentioub que se desarrolla desde el 1961 al 1990. La opción-foto simboliza el mundo consciente, inconsciente y subconsciente del sujeto.

Muestra

Selección de las instituciones y de los participantes.

En una sesión previa al trabajo se les invita vía telefónica y personal a los adolescentes, a las 50 instituciones públicas y privadas que trabajan la problemática que nos ocupa. Nuestra finalidad fue definir los criterios de selección para integrar la muestra según su parecer y disponibilidad.

La muestra fue elegida intencionalmente por el investigador de los 300 que fueron invitados, solamente 225 adolescentes aceptaron participar.

Criterios de selección de las instituciones.

En otra sesión previa trabajaron en conjunto adolescentes y 50 instituciones invitados con el investigador, decidiendo colaborar en la propuesta de investigación. Estas instituciones, de carácter privado y público, cumplían los siguientes criterios: que permitieran trabajar con sus adolescentes y abrir el campo de investigación, debates, reflexión sobre sexualidad, dificultad física e intelectual.

Son instituciones especializadas, públicas y privadas de donde proceden los sujetos de estudios. Ellas se ocupan de la educación, rehabilitación y de la autonomía física e intelectual de personas en situación de incapacidad física e intelectual.

Criterios de selección de los participantes.

La integración de la muestra se hizo en función de un criterio:

- Los adolescentes decidieron por la autoselección y los criterios de disponibilidad y sociabilidad (amigos, cómplices, confidentes, discreción y capacidad de escucha).

- Las instituciones y profesionales eligieron a sujetos que consideraban que tenían problemas sexuales y por lo tanto eran enfermos, pero los adolescentes no aceptaron este criterio. .
- El investigador coincide con los criterios establecidos por los adolescentes salvo la edad cronológica (entre 14 y 18 años).

Descripción de los sujetos

De acuerdo a los criterios anteriores se trabajó con 225 adolescentes (120 mujeres y 105 hombres) en situación de incapacidad física e intelectual, que aceptaron libremente participar y hablar de su vida sexual sin dificultad, institucionalizados (adolescentes que pasan el mayor tiempo en instituciones educativas, terapéuticas, laborales, sociales, recreativas y de tratamiento diferencial), con un nivel intelectual normal (el concepto de dificultad física o intelectual tratado en Ginebra es definido como una posibilidad o condición para desarrollar habilidades, capacidades, situaciones que conducen a los adolescentes a desarrollarse como cualquier ser humano, porque los términos de dificultad intelectual y nivel intelectual normal no son contradictorios según el Ministerio de Educación, la Comisión de Cooperación y Desarrollo Económico 1980), solteros, casados, con hijos, sin hijos, de edad entre 14 a 18 años, procedentes de Europa, Asia, África y América y de medio social normal.

Tipo de estudio y diseño

Optamos por un estudio exploratorio, no experimental con el objeto de explorar las vivencias de la geografía sexual con los 225 sujetos que habían aceptado libremente

reunirse en condiciones naturales para compartir su experiencia en torno a una opción-foto sobre la sexualidad.

Después de la elección y definición tanto de las instituciones como de los sujetos participantes; el procedimiento fue el siguiente:

Se seleccionó y se describió los siguientes instrumentos para la recolección de datos.

- **Exploración de la opción-foto: Los adolescentes buscaron y eligieron una foto que evoca su sexualidad**
- **Presentación de la opción: La foto elegida se presenta y se comparte con el grupo**
- Integración del álbum de foto-lenguaje para recopilar los datos con las opciones-fotos seleccionadas.
- **Selección y descripción de cada instrumento de foto-lenguaje para la recopilación datos.**
- **Descripción de la experiencia grupal_ foto-lenguaje**
- Selección y descripción del registro de recopilación de datos, su objetivo y procedimiento.
- Selección y descripción del material y los responsables para realizar las grabaciones y transcripciones.
- Se seleccionó el método de procesamiento de los datos.
- Selección y descripción del método para tratar, analizar e interpretar los resultados a nivel cualitativo y cuantitativo.

- Finalmente la elaboración de conclusiones e implicaciones.

Selección y descripción de instrumentos

A continuación describimos cada una de los instrumentos y materiales a utilizar

Descripción de los instrumentos del método foto-lenguaje.

Describimos los instrumentos de foto-lenguaje que utilizaremos para la recopilación de datos. En cada experiencia el investigador invitará a los sujetos a elegir el coordinador para dirigir la sección de trabajo, la dinámica de trabajo, el material a utilizar, el registro de recopilación de datos, el responsable de grabaciones y transcripciones, el lugar, el tiempo, la fecha y el horario.

Presentaremos a continuación los siguientes instrumentos:

Exploración y elección de la opción-foto.

Se pondrán los sujetos en situación de explorar y elegir una foto que habla de la sexualidad sin intervención de otra persona para descubrir el objeto, que suscita la expresión sobre sexualidad sin dificultad y de manera natural.

El coordinador invitará a:

- Buscar y elegir una foto que habla de la sexualidad a partir de su mundo, sin intervención de otra persona.
- Presentar la foto en la siguiente sección de trabajo.
- Hablar sobre la propuesta.

Presentación de la opción- foto.

Los sujetos presentarán su opción-foto y compartirán su experiencia con los demás participantes.

El coordinador invitará a:

- Presentar la foto al grupo y al investigador,
- Describir lo que ve en la foto,
- Hablar de lo que ve en la foto y sus significaciones
- Explicar el porqué eligió esa foto y no otra
- Dar un título a la foto.
- Hablar de su contenido.
- Expresar sus sentimientos.

Integración del álbum de foto-lenguaje.

Su finalidad será poner los sujetos en situación de crear un álbum de opción-foto con la que ellos explorarán, elegirán y presentaran. Este Instrumento servirá para explorar la geografía sexual de sus autores.

Comprenderá las fotos que:

- Hablarán, presentarán, describirán, revelarán, explicarán, representarán y les permitirán imaginar su sexualidad.
- Inducirán a imaginar y a comunicar la historia sexual como conquista de libertad.
- Explicarán su vida sexual.
- Presentarán y expresaran su realidad sexual y proyectos de vida.

Experiencia grupal con foto-lenguaje.

Los sujetos serán invitados a vivir la experiencia de grupo con foto-lenguaje a partir de sus siete consignas que el coordinador irá indicando para reunir información

sobre la vivencia de la geografía sexual a nivel grupal. Cada consigna se trabajara en una sección de trabajo por separada y según su procedimiento.

Las consignas:

1. Explorar y elegir una foto que hable de la sexualidad.
2. Presentar la foto.
3. Describir lo que ve en la foto.
4. Hablar de lo que ve en la foto.
5. Explicar por qué eligió esta foto.
6. Imaginar una historia de sexual a partir de la foto.
7. Contar una historia de amor.

Se procederá de la manera siguiente:

El investigador invitará al grupo en cada sesión a:

- elegir el coordinador de la sesión de trabajo
- elegir el sujeto responsable de registrar y transcribir la información
- elegir el formato de registro
- establecer las normas de procedimiento
- establecer las funciones del coordinador
- elaborar la agenda y horario de la próxima sesión de trabajo.

El coordinador procederá a:

- invitar al grupo a vivir la experiencia de foto-lenguaje
- coloca las fotos sobre una mesa en silencio

Invitar a:

- guardar silencio, no hacer comentarios y pasar alrededor de la mesa para mirar las fotos.
- elegir una foto y regresar a su sitio todo en silencio
- mantener la foto en sus manos en silencio
- presentar su foto y hablar de ella
- escuchar
- cada uno a expresar sus sentimientos.

Se terminará la sesión estableciendo el horario, calendario y programa para el próximo. Su duración será de 6 horas por experiencia.

Material

Los participantes seleccionaron: fotos, mesas, sillas, grabadora, casetes, discos, memoria y hojas blancas, formato de registro de datos y transcripción con el objetivo de facilitar el proceso de recolección de datos y asegurar la confiabilidad de los mismos.

Registro de recopilación de datos.

Se optó por grabar y transcribir los datos de cada experiencia de foto-lenguaje. También redactar un documento sobre las vivencias de la opción-foto. Se eligieron los responsables de hacer este trabajo y conservarlo. Con este material se elaboró el documento sobre contenido de la opción-foto. Para asegurar su confiabilidad y no transgredir el discurso original, cada semana se hizo una revisión grupal de las mismas según los objetivos, la hipótesis, las temáticas.

Aplicación de instrumentos para la recopilación de datos.

Esta parte indicamos los instrumentos que utilizamos para reunir los datos sobre vivencia de cada zona de la geografía sexual.

En cada experiencia el investigador invitó a los sujetos a que eligieran el coordinador para dirigir la sección de trabajo, la dinámica de trabajo, el material a utilizar, el registro de recopilación de datos, el responsable de grabar y transcribir cada opción-foto, el lugar, el tiempo, la fecha y el horario.

Exploración y elección de la opción-foto.

Esta parte tuvo como objetivo explorar la opción-foto que facilita a los adolescentes hablar de su geografía sexual. Para este fin procedió a que:

El investigador invita a los sujetos a:

- Buscar y elegir una foto que habla de la sexualidad a partir de sus cosas personales, sin intervención de otra persona.
- Presentar la foto en siguiente sección de trabajo.
- Hablar de la experiencia.

Trabajo que permitió reunir la información sobre el objeto preferido que facilita la expresión sobre sexualidad sin dificultad e induce a compartir la experiencia con los demás.

Presentación de la opción- foto.

Con el objeto de reunir información referente a ¿Cómo presentan y describen su vivencia en torno a la geografía sexual? se procedió a los siguientes:

El coordinador invitó a:

- Presentar la foto elegida al grupo
- Describir lo que ve en la foto
- Hablar de lo que ve en la foto y sus significaciones
- Explicar el porqué eligió esa foto y no otra
- Dar un título a la foto.
- Hablar de su contenido.
- Expresar sus sentimientos.

Esta experiencia aportó un material manifiesto y latente sobre el espejo, la descripción y la vivencia de la geografía sexual.

Integración del álbum de foto-lenguaje.

Preguntamos a los sujetos qué hacíamos con las fotos elegidas y presentadas, con el objetivo de crear un álbum de foto-lenguaje para explorar la vivencia de las zonas geográficas y los signos de sexualización secundaria. Con esta la finalidad se procedió a que:

El coordinador elegido por el grupo de sujetos:

- . Colocó las fotos en una mesa
- . Invitó a integrar cada una de la opción-foto en el álbum según los criterios elaborados referentes a las categorías de fotos:

- Las que hablan de ellos, les presentan, les describen, les revelan, les representan, les hacen imaginar su sexualidad.
- Las que inducen a imaginar y a verbalizar su historia sexual como conquista de libertad.
- Las que explican su historia sexual.
- Las que hablan y presentan su realidad sexual y proyectos de vida.

Con esta experiencia se elaboró el álbum, que recopiló datos de las tres zonas: privilegiadas, signos de sexualización secundaria, zona genital y no privilegiadas.

Experiencia grupal con foto-lenguaje

Para reunir datos sobre la vivencia grupal referente a la geografía sexual se aplicaron las siete consignas. Se realizó una sesión de trabajo por cada consigna con duración de 6 horas y según su procedimiento.

El investigador invitó al grupo en cada sesión de trabajo a:

- elegir el coordinador de la sección de trabajo
- elegir el sujeto responsable de registrar y transcribir la información
- elegir el formato de registro
- establecer las normas de procedimiento
- establecer las funciones del coordinador
- elaborar la agenda y horario de la próxima sección de trabajo.

El coordinador procedió en cada sesión de trabajo a poner en práctica cada consigna.

Elegir la foto que habla de sexualidad.

Con el objeto de reunir datos sobre la presentación de las zonas de la geografía sexual.

El coordinador procedió de la manera siguiente:

Invitó al grupo a vivir la experiencia de foto-lenguaje.

- Revisar las transcripciones con el grupo para asegurar la fidelidad del contenido de la experiencia pasada
- colocó las fotos en la mesa en silencio e invitó a:
- permanecer sentados y en silencio,
- elegir la foto
- mostrar la foto
- presentar la foto

- hablar de la foto
- escuchar al que habla
- dar un título a la foto.
- hablar de su contenido
- Expresar sus sentimientos

Presentar la foto al grupo

Con el objetivo de obtener datos sobre presentación de la geografía sexual.

El coordinador procedió a:

- revisar las transcripciones con el grupo para asegurar la fidelidad del contenido de la experiencia pasada.
- Colocó las fotos en la mesa en silencio.

Invitó a:

- permanecer sentados y en silencio,
- elegir la foto
- presentar la foto
- hablar de la foto
- escuchar al que habla
- dar un título a la foto.
- hablar de su contenido
- Expresar sus sentimientos

Describir la foto.

Con el fin de recopilar datos sobre la descripción de la geografía sexual se procedió de la siguiente manera:

El coordinador realizó los siguientes a:

Colocar las fotos sobre una mesa en silencio

Invitar a:

- guardar silencio, a no hacer comentarios y a pasar alrededor de la mesa para mirar las fotos.
- elegir una foto y regresar a su sitio todo en silencio
- mantener la foto en sus manos en silencio
- describir lo que ve en la foto
- compartir los sentimientos suscitados.

Hablar de lo que ve en la foto.

Con el objetivo de recopilar datos sobre las zonas de la geografía sexual se realizó la siguiente experiencia.

El coordinador procedió a:

- colocar las fotos sobre una mesa en silencio

Invitar a:

- guardar silencio, a no hacer comentarios y a pasar alrededor de la mesa para mirar las fotos.
- elegir una foto y regresar a su sitio todo en silencio
- mantener la foto en sus manos en silencio
- expresar lo que ve en la foto

- expresar los sentimientos experimentados.

Explicar porqué eligió la foto

Con el objetivo de obtener información referente a la vivencia de las zonas privilegiadas y no privilegiadas.

El coordinador:

- coloca las fotos sobre una mesa en silencio

Invita a:

- guardar silencio, a no hacer comentarios y a pasar alrededor de la mesa para mirar las fotos.
- elegir una foto y regresar a su sitio todo en silencio
- mantener la foto en sus manos en silencio
- explicar porqué eligió esa foto y no otra
- hablar de lo que le dice la foto
- Le pregunta cómo se sienten al hablar de su foto.

Imaginar una historia sexual sobre la foto.

Con el objeto de recopilar datos sobre sus historias vividas referentes a las zonas y a los signos de sensualización de secundaria.

El coordinador procedió a:

- colocar las fotos sobre una mesa en silencio

Invitó a:

- guardar silencio, a no hacer comentarios y a pasar alrededor de la mesa para mirar las fotos.

- elegir una foto y regresar a su sitio todo en silencio
- mantener la foto en sus manos en silencio
- imaginar una historia sexual a partir de su foto
- hablar de esta experiencia.

Contar una historia amor a partir de la foto

Se invitó a los participantes a contar la historia de amor con la finalidad que relaten su historia sexual relacionada con las vivencias geográficas a partir de la foto elegida.

El coordinador procedió a:

- colocar las fotos sobre una mesa en silencio

Invitó a:

- guardar silencio, a no hacer comentarios y a pasar alrededor de la mesa para mirar las fotos.
- elegir una foto y regresar a su sitio todo en silencio
- mantener la foto en sus manos en silencio
- imaginar una historia de amor en silencio y mirando la foto
- contar la historia de amor al grupo con la foto en las manos y mirándola
- expresar como se sienten después de esa vivencia.

Las experiencias nos aportaron información de la vivencia sexual de los 225 sujetos.

Resultados

Tratamiento de datos

Tratamos los datos basándonos en el contenido de todas las experiencias con foto-lenguaje realizadas con los 225 sujetos. Este contenido está plasmado en el documento que relata todas las experiencias. Cada contenido revela y presenta la vivencia de la geografía sexual de los adolescentes.

El tratamiento se hizo en términos cualitativos tomando en cuenta: El contenido de las experiencias de la opción-foto, de la aparición y la frecuencia de evocación de un mismo problema, la definición y reagrupación de categorías así como de sub-categorías de datos en función del problema, los objetivos y la hipótesis. Encontramos cuatro categorías según el contenido de las opciones-fotos de los adolescentes. Presentamos solamente las categorías que aparecieron siempre tanto con las adolescentes como con los adolescentes.

La Vivencia de zonas privilegiadas según los adolescentes

Cabeza. Centro de la sexualidad, objeto de seducción y de inteligencia, experiencia afectiva y erótica, objeto de conquista y fuente de placer.

”Esta foto me hacen pensar en la sexualidad...una cabeza feliz, inteligente, bien padre, bien arreglada, con un corte de pelo bonito como nos gusta”.

Cara y sus elementos integrantes. Idea sexual, vida afectiva, erótica, narcisista, poder de seducción y camuflaje de su discapacidad.

” Escogí esta foto porque me reflejo en ella y es como mi espejo. Veo sus caras bien padres, felices y sonrientes, no me importa si tienen pies o escuchan bien o caminan, así quisiera estar felices como ellos”.

Ojos. Revelación de su sexualidad integral

” En esta foto veo jóvenes que tienen unos ojos grandes y bonitos... que hablan y revelan lo que están pensando, lo que están viviendo...esos ojos y sus miradas me dicen que son personas que se sienten a todo dar”.

Cuello y manos. Símbolo de autonomía física y psicológica, centro de erotización y vivencia afectiva.

” La foto que elegí es como lo que yo pienso sobre mi cuello, mis manos y de lo que hago con ellos: me muevo solo, me relaciono, trabajo, expreso mis emociones, me gusta tocar y que me toquen con los manos...me hacen vivir sin problema”.

La vivencia de la zona de la aparición de signos de sexualización según los adolescentes.

Modificación de talla. Ideal femenino y masculino, valoración narcisista y desestabilización física y psicológica.

“Elegí esta foto para imaginar la historia describe nuestro porte físico de buenos galanes y galanas... todos están bien altos. Pero el más chico se ve un poco acomplejado cuando mira a los demás”

Aparición de los vellos. Sentimiento de duda, miedo de la mirada del otro y de su cuerpo.

” La foto que elegí para imaginar la historia de la sexualidad es una foto con grupo de adolescentes encerrados en una habitación y mirándose en el espejo los vellos que les habían nacidos, hablan entre ellos y se miraban unos a otros como preguntándose que sucede”.

La vivencia de la zona genital según los adolescentes

Zona genital. Vivencia genital femenina y masculina, zona de deseos, de placer, de dudas, de dificultades cognitivas y de fantasmas.

“La foto que elegí para imaginar la historia porque muestra dos personas desnudas felices, sin pena de mostrar sus órganos genitales, están parados hablando entre ellos... pero a mi me queda la curiosidad de saber si es cierto que no da pena que lo vean, no se preguntan nada.”

Órganos reproductores femeninos. Realización de la doble función de ser mujer, amante y madre.

“Yo tome esta foto de una mamá con un niño en los brazos, pues así me imagino yo, una mujer madura con mi pareja, con mi bebé en los brazos, que es la felicidad de ambos.”

Órganos reproductores masculinos. Concretización de la situación de hombre viril e ideal masculino, ideal paternal, cuerpo centro de necesidad y placer sexual

“Escogí esta foto de un hombre con un cuerpo fuerte y sus órganos genitales bien varonil, lleno de vida, bien atractivo y en plan de conquistarse a su amiga”

La Vivencia de zonas no privilegiadas según los adolescentes

Parte superior del cuerpo afectada por la dificultad física o intelectual (cabeza, manos). Vivencia que explica la afectación de la condición, ideal y función femenina y masculina.

“Tome esta foto con esta persona que tiene su cabeza torcida y sus manos muy chiquitas para su cuerpo...uno diría tiene muchos problemas para saludar, abrazar, pensar y hablar...etc.”.

Parte intermedia afectada (cadera, abdomen, glúteos). Perdida de autonomía física y objeto de de mirada social discriminativa.

“Escogí esta foto con dos jóvenes sentados en su silla de rueda, que están felices hablando y viendo una revista, parecen novios. Siempre me ha llama a la atención, se cansan de estar sentados y es por eso que están tan gorditos y veos.”

Deterioro de la zona genital. Miedos a que sus órganos genitales reproductores sean afectados en el funcionamiento sexual adulto.

“Tome esta foto porque me recuerda la historia que me contó mi profesor de que no mi cuerpo no funciona bien, que por eso no me excitó... a mi novia le dijo que se quitará la idea de tener un hijo. Es exactamente lo que veo en esta foto, pero en mi vida real es otra cosa.”

Parte inferior afectada (piernas, pies). Desintegración de la imagen corporal geográfica.

“En esta foto yo veo muchas personas que tienen sus cuerpo completo, otra con una sola pierna, con un pie, con dedos, etc. Pero otras no tienen piernas, otras sin pies o sea algo le falta en su cuerpo”

Resultados

Hicimos un análisis global cuantitativo del contenido de foto-lenguaje, en términos de categorías descriptivas, de frecuencias y de porcentajes. Nos limitaremos a presentar los resultados relevantes para construir la aproximación analítica de la vivencia de la Geografía sexual que son los mismos para todas las adolescentes y todos los adolescentes. Presentamos los resultados según el contenido de la opción-foto-lenguaje:

La vivencia de zonas privilegiadas según los adolescentes

Tabla 1. Vivencia de zonas privilegiadas como categorías descriptivas, frecuencias y porcentajes

Categorías descriptivas	F	%
Cabeza : centro de la sexualidad, objeto de seducción y de inteligencia, experiencia afectiva y erótica, objeto de conquista, fuente de placer.	225	100
Cara y sus elementos integrantes: idea sexual, vida afectiva, erótica, narcisista, poder de seducción y camuflaje de su discapacidad.	225	100
Ojos : revelación de su sexualidad integral	225	100
Cuello y manos : símbolo de autonomía física y psicológica, centro de erotización y vivencia afectiva	225	100

Estas vivencias sobre zonas privilegiadas manifiestan la función simbólica y sexual, que los adolescentes les atribuyen, y a su vez hablan de sus privilegios. Estas zonas

son las capacidades y las posibilidades que les permiten vivir e imaginar su sexualidad, así como abordar sus dificultades.

La vivencia de zonas de signos de sexualización secundaria según los adolescentes

Tabla 2. Vivencia de zonas de signos de sexualización secundaria como categorías descriptivas, frecuencias y porcentajes

Categorías descriptivas	F	%
Modificación de talla: ideal femenino y masculino, valoración narcisista, desestabilización física y psicológica	225	100
Aparición de los vellos : toma de conciencia de su cuerpo sexual adulto, sentimiento de duda, miedo de la mirada del otro y de su cuerpo	225	100

Estas vivencias sobre las zonas de signos de sexualización secundaria son las que a los adolescentes a una desestabilización física y psicológica en razón de la modificación de su apariencia y estética sexual, lo cual explica su nuevo concepto de geografía sexual. Pero también les reafirmar su identidad, diferencia, condición de mujer y hombre, ideal sexual y a resolver dificultades sexuales relacionadas con el miedo social y corporal...

La vivencia de la zona genital según los adolescentes

Tabla 3. Vivencia de zona genital como categorías descriptivas, frecuencias y porcentajes

Categorías descriptivas	F	%
Zona genital: vivencia genital femenina y masculina, zona de deseos, de placer, de dudas, de dificultades cognitivas y de fantasmas	225	100
Órganos reproductores : realización de la triple función de ser mujer, amante y madre	120	100
Órganos reproductores : concretización de la situación de hombre viril e ideal masculino, ideal paternal, cuerpo centro de necesidad y placer sexual	105	100

Revela el impacto del cambio genital como un hecho biológico y fisiológico, que pone en evidencia la sexualidad genital adulta, intensifica la necesidad de la construcción de su ser femenino y de su ser masculino según el contenido de la opción-foto de los adolescentes.

La vivencia de zonas no privilegiadas según los adolescentes

Tabla 4. Vivencia de zonas no privilegiadas como categorías descriptivas, frecuencias y porcentajes

Categorías descriptivas	F	%
Parte superior del cuerpo afectada por la dificultad física o intelectual (cabeza, manos): Vivencia que explica la afectación de la condición, ideal y función Femenina y masculina.	225	100
Parte intermedia afectada (cadera, abdomen, glúteos): pérdida de autonomía física y objeto de de mirada discriminativa del otro	225	100
Deterioro de la zona genital de los adolescentes: miedos a que sus órganos genitales reproductores sean afectados en el funcionamiento sexual	225	100
Parte inferior afectada (piernas, pies): Desintegración de la imagen corporal geográfica	225	100

Estas vivencias muestran que son las zonas de la geografía sexual no privilegiadas porque han sido afectadas por el impacto de la dificultad física e intelectual. Esta afectación traduce su deterioro a nivel de morfología, de apariencia física, de estética sexual y funcionamiento fisiológico y personalidad física. Ellas constituyen la experiencia sexual que es el espejo de dificultades físicas y psicológicas que ellos intentan resolver desde sus capacidades y habilidades intelectuales.

Comentarios

Interpretación y discusión

La interpretación y discusión se hizo a partir de la interpretación de los sujetos de sus propias opciones-fotos, y la reinterpretación del analista del auto-análisis de los sujetos. Nos permitió descubrir el secreto que hay detrás de cada palabra del

adolescente en situación de dificultad física e intelectual sobre la opción-foto relativa a la vivencia de geografía sexual. A continuación haremos los comentarios relativos a cada categoría de resultado.

La vivencia de las zonas privilegiadas de la geografía sexual según los adolescentes.

Los adolescentes revelan que su cabeza es el centro y la parte fundamental de su sexualidad. Por que les permite imaginar, pensar y vivir su sexualidad y a su vez banalizar las barreras físicas y psicológicas. Es el lugar de creación y residencia de su vida, ideales, sueños, fantasmas, conflictos, secretos, sufrimientos, deseos, placeres y proyectos. Todo pasa en la cabeza. La sexualidad se vive y se celebra en la cabeza.

La cara y sus elementos integrantes son la representación del ideal de ellos mismos, de su sexualidad y de su vida afectiva.

Sus ojos revelan, expresan y comunican su sexualidad y sus preocupaciones. Son la revelación de su consciente e inconsciente sexual. La pantalla que proyecta su vida, su imaginario, sus esperanzas, sus desilusiones y sus triunfos. Ante todo, manifiestan el misterio de su vida, de sus demandas corporales, afectivas, eróticas, narcisistas, edípicas y cognitivas.

Su cuello y sus manos son las partes que les facilitan su vida y su imaginario sexual. Les conduce a superar y banalizar sus heridas físicas y su pérdida de autonomía funcional. Cuello y manos son el objeto de toma de conciencia de su geografía como fuente somática de excitación sexual y fuente de placer. Con ellos

comunican su vida afectiva, erótica y sexual. Con esta experiencia va poco a poco reafirmando su de autonomía física y psicológica.

La vivencia de las zonas de signos de sexualización secundaria según los adolescentes.

La aparición de signos de sexualización secundaria representa por un lado la vivencia de la construcción de lo femenino y de lo masculino. Por otro, representa la vivencia de traumatismo interno, la desestabilización física y psicológica. Este facto explica el deterioro del registro real e imaginario de la geografía sexual según las historias de los adolescentes.

Esta vivencia sobre crecimiento físico nos revela y explica que para los adolescentes la modificación de su talla tiene una doble connotación. Primero les conduce a elaborar un ideal femenino y masculino reconfortante dentro de los parámetros sociales aceptados. Esta experiencia pone en evidencia el concepto de valoración narcisista, pues los adolescentes se sienten galanes y a gusto con ellos mismos a pesar del temor social. También explica que la aparición de este signo es la causa de la desestabilización física y psicológica bajo los efectos de la modificación morfológica, apariencia y estética sexual de su geografía relacionada con el miedo social.

Para los adolescentes la vivencia en torno a la aparición de los vellos tiene una doble connotación. Por un lado, es la experiencia que les conduce a tomar conciencia de su cuerpo sexual adulto, a reafirmar su identidad y diferencia. Por otro

lado, es la vivencia del temor y del miedo al mundo desconocido, a la mirada social que los descubra en sus dificultades y por ende negar su sexualidad.,

La vivencia de la zona genital según los adolescentes.

Los adolescentes explican que la vivencia en torno a su zona genital es lo que les conduce a tomar conciencia de su genitalidad y de su sexualidad genital adulta. Por esta razón estiman que es el objeto esencial para construir su identidad y su diferencia, su condición femenina y masculina. Sin duda alguna, la vivencia genital les facilita descubrir su geografía como fuente de necesidades, de deseos, de satisfacción sexual y de vida. Por otro lado es causa que explica los sentimientos de inseguridad, de traumas intelectuales y de representaciones fantasmáticas que evocan sus miedos, sus insatisfacciones y sus necesidades afectivas, eróticas, narcisistas, cognitivas y edípicas.

Las adolescentes tienen una vivencia de sus órganos genitales reproductores son la prueba y la evidencia de sus capacidades eróticas, narcisistas y fisiológicas. Esta vivencia les conduce a tomar conciencia de su geografía como lugar de deseo, de placer, asimismo como espacio erótico, como objeto de seducción, de intimidad corporal y sexual, que les permite realizarse como mujer, madre y amante.

Para los adolescentes, sus órganos genitales reproductores son los símbolos de su genitalidad y su sexualidad adulta, de su identidad, de su masculinidad, de su funcionamiento sexual adulto, de su curiosidad intelectual y sexual, así como de su poder fálico. En fin, es la vivencia que explica y reafirma su autonomía y sus reconstrucciones narcisistas-fálicas.

Estas vivencias representan el campo privilegiado de manifestaciones conscientes e inconscientes relacionadas con la identidad femenina y masculina.

La vivencia de zonas no privilegiadas bajo el impacto de la dificultad física e intelectual.

Los adolescentes explican que sus vivencias en torno a sus zonas no privilegiadas de la geografía sexual muestran el impacto de la dificultad física e intelectual en la apariencia física y en la estética sexual.

La vivencia de la parte superior explica las repercusiones negativas y el deterioro del ideal femenino y masculino. Es el factor explicativo de la pérdida narcisista y en miedo social.

La parte intermedia es la zona que manifiesta el impacto de la dificultad física e intelectual en términos de pérdida de autonomía física, de diferencia y reducción del funcionamiento sexual. Es también causa de una mirada social discriminativa bajo el impacto de la dificultad física visual y de la intolerancia a lo que es diferente.

Para las adolescentes su vivencia en torno al impacto de la dificultad física sobre su zona genital no privilegiada traduce el miedo y la preocupación de que sus órganos reproductores pierdan la capacidad de procreación y su funcionamiento sexual sea reducido. Es el miedo a no realizarse como mujer y madre.

Para los adolescentes su zona genital no privilegiada es la parte afectada por la dificultad física o intelectual. Para ellos esta vivencia es y representa la pérdida de capacidades funcionales de sus órganos reproductores. Ponen en riesgo su estatus y condición de hombre e ideal masculino por las repercusiones negativas a en su funcionamiento sexual.

Para los adolescentes su vivencia sobre la ausencia, la deformación, lo no estético referente a las piernas y a los pies representa la desintegración de la imagen corporal geográfica, Es un cuerpo y una geografía que carece de elementos de apariencia física integral, de estética sexual y de capacidad de seducción.

Conclusiones

En cuanto al método constatamos que él tiene el poder mágico de suscitar la palabra sobre el mundo real e imaginario referente a Geografía sexual. Facilita descubrir la forma de analizar e interpretar las historias de los adolescentes y a su vez comprender el secreto psicológico del contenido sobre la opción-foto-lenguaje en torno a su geografía sexual.

La Literatura nos presenta un discurso centrado en la discapacidad como patología sin considerar que los adolescentes tienen una personalidad sexual como todo ser humano. En esta investigación constatamos, que la vivencia de la geografía sexual es la fotografía de lo que representa su cuerpo como intelecto y fuente de placer. Espejo de sus vivencias de zonas sexuales privilegiadas, signos de sexualización secundaria y zonas no privilegiadas.

En fin, es el efecto de la vivencia corporal, afectiva, erótica, narcisista, edípica, social. Estas vivencias nos hablan de un imaginario idealizado y del impacto de la dificultad física, intelectual y social. Las dificultades vividas hacen que ellos desarrollen un imaginario antiasmático muy idealizado.

Haber descubierto que los adolescentes comprenden su cuerpo como zonas geográficas privilegiadas y no privilegiadas, articuladas y complementarias, les hace

vivir su sexualidad sin barreras físicas ni psicológicas y les permite superar las limitaciones que tienen en mayor o menor grado como todo ser humano.

De esta vivencia podemos afirmar que la dificultad física e intelectual no es lo fundamental para ellos, sino la manera de cómo manejan y abordan el impacto de sus limitaciones sobre su sexualidad. Es por eso, que optan por banalizar o no dar importancia a ciertas carencias y dificultades humanas. Lo esencial es tener la capacidad de elaborar soluciones ecológicas e inteligentes a las dificultades y ponerlas en prácticas para tener una vida sexual plena y sana.

Estos hallazgos podrían ser aplicados a todo ser humano, pues, la sexualidad se vive, se recrea y se maneja en el intelecto. Ya que este es la parte esencial y vital de la geografía sexual. Lo cual nos conduce a interrogarnos al respecto ¿Es que todas las personas viven su sexualidad como expresión de las tres zonas de la geografía sexual?

Estos hallazgos nos conducen a elaborar e incorporar un enfoque ecológico, a informándonos e informar, a desmitificar, a educar y a formar sobre la realidad sexual como un todo humano-psicológico: celebración de la vida. En fin, combatir temores y tabúes en torno a la sexualidad y discapacidad.

Referencias

- Allaire, A. (1987). Femme et hândicap. Rapport de recherche sur la condition des femmes handicapées. Cândia: Publications de Québec, 1-86.
- Alvin, F. (1962). Troubles de l'identification et l'image corporelle. (2.ed.). France, Psychanalyse, 5-116.
- Anzieu, A. (1993). L'inquietante féminité. Adolescence. Francia: P.U.F.
- Anzieu, D. (1974). Le moi peau. Nouvelle Psychanalyse, 9, 193-209. Francia: P.U.F
- Association des paraplegiques du Québec. (1979). La sexualité du blessé médullaire. Cândia: Association des paraplégiques du Québec, 1-40.
- Association handicaps et sexualité, (2011). Pour un acces á la vie affective et sexualité des personnes en situation de hândicap. France. Collectif hândicap et sexualité, 1-10.
- Atti Conferenze Anffas. (1981). Handicappato e gli altri. Italia: Centro di documentazione e investigazione de Bologna di handicaps (AIAS), 1-82.
- Bacque, M. F. (1990). Complémentaire du Rorschach et du tat dans l'analyse du fonctionnement mental de dix patients atteints de leucémie aiguë. Francia. Rorschachiana XVII, XIII Congrès International du Rorschach et des Méthodes Projectives, 201-205.
- Barbot, F. (1984). Les sens des troubles de comportements chez les IMC. France. Motricité cérébrale, 2, 1-86.

Barrette, F. (1977). La sexualité: questions soulevées par la nécessité de garantir les droits sexuels des déficients mentaux. Canada. Déficience mentale, (vols. 27), 4, 49-56.

Barton, D. (1967). Sexually deprived individuals. Inglaterra. Medical Aspects of Human Sexuality, (vols. 6), 7, 88-97.

Barton, L. (2005). Discapacidad y sociedad. Madrid, España: Morata.

Basquin, M., Braconnier, A. y Coll, J. (1982). Le jeune handicapé et sa famille. l'apport de la psychiatrie de l'enfant. Francia: E.S.F. 93 -105.

Beizman, C. (1982). Le Rorschach de l'enfant à l'adulte. Collection actualités pédagogiques et psychologiques. Francia: Delachaux et Niestlé.

Bellak, L. (1950). The effect of situational factors on the T.A.T. England. Journal of projective technique, (vols. 14), 3, 309-314.

Benedek, T.H. (1978). El desarrollo de la personalidad. Buenos Aires, Argentina: Paidó.

Brelet, F. (1981). A propos du narcissisme dans le T.A.T. France. Psychologie Française, 26,1, 24-37.

Bruner, J. (1995). Le développement de l'intelligence dans la médiation sociale. Suisa: SZH, 61-82.

Callens, E. y Smelten, V. (1990). Avoir un corps blessé pour la vie: être adolescent avec un handicap moteur. Francia: Osson.

Champonnois, C.(1996).Handicap et sexualité: Les aspects psychologiques. France: Association des paralyses de France, 505, 74-80.

Chigier, E. (1976). Sex education for the deaf. Tel Aviv, Israel: Communication présentée en XIII Congreso Internacional de Rehabilitación, 8-12.

Creapult, C.(1986). Proféminité, développement sexual. Québec, Canada: Preses de l'Université du Québec.

Dague, P. (1973). Les niveaux intellectuels de la paralysé cérébrale. France. Traité de Psychologie appliqué, 3.

Derouaux-Devker, C. (2005). La vie affective et sexualité du jeune handicapé. France: Apaema.

Deutsch J. y Deutsch A. (1966). Physiology psychology. Alemania: Homeword dorsey.

Dolto, D.(1988). La cause de l' adolescence. France: Robert Lafort.

Feinstein, S:C., Giovacchini, P.L. y Miller, A. (1991).Psychiatrie de l' adolescent. France:Puf.

Foucault, M. (2001). Los anormales. España: Siglo XXII.

- Francois, N. (1983). La vie sexuelle des jeunes adolescents. C nada, R adaptalogue, 7, 1-9.
- Gambos, S. y Ramos, B.E. (1998). Juegos diferentes, una alternativa para vivir la discapacidad desde la integración. Argentina: Bonum.
- Garelli, M. (1973). L  enfant IMC et son corp contribution   l étude de la genese du corp représenté et vécu. France. Bulletin de Psychologie 2, 362-385.
- Kal, G. y Linner, O. (1979). Handicap mentaux, sexualité et normalisation, Suède, Le sexe no...2(12), 1-6
- Klein, N. (1990). Handicaps et sexualité, France, Le cahiers de l  exclu. Laisons, 5(12), 1-9.
- Kohler,C. y Lachanat, J. (1977). Le schéma corporel des enfants infirmes moteurs cerebraux. (vols.2).France. annales médico-psychologiques, vol 2,,2, 175-185.
- Laine, S. (1984).Handicap et plaisir.France. Notre corps brantralement. 16(7,9), 41-44.
- Lemperiere, T.H, Feline, A. (1991).Psychiatrie de l  adulte. France: Masson.
- López, M.A., Marín, A.I. y Porte, J.M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respecto al derecho de autodeterminaci n. Siglo Cero, Discapacidad intelectual, 35, 1, 45-55.
- Lutte, G. (1986). Libérer l  adolescence. France: Masson.

Marcelli, D. (1995). Psychopathologie de l'enfant. (ed.4), France: Masson.

Masters, J.H. (1987). Amour et sexualité. France: Interéditions.

McGreen, K.S. y Bruininks, R.H. (1993). Utilización de instrumentos de conducta en la investigación teórica y aplicada. Discapacidad y conducta adaptativa, 85-98. España: Universidad de Deusto.

Mercier. M. Gascon H. y Bazier, G. (2006). Vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes deficientes mentales. Bélgica: Pub.

Mesny, J.(1981). Dossier: Handicap et sexualité. France, journal, 27, 3, 15-20.

Ministere de l'Education National, Organisation de Cooperación et de Developpement Económico y Centro pour la Recherche et Innovation en Education (1980). L'integration des jeunes handicapés dans la classes ordinaires. France. Actes du Séminaire tenu a Saint-Maximin.

Robaye, F. (1969). L'enfant au cerveau blessé. Belgique: Dessart et Mardaga.

Robaye, F. (1988). L'approche de l'enfant multihandicap. France: Puf

Shentoub, V. (1961). La fonction du test projectif dans un travail d'équipe. France, Psychologie française, 7(2) 126-133.

Sheutoub, V. (1990). Recherche experimentale et clinique du thème banal dans le T:A. France, Psychologie française, 3 (2), 405-524.

Tordijman G. (1978). Realités et problèmes de la vie sexuelle. France: Dersart.

RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN EN NIÑOS CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE ESCOLAR

INFORMATION RECOVERY IN CHILDREN WITH SCHOOL LEARNING PROBLEMS

Mucio A. Romero Ramírez, Norma Piedad Islas Rivera y Norma A. Ortega

Andrade

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

RESUMEN

El presente estudio reporta un experimento en el que se examinó el efecto del intervalo de retención (IR) en la recuperación de la información en una tarea de discriminación inversa en niños con dificultades de aprendizaje escolar. Se estudió el efecto de un IR de 48H en la recuperación de la respuesta en una tarea de igualación a la muestra que incluyó el aprendizaje de relaciones de forma y color con dos fases una de adquisición, otra de inversión y una de prueba final de inversión. Los resultados mostraron la recuperación espontánea de la discriminación original después de un IR de 48H. Los resultados permiten sugerir que la presencia de un IR puede funcionar como señal contextual para producir una recuperación de la información. Los datos se discuten en términos del modelo de Bouton (1993) y su aplicación al contexto escolar en niños con dificultades de aprendizaje escolar.

Palabras clave: Intervalo de retención, recuperación de información, discriminación, niños, dificultades de aprendizaje.

ABSTRACT

The present study report one experiment that examined the effect of the retention interval (RI) on retrieval of the information using a successive reversal discrimination paradigm with children with learning problems. Experiment examined the effect of retention interval of 48h in a matching-to-sample task that involved learning of colored form relationships across an acquisition phase a reversal, and a final test of reversal. Results demonstrated the spontaneous recovery of original discrimination when there was a 48-h retention interval. These results suggest that the presence of the RI can be a

contextual-like cue that modulate delayed retrieval of information. Data are discussed on the terms of Bouton's model (1993) and its applications in school context on children with learning problems.

Key words: Retention interval, information recovery, discrimination, children, learning problems.

RESUMO

O relatório de estudo presente uma experiência que examinou o efeito do intervalo de retenção (o RI) em recuperação da informação que usa um paradigma de discriminação de reversão sucessivo com crianças com aprender problemas. Experiência examinou o efeito de intervalo de retenção de 48h em uma tarefa de emparelhar-para-amostra que aprendizagem envolvida de relações de forma coloridas por uma fase de aquisição uma reversão, e um teste final de reversão. Resultados demonstraram a recuperação espontânea de discriminação original quando houve um 48-h intervalo de retenção. Estes resultados sugerem que a presença do RI possa ser um contextual-como sugestão que modula recuperação atrasada de informação. São discutidos dados nas condições de modelo de Bouton's (1993) e suas aplicações em contexto escolar em crianças com aprender problemas.

Palavras chaves: Intervalo de retenção, informação recuperação, discriminação, crianças, aprendendo problemas.

Introducción

El interés por los problemas escolares ha ido en aumento. Actualmente en el ámbito educativo, uno de los problemas que con mayor frecuencia se presentan son el bajo rendimiento académico, los problemas en el aprendizaje y en particular los problemas relacionados con la lectura y la escritura (Bermudez, 1995). Se ha visto que en casi todas las instituciones escolares los maestros observan y reportan niños que no responden a la enseñanza en la misma forma que la mayoría de sus compañeros. El problema educativo en México abarca dos tipos de problemas que frecuentemente se han manejado por separado: uno es el bajo rendimiento y el otro es el relativo a las dificultades específicas del aprendizaje. Podemos observar que existen puntos de coincidencia entre el fenómeno del bajo rendimiento y el de las dificultades del aprendizaje, ya que en ambos casos el punto central a considerar es el desempeño deficiente en las áreas académicas básicas, como la lectura, la

escritura y las matemáticas. A los niños que presentan tales características y funcionan en el ámbito escolar de manera deficiente en las tareas académicas, se les caracteriza globalmente como sujetos con problemas en el aprendizaje.

Una dificultad de aprendizaje general es un término que describe e incluye problemas de aprendizaje específicos, en particular a nivel escolar. Este tipo de problemas puede causar que un niño tenga dificultades para aprender y utilizar ciertas habilidades. Las habilidades que son afectadas con mayor frecuencia son: las implicadas en la lectura, la escritura, las relacionadas con la comprensión verbal, hablar, razonar, memoria y las matemáticas básicas (Artuso y Guzmán, 2000; Morris y Blatt, 1999; Romero, Aragón y Silva, 2002).

Cuando un niño tiene dificultades en el aprendizaje puede presentar destrezas o habilidades inadecuadas como, problemas en aprender el alfabeto, errores en leer en voz alta, errores en la comprensión de lo que lee, problemas en la legibilidad de la letra, dificultad en recordar los sonidos de las letras, palabras, etc., así como problemas de memoria a corto y a largo plazo. Tales dificultades son frecuentes en toda situación escolar. En el caso particular de las dificultades en la lectura autores como Baddeley (1999), Baqués y Sáiz, (1999), Gerheart, (1987), Hulme y Mackenzie, (1994), Romero, Sánchez y Rabadán, (1992), Sattler, (2003) entre otros, consideran que el papel de la memoria es de vital importancia en la adquisición de las habilidades académicas. No obstante, es posible que con la ayuda de la investigación básica, se pueda analizar y determinar los procesos y mecanismos del aprendizaje y la memoria en humanos, los cuales servirán de base para futuras intervenciones en las dificultades del aprendizaje escolar analizando de forma sistemática los mecanismos implicados en el recuerdo o recuperación de información en el proceso de aprendizaje. Así, dentro de la literatura de la investigación básica se ha considerado al paso del tiempo como un componente importante en la recuperación de información (en lo sucesivo lo entenderemos como recuperación de lo aprendido).

Por su parte, los estudios sobre el paso del tiempo o más conocido como intervalo de retención (IR) utilizado en situaciones de aprendizaje entre estímulos (condicionamiento clásico) y entre una respuesta y un estímulo (condicionamiento operante) en relación con el recuerdo de la información aprendida, han demostrado un efecto conocido como recuperación espontánea de la información y/o de la respuesta aprendida tanto en animales como en humanos, es decir, se observa que después del paso del tiempo se presenta la respuesta que supuestamente se había considerado reducida o eliminada y con la información que se obtuvo en un momento específico (v.g., Bouton y Swartzentruber, 1991; Brooks, 2000; Burdick y James, 1970; Kahng, Iwata, Thompson y Hanley, 2000; Lerman, Iwata, y Wallace, 1999; Rosas y Bouton, 1996; Skinner, 1938).

Tal efecto ya es muy conocido desde los experimentos que Pavlov (1927) realizó al estudiar los reflejos condicionados y en experimentos realizados en aprendizaje verbal (Brown, 1976; Slamecka, 1966; Wheeler, 1995) y aprendizaje de relaciones causa-efecto (Vila y Rosas, 2001).

En una situación de aprendizaje entre estímulos en el que un estímulo es retirado después de ser suministrado periódicamente, conocida como extinción, consiste en la presencia de un estímulo incondicionado (EI; v.g. comida) relacionado con un estímulo condicionado (EC; v.g., una campana) provocando la presencia de una respuesta condicionada (RC; v.g., salivación). Posterior a esto la presencia del EC sin la presencia del EI propiciará la disminución o eliminación de la RC hasta el grado de que ésta ya no se presente. En el caso de la situación de extinción pero en el aprendizaje entre una respuesta y un estímulo se requiere que se presente una RC (v.g. respuesta a una palanca) en presencia de un estímulo discriminativo (ED; v.g. luz verde, sonido, etc.) cuyo resultado es la presencia de un EI (v.g comida, dulces, alabanzas, etc.). Después la presentación del ED sin el EI provocará la disminución o eliminación de la RC, como en el caso de la situación descrita arriba.

El efecto de recuperación espontánea se observa cuando se presenta un IR después de una fase en que un estímulo es retirado al haber sido suministrado periódicamente en situaciones de aprendizaje entre estímulos o entre una respuesta y un estímulo. Este efecto ha sido demostrado en varios procedimientos de aprendizaje (véase Brooks, Karamanlian y Foster, 2001). En los estudios descritos por Brooks et al. (2001) se observa que el aprendizaje de la información obtenida en un primer momento o fase no es eliminada durante la extinción, la primera información puede ser recuperada por la presencia de un IR, a pesar de que en un segundo momento se presente otro tipo de información que contradice a la del primer momento (véase también Bouton y Brooks, 1993; Pavlov, 1927; Rosas y Bouton, 1996; Thomas, McKelvie y Mah, 1985).

Los resultados anteriores también son consistentes en otras situaciones de aprendizaje en las que se incluyen ya sea dos tipos de información entre estímulos o dos tipos de información entre una respuesta y un estímulo como en la extinción. Consideremos el aprendizaje de la discriminación (o diferenciación) de dos tipos de información que se invierten. En este tipo de aprendizaje, un niño puede aprender primero una información de la relación entre dos estímulos, en el que a un estímulo (v.g., X) lo relacionan con un dulce en cuya presencia debe de dar una respuesta (tocar el estímulo) y a otro estímulo (v.g., Y) lo presentan sólo en cuya presencia el niño no debe de dar respuesta; la letra X podría ser un cuadrado y la letra Y un círculo. Después en un segundo momento o fase puede aprender la información de una relación de inversión de los mismos estímulos, ahora el estímulo X se presenta sólo y el estímulo Y se relaciona con un dulce requiriendo del niño la misma respuesta como antes. En este caso, la frecuencia de la respuesta del niño se reduce en relación a la primera información y es sustituida por un aumento de la segunda respuesta en relación a la segunda información (aprendizaje de la relación de inversión). El aprendizaje de la relación de inversión discriminativa del segundo momento interfiere con el aprendizaje del primer momento, es decir, la segunda información promueve que la primera información se olvide. Esta situación de

aprendizaje ha sido estudiada extensamente en situaciones de aprendizaje de evitación de estímulos (Gordon, Frank y Hamperg, 1979; Spear, Smith, Bryan, Gordon, Timmons, y Chiszar, 1980), en condicionamiento apetitivo (Thomas et al., 1985) y en aprendizaje de supresión condicionada de respuestas (Bouton y Brooks, 1993).

En el experimento de Spear et al. (1980) se observó que la respuesta de evitación de estímulos de la primera fase se recuperó o recordó por el paso del tiempo. Resultados similares se observaron en una situación de aprendizaje de inversión en un laberinto en T (Chiszar y Spear, 1969), en situaciones de discriminación de inversión apetitiva (Gleitman, 1971; Spear, 1971) y en situaciones de aprendizaje entre una respuesta y un estímulo (Burr y Thomas, 1972; Romero, Vila y Rosas, 2003; Thomas, Moye y Kimose, 1984; Vila, Romero y Rosas, 2002).

Utilizando una situación de aprendizaje de discriminación de dos tipos de información que se invierten con ratas, Bouton y Brooks (1993) realizaron un estudio para probar el efecto del paso del tiempo. El primer aprendizaje de discriminación aparentemente eliminado u olvidado por la interferencia del segundo aprendizaje de discriminación de inversión, es recuperado o recordado cuando se presentaron las mismas relaciones entre estímulos 28 días más tarde, es decir, con un IR de 28 días.

Por otro lado, Romero et al. (2003) utilizaron una situación de aprendizaje de discriminación de dos tipos de información que se invierten en una tarea de igualación a la muestra simultánea con humanos adultos jóvenes en tres fases. En una primera fase se presentó un estímulo llamado muestra con dos estímulos de comparación que al elegirse el comparativo 1 con características semejantes al estímulo muestra éste se relacionó con una recompensa y sin recompensa el estímulo comparativo 2. En una segunda fase o momento el mismo estímulo muestra se relacionó la recompensa con el estímulo comparativo 2 y no con el estímulo comparativo 1. En este caso, se encontró que la respuesta de los participantes se reduce en relación a la primera información y es sustituida por un aumento de la

segunda respuesta en relación a la segunda información (aprendizaje de la relación de inversión) como en el ejemplo descrito antes del niño. Después a un grupo se le presentó una fase de prueba inmediatamente después de terminada la fase de la segunda información (inversión) y al otro grupo le presentaron la fase de prueba 48 horas después. Encontraron que transcurrido el IR de 48 horas el aprendizaje de la información de la discriminación de la fase 1 se recuperó espontáneamente, reduciendo la interferencia del aprendizaje de la fase de inversión. El aprendizaje de la relación de inversión discriminativa del segundo momento que interfiere con el aprendizaje del primer momento, es decir, que promueve que la primera información se olvide, la presencia del paso del tiempo promovió que la interferencia de la información del segundo momento se olvide promoviendo que la información del primer momento se recuerde.

La evidencia experimental en humanos descrita en apartados anteriores permite sugerir que la recuperación espontánea de la primera información demostrada en situaciones de aprendizaje en donde se presenta la fase de extinción puede también ser encontrada en otro tipo de tareas como en el aprendizaje de relaciones causa-efecto. Se destaca el estudio de Vila y Rosas (2001) donde el procedimiento consistió en relacionar medicinas ficticias con enfermedades inventadas, pero en este caso se pedía un juicio que indicara la relación causal entre una medicina y una enfermedad. Los participantes fueron asignados a dos grupos, a un grupo se le presentaba la fase de prueba inmediatamente después de la fase de extinción mientras que en el otro se dejaba transcurrir un IR de 48 horas una vez terminada la fase de extinción. Los resultados mostraron que el IR hacía que se recuperase el aprendizaje de la primera información, es decir, la relación medicina-enfermedad entrenada durante la fase 1. Hacia el final de esta fase, sólo la información acerca de la relación positiva entre la medicina y la enfermedad es almacenada en la memoria y la relación causal entre ambos sucesos es juzgada como alta, es decir, que esa relación es la que recordaban como más relevante.

Tradicionalmente, la recuperación espontánea se ha explicado de distintas maneras. Por ejemplo, Skinner (1950) la atribuyó a la presencia de pistas o señales relacionadas con la manipulación que se realizaba de los sujetos al inicio de la fase de extinción. Tales estímulos podrían haber sido sometidos a poca extinción y por eso ser causa de la recuperación cuando los sujetos son reintroducidos en la cámara experimental para iniciar una sesión de prueba, los cuales eran recordados por los sujetos experimentales. Por su parte, Hull (1943), Konorski (1948, 1967) y Pavlov (1927) coinciden en que el tiempo puede dispersar la inhibición que se desarrolla durante la extinción. Robbins (1990) retoma el argumento anterior y sostiene que además se mejora o desarrolla la atención al EC. Estes (1955) también comparte la idea del papel del paso del tiempo en la dispersión de la inhibición en la extinción sugiriendo también que se incrementa la probabilidad de los elementos estimulares que no fueron extinguidos durante la extinción.

Como explicación alternativa, Bouton (1988, 1991, 1993) sugiere que el paso del tiempo puede retirar o cambiar al sujeto del contexto temporal en donde se presentó la fase de extinción dificultando la recuperación del aprendizaje que se desarrolla en el mismo, es decir, el tiempo en que el sujeto aprendió un tipo de información, por ejemplo, la segunda información en los casos descritos antes, es distinto del tiempo en que el sujeto la aprendió cuando se requiere que recuerde dicha información, cuando se presenta la fase de prueba como en los casos descritos. El intento de explicar la recuperación espontánea de la respuesta condicionada es una manera de asumir que la segunda fase (fase de extinción o de inversión) no involucra una destrucción o desaprendizaje de la relación entre estímulos o entre una respuesta y un estímulo (Rescorla y Wagner, 1972), siendo claro que la respuesta en relación a dicha información permanece aun después de un largo entrenamiento del segundo momento llámese extinción o inversión.

De acuerdo con el modelo de Bouton (1993) la recuperación o recuerdo de la información puede ser dañada por la interferencia de la información aprendida antes o después, o por un cambio en el contexto temporal entre la situación de aprendizaje

y la de prueba, asumiendo que el paso del tiempo inevitablemente cambia el contexto entre los momentos de aprendizaje y el momento de la prueba dañando el recuerdo de la información. Esta idea ha sido apoyada por la evidencia experimental que nos sugiere que la recuperación espontánea se debe al hecho de interponer un IR entre los momentos de aprendizaje y la prueba. Con el paso del tiempo ocurren cambios en el contexto interno (cambios en los estados de ánimo o fisiológicos) y contexto externo (cambios en los distintos aspectos y/u objetos de un lugar) del sujeto, y de acuerdo a Bouton (1993) en situaciones en donde existe interferencia de información como es el aprendizaje de discriminación de dos tipos de información que se invierten descrito antes, también ocurre un cambio de contexto entre el momento de inversión y el de prueba, por lo que esto ocasionaría el olvido de la información de la interferencia (segundo momento) recuperando así la información del primer momento, es decir, se presenta la recuperación espontánea de la primera información aprendida.

Las situaciones de aprendizaje en las que se ha demostrado la recuperación espontánea se han aplicado tanto a animales como a humanos normales. No obstante, a pesar de la existencia de evidencia del papel de la presencia del IR en niños normales (Romero y Vila, 2005) no se ha documentado en niños con dificultades de aprendizaje escolar. Por lo tanto, el propósito del presente experimento fue explorar el papel del intervalo de retención en niños con este tipo de dificultades.

Lo que pretenden los estudios descritos es demostrar que la presentación de situaciones de aprendizaje de relaciones entre estímulos y que requieran una respuesta como es el aprendizaje de letras en el contexto escolar, es demostrar la aplicabilidad de los estudios experimentales a la solución de problemas prácticos y difundir la sustentación teórica y empírica y de dónde surgen los fundamentos para el diseño de estrategias de intervención de las dificultades de aprendizaje escolar. Además es de suma importancia considerar que el trabajo en los contextos escolares implica que el aprender primero una relación como el sonido de un fonema con su

imagen y después aprender otro sonido de fonema con su respectiva imagen, y aprender una segunda relación puede hacer que los niños olviden lo que aprendieron antes y utilizar estrategias de recuperación o recuerdo de información, como desvanecer la interferencia o preguntar tiempo después por un tipo de información, es posible asegurar el recuerdo de un tipo de información específica que el maestro requiere.

Método

Participantes

Participaron en el Experimento 20 niños (5 hombres y 15 mujeres) de 8 a 9 años de edad, pertenecientes a una escuela primaria de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, sin experiencia en la tarea a realizar y participando de manera voluntaria. Los participantes fueron separados en dos grupos de forma aleatoria al inicio del estudio. Para determinar el nivel de dificultad de aprendizaje escolar de los niños, se aplicó el Inventario de Ejecución Académica (IDEA; Macotela, Bermúdez y Castañeda, 1991). El inventario es un instrumento que cumple con requisitos de la evaluación de referencia al criterio: a) mide directamente la ejecución del alumno, en términos de conducta observable; b) evalúa conductas relacionadas directamente con los aspectos que se pretende evaluar; c) permite medir los cambios en la conducta al ser aplicada en dos o más momentos diferentes; d) permite ubicar cuáles habilidades conductuales ha desarrollado cada niño y aquellas de las que carece, y e) proporciona información sobre las habilidades adquiridas en lectura, escritura y matemáticas de primero, segundo y tercero de primaria. Fue validado en población mexicana y permite evaluar la ejecución de las áreas académicas prioritarias a través de datos cuantitativos y cualitativos. De acuerdo a las características de los niños y considerando que van en tercero de primaria, del instrumento se aplicó la sección correspondiente al formato de segundo de primaria, de acuerdo a los criterios especificados en el instrumento. Con base a los resultados del inventario y el reporte

del profesor de grupo, se decidió trabajar con los niños que cubrieran el criterio de dificultades de aprendizaje escolar.

Materiales y Situación Experimental

El experimento se llevó a cabo en un salón proporcionado por el director de la escuela de 3 m x 3 m en el que había una computadora Lap Top marca Toshiba compatible con IBM. Las figuras de la tarea de igualación a la muestra fueron elaboradas en el programa Super Lab Pro versión 2.0 (Cirrus Co., 1999). Éstas fueron presentadas sobre la pantalla de la computadora en un fondo blanco de 3.5 cm. de ancho por 3.3 cm. de alto dentro de un fondo gris de 18.8 cm. de ancho por 11.3 cm. de alto. Como se puede ver en la figura 1, uno de los fondos blancos fue colocado en el centro superior de la pantalla. Una de las figuras muestra siempre se presentó ahí. En los otros fondos blancos en donde se presentaron las figuras de comparación fueron colocados en la parte de abajo derecha e izquierda equidistantes del estímulo muestra.

Las figuras muestra (M) utilizadas fueron un cuadrado rojo (M1) de 2 cm. por lado, un círculo azul (M2) de 2.1 cm. de diámetro y un triángulo isósceles verde (M3) de 2 cm. de base x 3 cm. de alto como estímulo distractor. Las figuras de comparación (C) fueron un cuadrado azul (C1) de 2 cm. por lado, un círculo rojo (C2) de 2.1 cm. de diámetro. Además se presentaron dos fondos blancos de comparación de 3.5 cm. de ancho x 3.3 cm. de alto, cuando se presentaba el triángulo isósceles verde. El lugar donde C1 y C2 se presentaron con respecto a la figura muestra fue contrabalanceado a través de los ensayos. Los participantes dieron su respuesta apretando el botón izquierdo del ratón dentro del área del estímulo de comparación.

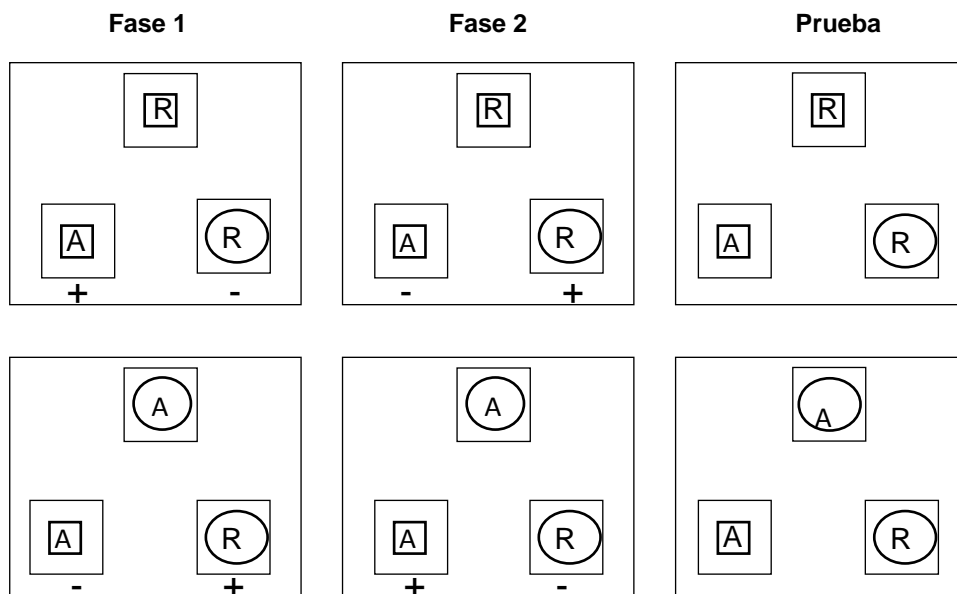


Figura 1: Ejemplo de la tarea experimental utilizada. Las letras representan el color de las figuras. En la fase 1, los participantes tenían que elegir el cuadrado azul en presencia del cuadrado rojo y el círculo rojo en presencia del círculo azul (criterio forma). En la fase 2, los participantes deben elegir el círculo rojo en la presencia del cuadrado rojo y el cuadrado azul en presencia del círculo azul (criterio color). Véase el texto para más detalles.

Procedimiento

Antes de trabajar con los niños directamente en el experimento, se solicitó la colaboración del director de la escuela primaria informándole el propósito del estudio y a la vez comunicarle al profesor del grupo de tercer grado para que permitiera la aplicación de la evaluación correspondiente de los niños para la identificación de aquellos con dificultades de aprendizaje escolar y a la vez considerando su reporte de quienes presentaban dicha situación. Se inició el trabajo con la aplicación del inventario IDEA considerando los criterios especificados en éste ya descritos en la sección de participantes. El instrumento fue aplicado por estudiantes de psicología (entrenados ex profeso), de manera individual a cada niño en un aula proporcionada por el director de la escuela. Una vez identificados los niños con dificultades de

aprendizaje escolar, con un criterio en su ejecución de menos del 80% de respuestas correctas, se prosiguió a llevar los participantes a la situación experimental de manera individual y sentados frente al monitor de la computadora. Una vez ahí, se les presentaron de manera verbal las siguientes instrucciones:

!BIENVENIDO!

A continuación te voy a enseñar tres figuras, una en la parte de arriba y dos en la parte de abajo. El juego consiste en que tú me vas a decir cuál de las dos figuras que están abajo se parece a la figura de arriba. Cuando la figura que tú escojas sea la correcta, aparecerá la palabra correcto y cuando la figura que escojas no sea la correcta aparecerá la palabra error. Entendiste, bueno empecemos.

La tarea fue presentada en una situación de igualación a la muestra simultánea. Se inició con la presentación simultánea de los estímulos M y los dos C. La elección de uno de los estímulos C fue seguida por una retroalimentación en letras rojas mayúsculas. La retroalimentación fue la presencia de la palabra “correcto” si la elección fue correcta y la palabra “error” si la elección había sido incorrecta. Cuando el estímulo M3 fue el estímulo muestra, no hubo estímulos de comparación y la elección a cualquiera de los fondos blancos no se presentaba la retroalimentación. El M3 fue irrelevante y se incluyó sólo para hacer la tarea ligeramente más compleja. Se utilizó un intervalo entre presentaciones o ensayos de estímulos de tres segundos. Las presentaciones de los estímulos se entremezclaron aleatoriamente. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos experimentales (0H y 48H) antes del inicio del experimento (véase tabla 1). El experimento se llevó a cabo en tres fases.

TABLA 1

DISEÑO DEL EXPERIMENTO

Grupo	Fase 1	Fase 2	IR	
Prueba				
0H	M1: C1+; C2-	M1: C1-; C2+	0H	M1?
M2? M3?				
	M2: C1-; C2+	M2: C1+; C2-		
	M3: /	M3: /		

48H	M1: C1+; C2-	M2: C1-; C2+	48H	M1?
M2? M3?				
	M2: C1-; C2+	M2: C1+; C2-		
	M3: /	M3: /		

M1, M2 y M3: Estímulos muestra; C1 y C2: Estímulos de comparación; (+): correcto; (-): incorrecto; IR: intervalo de retención de 0 y 48 horas.

Fase 1: Los participantes recibieron 12 presentaciones de cada una de las relaciones entre los estímulos de muestra y de comparación aleatoriamente entremezclados. En cada grupo la mitad de los participantes la elección correcta fue el estímulo de comparación que tenía la misma forma que el estímulo M (el cuadrado en la presencia del cuadrado y el círculo en presencia del círculo). La otra mitad de los participantes la elección correcta fue el estímulo de comparación que tenía el mismo color que el estímulo muestra (el círculo rojo en presencia del cuadrado rojo y el cuadrado azul en presencia del círculo azul).

Fase 2: Inmediatamente después de las presentaciones de la fase 1, se inicio 12 presentaciones de cada una de las relaciones entre los estímulos muestra y de comparación con la excepción de que la elección correcta fue el estímulo C que tenía el mismo color o forma que tuvo el estímulo M.

Prueba: Se inicio con 18 presentaciones de prueba en los que aparecían las figuras muestra con las figuras de comparación correspondientes en ausencia de retroalimentación. El grupo 0H recibió ésta fase inmediatamente después de la fase 2, mientras el grupo 48H la recibió 48 horas después de la fase 2.

Variable dependiente y análisis de datos

Se registraron las respuestas correctas al criterio forma en cada una de las presentaciones. Se calculó el porcentaje de respuestas correctas a la forma o color del estímulo muestra en cada bloque de 6 presentaciones (3 con M1 y 3 con M2) y tomando como referencia la combinación correcta durante la fase 1 (M1-C1 y M2-C2); se consideraron cuatro bloques por cada fase. Un valor del 100% en la variable dependiente refleja una ejecución perfectamente ajustada a la fase 1. Un valor del 0% refleja una ejecución perfectamente ajustada a la fase 2, mientras un valor de 50% refleja una ejecución al azar, intermedia entre las dos fases. Los porcentajes fueron evaluados con un análisis de varianza (ANOVA) y un análisis de comparación entre grupos prueba *t* de muestras independientes, con un criterio $p < .05$.

Resultados y Discusión

Todos los participantes de los grupos 0H y 48H aprendieron las relaciones entre los estímulos muestra y los estímulos de comparación de la fase 1 y la inversión de la fase 2. La figura 2 presenta la media del porcentaje de respuestas correctas a las relaciones entre estímulos M1-C1 y M2-C2 en los cuatro bloques de las fases 1 y 2 para los grupos 0H y 48H. El análisis consideró la media del porcentaje a las relaciones M1-C1 y M2-C2 al final de las dos fases de entrenamiento (último bloque de 6 presentaciones).

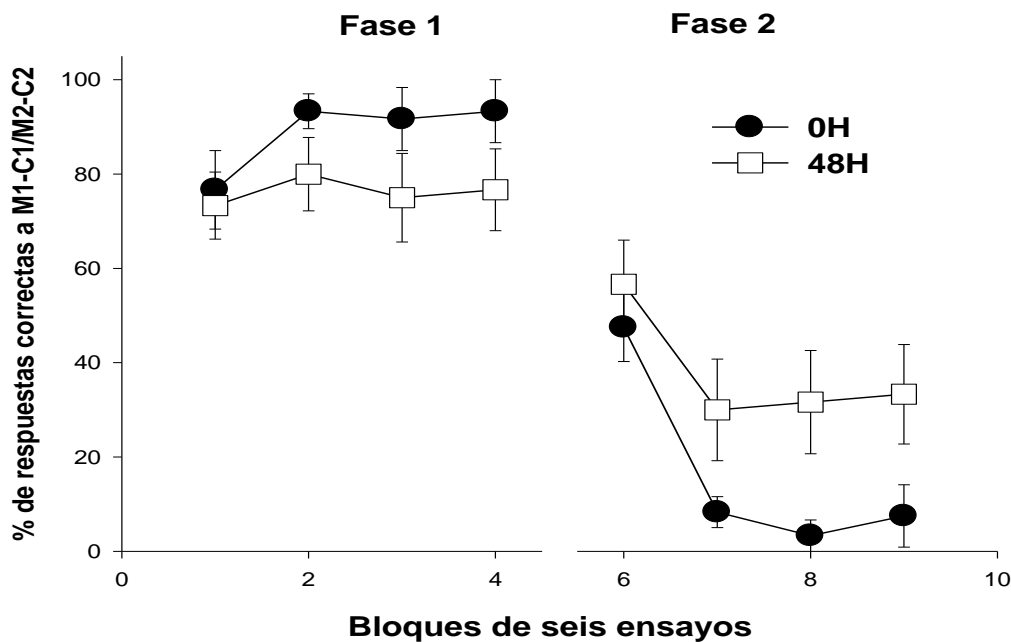


Figura 2: Media del porcentaje de respuestas correctas en cada uno de los bloques de las fases 1 y 2 de los grupos 0H y 48H.

La media del porcentaje de respuestas correctas al final de la Fase 1 de aprendizaje fue 76.6 y 93.3 para los grupos 0H y 48H respectivamente. La media del porcentaje a las relaciones entre estímulos M1-C1 y M2-C2 al final de la Fase 2 fue 33.3 y 7.5 para los grupos 0H y 48H respectivamente. Un análisis de varianza ANOVA de 2 (grupo) x 2 (bloque) encontró un efecto principal de grupo $F(1,19)=175.8$; $p<0.01$ y de bloque $F(1,19)=43.9$; $p<0.01$, reflejando un claro efecto de interferencia de la fase 2 (inversión). También se observa un efecto significativo de interacción grupo x bloque $F(1,19)=43.9$; $p<0.01$.

La figura 3 presenta la media del porcentaje de respuestas correctas a las relaciones entre estímulos M1-C1 y M2-C2 durante la fase de prueba final para los dos grupos. La media del porcentaje a M1-C1 y M2-C2 fue 11.6 y 52.4 para los grupos 0H y 48H respectivamente.

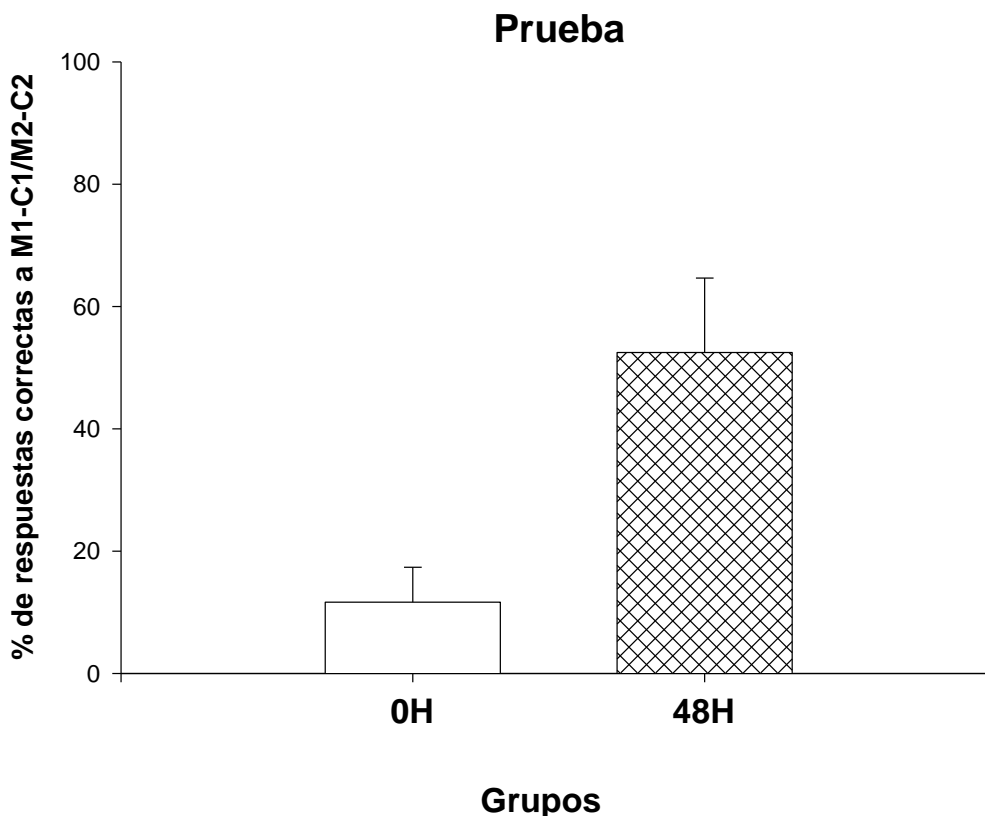


Figura 3: Media del porcentaje de respuestas correctas en la fase de prueba de los grupos 0H y 48H.

Una prueba t student de muestras independientes encuentra una diferencia confiable entre los dos grupos ($t = -3.037$; $p < 0.05$).

Los resultados de este Experimento replican y extienden los encontrados en otros experimentos que han explorado el papel del intervalo de retención en animales en diferentes tipos de situaciones de aprendizaje tales como situaciones de aversión a sabores (Rosas y Bouton, 1996), aprendizaje operante (Bouton, 1993), supresión de la respuesta condicionada (Bouton y Brooks, 1993; Burdick y James, 1970; Harris

et al., 2000), en humanos en aprendizaje de relaciones causa-efecto (Vila y Rosas, 2001) y aprendizaje verbal (Brown, 1976; Slamecka, 1966; Wheeler, 1995).

El bajo porcentaje de respuestas correctas en el grupo 0H durante la fase de prueba mostró que el aprendizaje de inversión de la fase 2 causó interferencia de la primera información aprendida, es decir, un porcentaje bajo de respuestas correctas de la fase 1. La presentación de un intervalo de retención de 48 horas en el grupo 48H causó una clara disminución del aprendizaje de la información de la fase 2 reflejado por el bajo porcentaje de respuestas, resultando una ejecución más relacionada al aprendizaje de la información de la fase 1, es decir, un recuerdo del aprendizaje de la información de la fase 1. Esto implica una recuperación espontánea de la información de dicha fase. Los resultados también permiten sugerir que un intervalo de retención de 48 horas funciona como un cambio de contexto o de condiciones, cuando ocurre la recuperación espontánea como un efecto el cual toma lugar cuando las condiciones de la fase 2 es presentada en un contexto temporal diferente de ésta fase. La recuperación espontánea de la información puede entonces ser una consecuencia de una falla en la recuperación de la información de la segunda fase (Bouton, 1993). Con base a esos resultados, se puede asumir que la persistencia del aprendizaje de discriminación de dos tipos de información que se invierten está sujeto a cambios en el contexto temporal (Véase también Romero et al., 2003).

Discusión General

Los resultados de este Experimento muestran que la presencia de un intervalo de retención de 48 horas en una situación de interferencia tal como el aprendizaje de discriminación de dos tipos de información que se invierten produce recuperación espontánea de la información del primer momento en una manera que se asemeja a lo ocurrido en situaciones de extinción (Brooks y Bouton, 1993; Harris et al., 2000; Pavlov, 1927; Thomas et al., 1985). Estos resultados confirman que cuando a un individuo se le presenta un información en un contexto temporal diferente del de la fase 2 de interferencia, se facilita el recuerdo de la información

aprendida en la fase 1, es decir, de un primer momento (Bouton, 1993). Esto confirma la idea de que el aprendizaje de discriminación de dos tipos de información que se invierten puede ser afectado por cambios en el contexto temporal (Vila et al., 2002; Romero et al., 2003).

El bajo porcentaje de respuestas correctas en el grupo 0H durante la fase de prueba, muestra que la información dada en la fase 2 provocó una disminución del porcentaje de respuestas correctas de la fase 1, es decir, que se presentó un olvido de lo aprendido en la fase 1 por interferencia de la información aprendida en la fase 2. Se observa que la presentación de un intervalo de retención de 48 horas provocó una reducción de la interferencia de lo aprendido en la fase 2, resultando una ejecución similar a la información aprendida en la fase 1, lo cual indica una recuperación espontánea de dicha información. La semejanza en el porcentaje de respuestas correctas entre la fase de prueba y la fase 1 lo comprueba. El efecto de la presencia de un IR en el recuerdo de la información encontrado en los niños con dificultades de aprendizaje escolar permite suponer que la información aprendida de la fase 2 conduce a la formación de una nueva huella de memoria que comparte un espacio con la huella de la primera información aprendida (Rosas et al., 2001). El tipo información recordada en la fase de prueba, ya sea la información de la primera o de la segunda fase, dependerá de cuáles sean las condiciones o estrategias que se utilicen -en el caso de un aprendizaje escolar- para tener acceso a ambos tipos de información (Bouton, 1993; Chandler, 1991,1993).

De acuerdo a la teoría de Bouton (1993; 1994), la información acerca de las relaciones entre las figuras muestra y las de comparación durante la fase 1 no son dependientes del contexto hasta que las relaciones entre las figuras es alterado por el cambio de criterios (de forma y color) en la información dada en la fase 2. Cuando esto pasa, los niños ponen atención al contexto o lugar donde aprenden la información permitiéndoles entender ese cambio entre los estímulos, codificando el contexto en que se aprendió. Así, en el momento de presentar la relación de las figuras muestra en un contexto distinto de la fase 2 de inversión las respuestas a

esta fase tienden a disminuir haciendo más difícil su recuerdo y por lo tanto, las respuestas de la fase 1 se restablecen presentándose el efecto de recuperación espontánea de la información aprendida primeramente (Bouton, 1993). Además establece, que el paso del tiempo después de la fase de inversión puede producir por sí mismo un cambio gradual en el contexto donde se dio el aprendizaje de inversión. Este cambio de contexto puede afectar la segunda información aprendida que entra en competencia con la primera información, esto es, puede dañar el recuerdo de la información de la inversión.

A diferencia de los mecanismos de la memoria a corto plazo que podrían verse afectados en los niños con dificultades de aprendizaje escolar, en este experimento se demuestra que la presencia de un intervalo de 48H promueve la recuperación espontánea de la respuesta aprendida en la fase 1, es posible por tanto, que el mecanismo responsable del recuerdo posterior a la interferencia de la información aprendida en la fase 2 este activo en los niños con dificultades de aprendizaje escolar, de la misma forma como se da en niños sin dificultades. Los resultados obtenidos permiten sugerir la existencia de un mecanismo único e inalterable de recuperación de la información dependiente del paso del tiempo como lo establece Bouton (1993). Estos datos confirman el supuesto de que el olvido es producido por problemas en las condiciones del recuerdo y no por la pérdida de la información aprendida originalmente (Ebbinghaus, 1885). La hipótesis de un mecanismo único de recuerdo tiene como implicación el hecho de poder implementar técnicas efectivas en la recuperación de la memoria generales que funcionen en cualquier población (véase Romero, Vila y Rosales, 2003).

Aplicaciones escolares

Como podemos ver, los distintos estudios abordados muestran que el hecho de presentar un IR, es decir, cambiar el contexto temporal y así disminuir la interferencia de ésta, hace que el recuerdo de dicha información sea mejor. Los resultados del presente experimento y los estudios expuestos señalan que el

aprendizaje de discriminación de dos tipos de información que se invierten o el de extinción demuestran ser una técnica que mejora el recuerdo y el aprendizaje en contextos aplicados a la atención de las dificultades de aprendizaje escolar. Bajo esta temática, hay muchas situaciones en las que el niño tiene que aprender diferentes tipos de información como son relaciones simbólicas entre estímulos o entre estímulos y respuestas. Por ejemplo, cuando deben aprender a diferenciar las letras visual y auditivamente similares tales como “u” vs. “v”, “d” vs. “b”, “p vs. q”, etc., por lo regular los maestros proporcionan información a los niños sobre el sonido de las letras y su imagen colocando tarjetas de la letra y la imagen de un objeto que inicie con dicha letra y lo asocian con el sonido de ésta. A la vez, también proporcionan información de otras letras de la misma manera, lo que implica dar una gran cantidad de información a un mismo tiempo, ocasionando así una interferencia en el aprendizaje de distintas letras y por consiguiente su olvido. Lo que podríamos utilizar para disminuir esa interferencia y asegurar el recuerdo exitoso de cada una de las letras es utilizar estrategias en donde se presente un tipo de información en un sólo momento y en un mismo contexto temporal de la enseñanza y que no exista información que contradiga o tenga las mismas características de la anterior y así mejorar la habilidad del niño.

Podríamos hacer una tarea de igualación a la muestra en la que presentaríamos primero una letra (v.g., “p”) y después dos o más letras (v.g., “p” y “q”), teniendo que señalar el niño qué letra se le había presentado anteriormente. En otra versión de esta tarea, podríamos decir la letra en voz alta y que nos señalase cuál de las letras incluidas en una lámina se corresponde con el sonido emitido, todo esto presentarlo en un primer momento. La respuesta correcta a cada una de las letras tendría que ir seguida por una consecuencia. Posteriormente se presentarían otras letras (v.g., “d”) y después dos o más letras (v.g., “d” y “b”), teniendo que señalar el niño qué letra se le había presentado anteriormente o presentadas de manera auditiva. Dependiendo de qué tipo de información queramos que el niño recuerde presentaríamos un IR, es decir, le preguntaríamos por la letra o letras

después de un tiempo y así aseguraríamos el recuerdo de la información del primer momento y de la o letras aprendidas en él. Este procedimiento se podría utilizar también en niños con dificultades de aprendizaje complejo debido a un daño cerebral para ayudarles a superar los problemas de discriminación de letras que a presentan.

Para finalizar, señalar que estos sólo han sido algunos ejemplos de cómo esta técnica así como otras técnicas derivadas de la investigación experimental como las consecuencias diferenciales, se puede aplicar a aprendizajes escolares concretos. Creemos que son muchos y diversos tipos de aprendizajes que se requieren en el contexto escolar que pueden beneficiarse de la utilización de técnicas y estrategias como las planteadas aquí, cuya aplicación dependerá de los profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos escolares quienes podrán poner en práctica esta estrategia para la enseñanza de niños con dificultades de aprendizaje escolar.

Referencias

- Aguado, L., De Brugada, I. y Hall, G. (1997). Effects of a Retention Interval on the US-Preexposure Phenomenon in Flavor Aversion. *Learning Learning and Motivation*, 28, 3, 311-322.
- Artuso, M. y Guzmán, V. (2000). Dificultades de aprendizaje. En CERIL. Disponible en la página: www.ceril.edu/dificultadesdeaprendizaje/
- Baddeley, A. (1999). *Memoria humana. Teoría y práctica*. España: Mc Graw Hill. Pp: 57 – 81.
- Baqués, J, y Sáiz, D. (1999). Medidas simples y compuestas de memoria de trabajo y su relación con el aprendizaje de lectura. *Psicothema*, 11, (4), Pp: 737 – 245.
- Bermúdez, P. (1995). Reporte descriptivo de la comprensión de lectura de un texto narrativo, a partir de la elaboración de un resumen, en niños de tercer grado

de primaria. En G. Acle (Ed.) *Educación especial. Evaluación, intervención e investigación*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Bouton, M. E. (1988). Context and ambiguity in the extinction of emotional learning: some implications for cognitive behavior. *Research and Therapy*, 26,137-149.

Bouton, M. E. (1991). Context and retrieval in extinction and in other examples of interference in simple associative learning. En L. Dachowski y C. F. Flaherty (Eds.) *Current topics in animal learning: Brain, emotion and cognition*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.

Bouton, M. E. (1993). Context, time and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, vol. 114, No. 1, 80-99.

Bouton, M.E. (1994). Conditioning, remembering and forgetting. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 20, 3, 219-231.

Bouton, M. E. y Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in Pavlovian and instrumental learning. *Clinical Psychological Review*, 11, 123-140.

Bouton, M. E. y Brooks, D. C. (1993). Time and context effects on performance in a Pavlovian discrimination reversal. *Journal of experimental psychology: Animal Behavior Processes*, 19, 165-179.

Brooks, D. C. (2000). Recent and remote extinction cues reduce spontaneous recovery. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 153 , 25-58.

Brooks, D. C. y Bouton, M. E. (1993). A retrieval cue for extinction attenuates spontaneous recovery. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 19, 1, 77-89.

- Brooks, D. C., Karamanlian, B. R. y Foster, V. L. (2001). Extinction and spontaneous recovery of ataxic tolerance to ethanol in rats. *Psychopharmacology*, 153, 491-496.
- Brown, A. S. (1976). Spontaneous recovery in human learning. *Psychological Bulletin*, 83, 321-333.
- Burdick, C. K. y James, J. P. (1970). Spontaneous recovery of conditioned suppression of licking by rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 72, 467-470.
- Burr, D. E. S. y Thomas, D. R. (1972). Effect of proactive inhibition upon the post-discrimination generalization gradient. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 81, 441-448.
- Chandler, C.C. (1991). How memory for an event is influenced by related events: Interference in modified recognition test. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 17, 115-125.
- Chandler, C.C. (1993). Accessing related events increases retroactive interference in a matching recognition test. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 19, 967-974.
- Chiszar, D. A. y Spear, N. E. (1969). Stimulus change, reversal learning and retention in the rat. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 69, 190-195.
- Cole, R. P., Gunther, L. M. y Miller, R. R. (1997). Spontaneous recovery from the effect of relative stimulus validity. *Learning and Motivation*, 28, 1, 1-19.
- Ebbinghaus, H. (1885). *Über das Gedächtnis: Untersuchungen zur experimentellen Psychologie*. Leipzig: Dunker und Humblot. (Trad. ingl.: *Memory: A contribution to experimental psychology*. New York: Dover Press Edition, 1964).

- Estes, W. K. (1955). Statistical theory of spontaneous and regression. *Psychological Review*, 62, 145-154.
- Gerheart, B. R. (1987). Incapacidades para el aprendizaje. México: Ed. Manual Moderno. Cap. 1.
- Goddard, M. (1997). Spontaneous recovery in US extinction. *Learning and Motivation*, 28, 118-128.
- Gordon, W. C., Frank, S. E. y Hamperg, J. M. (1979). Reactivation induced proactive interference in rats. *American Journal of Psychology*, vol. 92, 693-702.
- Gleitman, H. (1971). Forgetting of long-term memories in animals. En W. K. Honig y P.H. R. James (Eds.), *Animal memory* (pp. 1-44). New York: Academic.
- Harris, J. A., Jones, M. L., Bailey, G.K. y Westbrook, R. F. (2000). Context control over conditioned responding in an extinction paradigm. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 26, 174-185.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Hulme, C. y Mackenzie, S. (1994). *Dificultades graves del aprendizaje. El papel de la memoria de trabajo*. Barcelona: Ariel. Pp: 20-44.
- Kahng, S. W., Iwata, B. A., Thompson, R. H. y Hanley, G. P. (2000). A method for identifying satiation versus extinction effects under noncontingent reinforcement schedules. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 419-432.
- Konorski, J. (1948). *Conditioned reflexes and neuron organization*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Konorski, J. (1967). *Integrative activity of the brain: An interdisciplinary approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lerman, D. C., Iwata, B. A. y Wallace, M. D. (1999). Side effects of extinction: prevalence of bursting and aggression during the treatment of self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 1-8.

Macotela, S., Bermúdez, P. y Castañeda, I. (1991). *Inventario de Ejecución Académica: un modelo diagnóstico prescriptivo para el manejo de problemas asociados a la lectura, la escritura y las matemáticas (IDEA)*. México: Facultad de Psicología-UNAM.

Morris, R. J. y Blatt, B. (1999). *Educación especial. Investigaciones y tendencias*. Buenos Aires: Panamericana.

Pavlov, I. (1927). *Coditioned reflexes*. London: Oxford University Press.

Rescorla, R. A. y Wagner, A. R. (1972). A theory of pavlovian conditioning: Variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement. En A. H. Black y W. F. Prokasy (Eds.), *Classical conditioning II: Current research and theory*, New York: Appleton-Century-Crofts.

Robbins, S. J. (1990). Mechanisms underlying spontaneous recovery in autoshaping. *Journal Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 16, 235-249.

Romero, M. A, Sánchez, M. J. y Rabadán, A. (1992). Capacidad y estrategias de repaso de la memoria de trabajo en el aprendizaje de la lectura. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45 (2). Pp: 417-428.

Romero, M.; Aragón, L. E. y Silva, A. (2002). Evaluación de las aptitudes para el aprendizaje escolar. En L. E. Aragón y A. Silva. (Eds.), *Evaluación Psicológica en el área Educativa* (pp. 37-80), México: Pax-México.

Romero, M. A., Vila, J. y Rosas, J. M. (2003) Time and context effects after discrimination reversal in human beings, *Psicológica*, 24, 169-185.

Rosas, J. M. y Bouton, M. E. (1996). Spontaneous recovery after extinction of a conditioned taste aversion. *Animal Learning and Behavior*, 24, 341-348.

Rosas, J. M. y Alonso, G. (1997). Forgetting of the CS Duration in Rats: The Role of Retention Interval and Training Level. *Learning and Motivation*, 28, 404-423.

- Sattler, J. M. (2003). Evaluación infantil. Aplicaciones conductuales y clínicas. Vol. II. 4ª. Edición. México: Manual Moderno.
- Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms*. New York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1950). Are theories of learning necessary? *Psychological Review*, 57, 193-216.
- Slamecka, N. J. (1966). A search for spontaneous recovery of verbal association. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 5, 205-207.
- Spear, N. E. (1971). Forgetting as retrieval failure. En W. K. Honig y P. H. R. James (Eds.), *Animal memory* (pp. 45-109). San Diego, CA: Academic Press.
- Spear, N. E., Smith, G. J., Bryan, R., Gordon, W., Timmons, R. y Chiszar, D. (1980). Contextual influences on the interaction between conflicting memories in the rat. *Animal Learning and Behavior*, vol. 8, 273-281.
- Thomas, D. R., Moye, T. B. y Kimose, E. (1984). The recency effect in pigeons' long-term memory. *Animal Learning and Behavior*, 12, 21-28.
- Thomas, D. R., McKelvie, A. R., y Mah, W. L. (1985). Context as a conditional cue in operant discrimination reversal learning. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 11, 317-330.
- Vila, J. y Rosas, J. M. (2001). Renewal and spontaneous recovery after extinction in a causal learning task. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 27, 79-96.
- Vila, N. J., Romero, M. A., y Rosas, J. M. (2002). Retroactive interference after discrimination reversal decreases following temporal and physical context changes in human subjects. *Behavioural Processes*, 59, 47-54.
- Romero M., Vila J. y Rosales R. (2003). Efecto de las consecuencias diferenciales e intervalo de retención en humanos. XVI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, Vallarta, Jalisco, (octubre)

Wheeler, M. A. (1995). Improvement in recall over time without repeated testing: spontaneous recovery revisited. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 21, 173-184.

DEL ORIGEN DE LA FAMILIA A LA CRISIS DE LA FAMILIA PATRIARCAL.

José Manuel Bezanilla², Ma. Amparo Miranda³

Universidad del Valle de México, Universidad Iberoamericana

Psicología y Educación Integral A.C.

Grupo Interdisciplinario de Investigación en Ciencias Sociales

Resumen

En el presente realizaremos un recorrido sobre los orígenes y transformaciones que ha sufrido la familia tanto de modo general como en México. Partiremos de la revisión de algunos textos que explican los orígenes de la familia como un grupo social y cómo es que este se va sofisticando por motivos económicos y políticos hasta tornarse en una organización fundamentalmente patriarcal. Realizaremos un breve recorrido histórico en torno a la organización y evolución de la familia en México, desde los tiempo prehispánicos hasta la primera mitad del siglo XX, a partir del cual podremos observar que tanto a nivel global como nacional comienza a ponerse en tela de juicio la organización familiar patriarcal, el fracaso de los intentos por la nuclearización de la familia mexicana y la necesidad de abrir nuevas líneas de debate e investigación teórico metodológicas para poder abordar las nuevas realidades de organización familiar, ya que las presentes hasta la fecha no son lo suficientemente potentes ni explicativas.

Palabras clave: familia, origen de la familia, patriarcado, posmodernidad, modernidad líquida.

Abstract

In this make a tour of the origins and transformations undergone by the family both in general and in Mexico. Based on a review of some texts that explain the origins of the family as a social group and how this is going sophisticated economic and political reasons to turn into a fundamentally patriarchal organization. Take a brief historical

² Docente Investigador de Tiempo Completo de la Universidad del Valle de México Campus Hispano (UVMH), Miembro del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP), Miembro Fundador del Grupo Interdisciplinario de Investigación en Ciencias Sociales (GIICS), Fundador y Director General de Psicología y Educación Integral A.C. (PEIAC) e-mail: jmbezanilla@peiac.org

³ Académica de la Universidad Iberoamericana (UIA) y la Universidad del Valle de México Campus Lomas Verdes (UVM LV), Miembro del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP) y Fundadora y Directora de Servicios Clínicos de Psicología y Educación Integral A.C. (PEIAC) e-mail: amparo.miranda@peiac.org

overview about the organization and evolution of the family in Mexico since pre-Hispanic times through the first half of the twentieth century, from which we can see that both global and national level begins to be questioned patriarchal family organization, the failure of attempts by the nuclearization of the Mexican family and the need to open new lines of theoretical and methodological debate and research to address the new realities of family organization, and that these so far are not sufficiently strong or explanatory.

Keywords: family, home of the family, patriarchy, postmodernism, liquid modernity.

El origen de la familia: breve perspectiva histórica.

Desde mediados del siglo XIX, tanto en la filosofía (e.g. Rousseau, 1762) como en las ciencias sociales (e.g. Herder , 1785; Comte,1830) existía el consenso general de que el modelo universal de familia era el nuclear, siendo el matrimonio monogámico el único reconocido.

Con la publicación del texto de Bachofen El derecho materno en 1861, se abre la posibilidad de explorar otras realidades, especialmente con los planteamientos innovadores sobre el origen de la familia, referentes al “heterismo”, considerándolo como un estado de promiscuidad sexual en el que sólo era posible reconocer la filiación materna, dado que les era imposible ubicar la paternidad. De ahí que la organización familiar se fundamentara en el “derecho materno”, donde la organización familiar y de los grupos giraba en torno al maternaje, ya que eran ellas las que daban origen a las nuevas generaciones.

Es a partir de lo anterior que se introduce tanto en el pensamiento científico como en el filosófico, la posibilidad de que el desarrollo de la humanidad y los grupos familiares haya sido variado y asincrónico, llegando a considerarlo como una manifestación de la evolución histórica de los grupos culturales y sus instituciones.

Otro de los trabajos relevantes, lo desarrolló Lewis H. Morgan (1971) quien en 1877 y a partir de estudios minuciosos de las tribus iroquesas, muestra con gran claridad las

diferencias de denominación de la parentela entre éstos y el sistema angloamericano. A partir de sus investigaciones, plantea una teoría de la evolución de los grupos familiares desde una perspectiva similar a la de Bachofen.

Morgan planteó ciertas características para los grupos familiares con base en la época y estadio del desarrollo. Así, en la época prehistórica, los hombres vivían en un estado de heterismo en el que las relaciones sexuales eran promiscuas, siendo la única forma de identificar filiación, la materna.

El siguiente punto de evolución de los grupos familiares, lo constituye la familia consanguínea. Ésta marca un punto de avance en la organización grupal, especialmente en lo referente al ejercicio de la sexualidad; se encontraba organizada en torno a círculos generacionales, lo que significa que las relaciones sexuales y la procreación sólo podía darse entre los miembros de la misma generación, es decir, entre hermanos.

Existía en la familia consanguínea, la promiscuidad sexual y prevalecía la filiación y el derecho matrilineal. Dentro de estos grupos, encontramos tres niveles de parentesco; los abuelos, los padres y los hijos; situación que seguramente marcaba toda una forma de organización de las relaciones, la división del trabajo, los roles y normas, siempre en torno a la supervivencia del grupo familiar.

El tercer estadio en la evolución de los grupos familiares, lo constituye lo que Morgan denominó la familia Punalúa, que presentaba un nivel más elevado de organización, ya que se caracterizaba por los matrimonios grupales, debido a que garantizaba la supervivencia del grupo familiar, prevalecía el derecho materno y quedaban excluidas las relaciones sexuales entre hermanos, por lo que los matrimonios se daban entre primos o entre personas que eran incorporadas al grupo.

Al respecto, aclaran Morgan y Engels (2006) que el desarrollo de los grupos familiares de ninguna forma fue lineal y consecutivo, sino que seguramente existieron muchas formas de organizaciones grupal-familiares intermedias, pero que muy

probablemente desaparecieron por su poca funcionalidad y/o inviabilidad debido al deterioro genético por la no regulación de la sexualidad y la procreación, por lo que las evidencias que les llegaron a ellos (siglo XIX) y que nos transmiten, pertenecen a aquellos grupos que fueron más eficientes y pasaron la prueba del tiempo permitiéndoles dejar huella. Por su parte, Maine (1861) menciona que posterior a la etapa de promiscuidad, los grupos familiares se encontraban organizados con base en la ley del padre, siendo de esta manera que se dio la organización social vigente hasta los tiempos modernos.

El cuarto estadio en la organización del grupo-familiar los constituyen las Gens, siendo dentro de éstas donde se establece la primera restricción formal al ejercicio de la sexualidad, primero entre hermanos y posteriormente, entre cualquier tipo de familiares. Puedo ubicar que es en esta forma de organización donde se presenta la primera institucionalización, al establecer límites claros que diferencian a la familia nuclear del resto de la familia. Dentro de la primera, prevalece el derecho materno, pero a raíz de las restricciones sexuales, comienza a dificultarse el conseguir pareja por lo que comienza a establecerse el robo de mujeres.

Posterior al establecimiento de la Gen, se observa la Familia Sindiásmica. Mencionan que es en este tipo de organización que comienzan a establecerse relaciones monogámicas, en la que la infidelidad para los hombres estaba permitida mientras que era duramente penada para las mujeres.

Es en este punto donde comienza a establecerse el fin del derecho materno y la instauración del patriarcado. Mencionan los autores que este desplazamiento del derecho obedece más a fines económicos que de otro orden. Aclaran que fueron las mujeres quienes lo propiciaron, a partir de la especialización del trabajo con el surgimiento de la agricultura y la ganadería; ya que se consideraba establecido que cada quien era el dueño de sus herramientas y del producto del trabajo de ellas. En consecuencia, mientras las mujeres se quedaban dentro del hogar realizando trabajo doméstico, los hombres acumulaban riqueza a partir de los sobrantes de la

producción agrícola y ganadera, por lo que comienzan a plantearse la pregunta ¿quién heredará mi riqueza cuando muera?

Es a partir de este momento que las mujeres ceden su estatus dentro del grupo, pretendiendo garantizar a los hombres la paternidad de sus hijos, para que de alguna manera, fueran éstos los herederos de la riqueza y posesiones del pater.

Comienza el establecimiento de familias nucleares pero, al ser altamente frágiles para la vida autónoma, continúan cohabitando con el grupo extendido de origen. Aquí se presenta otra transformación ya que la cohabitación pasó de la Gen materna a la paterna.

Posteriormente, se establece la Familia Monogámica, donde se obliga la fidelidad de los cónyuges, estableciéndose la indiscutibilidad de la “paternidad” lo que permite la herencia del “patrimonio”. En este tipo de grupo-familia, la mujer se encontraba esclavizada formando parte de la propiedad del “pater”. Mencionan Morgan y Engels que este tipo de grupo-familia era característico del imperio Romano, siendo aquí donde surge el concepto de “Familia”, derivado de “famulus” que hace referencia a los esclavos y posesiones que son propiedad del patriarca y cohabitan en la misma casa.

El trabajo de Morgan fue retomado por Federico Engels (2006), quien en 1884, presenta una reelaboración comunista siendo esto una obra que Marx dejó inconclusa. Lo valioso de esta aportación es la relación que hace del desarrollo de los modos de producción y trabajo con los miembros de la familia, destacando que a menor desarrollo y sofisticación del trabajo, mayor dependencia existirá de los vínculos de consanguinidad. Aclaró que conforme avanzaba la sofisticación de los medios de producción, colocando el valor del trabajo en personas fuera del círculo familiar, es que comienza la desaparición de la sociedad antigua, dando origen a la moderna, quedando en el núcleo de esta el capital y la propiedad sobre la pertenencia y la sangre.

Por su parte, Westermarck (Citado en López 1993) critica fuertemente la poligamia y la promiscuidad, mencionando que el matrimonio monógamo y la familia nuclear son la unidad primera para el desarrollo de la humanidad, es decir que los grandes grupos familiares se conformaban por pequeños grupos nucleares que mantenían redes de interacción y cooperación entre sí. Con respecto a la sexualidad, apoya la hipótesis de Morgan que sostiene que los grupos familiares que tuvieron mejores oportunidades de sobrevivir fueron los que mantuvieron un sistema de relaciones exogámico.

Boas (1964) menciona que el desarrollo de los grupos familiares más que encontrarse ligado al desarrollo de la cultura, lo hace al de la economía, de ahí que las organizaciones al interior de los grupos familiares tenga una estrecha relación con las actividades necesarias para la supervivencia, por lo que estas tenían interdependencia con las condiciones del ambiente.

Para los fines del presente, y sin importar si el desarrollo de los grupos familiares ha obedecido a un evolucionismo, leyes naturales o económico materialistas, me interesa rescatar que desde los más antiguos orígenes de la humanidad, siempre han existido grupos familiares, ya sean extensos con amplias redes de vínculos parentales, ya sean pequeños y nucleares que se asociaban con otros grupos familiares para sobrevivir; fundamentados en las leyes de la filiación materna o sobre una base patriarcal.

Vale la pena puntualizar que el planteamiento que mejor nos sirve para explicar nuestra postura aunque fuertemente criticado, es el de Morgan retomado por Engels, especialmente en la etapa que se refiere a la familia monogámica, ya que es en este momento cuando se establece el modelo de familia occidental que prevalece hasta nuestros días. Aquí marca Engels que se da el triunfo de la propiedad privada sobre la comunal, así como el cambio del estatus social de la función a la posesión.

Y es que es aquí donde se da la transformación de la organización comunitaria a la societal (Alvaro, 2010), ya que en la primera prevalecían las organizaciones con base

en el parentesco, lo que propiciaba la conformación de grupos familiares amplios; mientras que la segunda favorecía la afirmación individual y la libertad de elección, por lo que propiciaba organizaciones familiares nucleares más o menos emancipadas del parentesco.

Desarrollo de la familia en México⁴.

El apartado anterior habla del desarrollo histórico de la familia en general, mientras que en el presente nos enfocaremos en presentar un panorama general del proceso de la familia en México, partiendo de la época prehispánica a los albores del siglo XXI.

El grupo familiar en la época prehispánica

Siguiendo la lógica señalada, podemos observar que en el México Tenochtitlan y los pueblos que estaban bajo el dominio Nahuatl, las organizaciones familiares estaban constituidas a manera de Gens, ya que eran grupos amplios y extensos, que se organizaban con base en los vínculos de parentesco. Carrasco (1993 citado en Esteinou, 2008 y Carrasco, 1982) menciona que los hogares en el centro del país se encontraban conformados por un promedio de entre 6 y 8 personas con un porcentaje de entre 43 y 61 por ciento de hogares conjuntos.

Estos hogares se encontraban organizados en torno a la figura del padre generalmente, ya que como lo demuestra Kellog (2005), el sistema de parentesco era bilineal, prefiriendo la patrilocalidad. En general, era posible encontrar que dos o más de los hijos habitaban en la misma localidad, y la familia funcionaba como una comunidad en su conjunto, ya fuese para la producción y/o para el consumo, ya que los hijos jóvenes recién casados se mantenían bajo la tutela del pater y no era sino

⁴ Para la realización de dicha tarea, me fundamentaré en textos antropológicos y de demografía histórica, especialmente el de Rosario Esteinou (2008) *La familia nuclear en México: lecturas de su modernidad siglos XVI al XX*.

hasta que demostraban su capacidad y valía para la comunidad que le eran asignadas tierras para su cultivo personal, pero siempre se encontraban circunscritas a las pertenecientes al grupo familiar, por lo que siempre se mantenían relaciones estrechas con la casa de origen y con las de otros parientes.

Dado que el ambiente en que se encontraban estos grupos familiares era duro y con fuertes demandas para la supervivencia, las relaciones entre los miembros del grupo familiar se enfocaban a fomentar y mantener la cohesión interna (López Austin, 1982 en Esteinou 2008), por lo que la sumisión u obediencia al jefe de familia era total; se encontraban perfectamente claras y definidas las normas, derechos y obligaciones. Esto se manifestaba especialmente en tono a un fuerte control moral sobre la sexualidad de los individuos, de ahí que se daba una importancia preponderante a la endogamia siempre con base en el arreglo de los padres mediado por una casamentera.

Los roles se organizaban claramente por sexo y edad, siempre bajo la autoridad de los jefes de la casa, por lo que no había espacio para que los jóvenes tomaran libres decisiones ya que éstas debían estar sometidas a los intereses y necesidades del grupo familiar y su comunidad circundante.

Otro elemento importante es el que se refiere a la responsabilidad en la crianza de los niños, porque como lo menciona Kellog (2005), ésta se encontraba a cargo del grupo familiar y de parentesco, ya que eran ellos los encargados de inculcar los valores culturales y morales a los infantes, por lo que las primeras experiencias de vida de los niños se encontraban circunscritas a un contexto grupal. La socialización era un asunto de todo el grupo familiar y la comunidad.

Con base en lo anterior, puedo mencionar que en la época prehispánica, las familias poseían una organización de grupos extensos que generalmente compartían la residencia y que mantenían fuertes vínculos de comunicación y cercanía con el resto de los grupos de parientes, de ahí que la vida familiar no era del orden de lo privado, sino que pertenecía a la lógica comunitaria, con una estructura de normas altamente

rígida teniendo a la figura del jefe de familia como su representante y una dinámica de roles perfectamente definida.

Crisis y ruptura: Los grupos familiares con la conquista

La conquista se caracterizó por ser una época de desestructuración (Esteinou 2008) para los grupos familiares en Nueva España, y a pesar de las fuertes presiones a las que se vio sometida la familia indígena, ésta resistió y mostró signos de una importante capacidad de adaptación.

Menciona Esteinou que durante la conquista, se dio una importante disminución del tamaño de los grupos familiares indígenas. Esto lo atribuye al fuerte despoblamiento que se dio por dos fuertes epidemias que se dieron durante el siglo XVI y que arrasaron con el noventa por ciento de la población indígena, así como por las importantes migraciones a partir del esclavismo asociado a los latifundios creados por los conquistadores, lo que trajo como resultado la fragmentación de los hogares y un debilitamiento de las estructuras y normas que mantenían la cohesión y arraigo a la tierra que estaba presente en la familia prehispánica.

Orígenes distintos estructuras similares: La familia durante la colonia

Durante el periodo de la colonia (siglos XVI a XIX), se observó una importante disminución del tamaño de los grupos familiares (de 8 a 4 o 5 integrantes en promedio) indígenas, así como una creciente presencia de aquellos de otros tipos, como los de los peninsulares, criollos, mestizos y negros (Kellog, 2005 y Esteinou 2008).

Aunque el número de las familias indígenas se vio reducido, mantenían una lógica de organización y funcionamiento colectivo, siendo que incluso fue posible la observación del surgimiento de grupos de residencia multifamiliares, o lo que hoy se conoce como vecindades, en las que podían confluír pequeñas familias nucleares en un mismo predio a la usanza de los tiempos anteriores. Dicha lógica comunitaria se presentó en los grupos familiares de otros orígenes étnicos, así era posible observar

que tanto las familias peninsulares como las mestizas y las negras, se organizaban en grupos extensos y complejos, en los que prevalecía aún un fuerte control de la parentela y la comunidad (aunque los códigos que seguían cada uno de los grupos familiares eran distintos).

Una de las características que se desarrollan en la época novohispana es el del familismo; esto gracias a las fuertes influencias y trabajo de la iglesia católica en el nuevo mundo para salvar las almas de los “sin razón” (Esteinou, 2008), que se manifestaba a través del fomento de la libre elección del cónyuge, sin dejar de lado del todo la influencia de los padres en el arreglo matrimonial, o como lo menciona Engels, se estaban sentando las bases del amor romántico burgués en la forma, fundamentado en los preceptos del Concilio de Trento y las Siete Partidas, pero sin dejar de lado los arreglos económicos que preveían las leyes españolas, mientras que en el fondo mantenía una estructura de relaciones de familia monogámica, totalmente patriarcal en la que tanto los hijos como la esposa se sometían e incluso pertenecían al padre, al grado de que la ley preveía que un hombre tenía el derecho de disciplinar a su mujer (y no se diga a los hijos) si lo consideraba conveniente, pudiendo privarla de la vida, siempre que hubiera vecinos que lo atestiguaran.

Las tendencias antes descritas se mantuvieron durante toda la época colonial y hasta la primera mitad del siglo XIX, siendo en este momento a partir de la guerra de reforma y el establecimiento de la constitución republicana, la instauración civil del contrato matrimonial partiendo de la elección personal y el establecimiento de la escuela como espacio para la educación de los hijos que se dieron las condiciones para la transformación de la lógica comunitaria a la societal dentro de los grupos familiares, dando paso a una separación nítida de los pequeños grupos nucleares, propiciando la íntima domesticidad (Esteinou 2008), abriendo el camino al “amor romántico”, al cuidado esmerado de la niñez, y a la conformación del grupo familiar como un espacio afectivo más que de trabajo y económico.

En estos tiempos, aunque el Estado se construía como laico, los grupos familiares obedecían a una lógica católica biologista (Idem.) sobre las diferencias de género, de ahí que la organización patriarcal presente en las épocas anteriores, continuara presente, por lo que los roles y las funciones se encontraban clara y rígidamente definidos. Así que los hombres construyeron un rol público y de proveedores, mientras que las mujeres enfocaron sus esfuerzos en roles privados y domésticos, orientados al maternaje y cuidado del marido.

La familia mexicana, modernidad y transición: 1900-1970

El siglo XX recibe a los grupos familiares mexicanos con fuertes contradicciones y divisiones, ya que en las zonas rurales, se conservaban costumbres coloniales, con base en un rígido patriarcado donde los padres en primera instancia y posteriormente la comunidad, tenían injerencia en la elección de la pareja y la celebración de los matrimonios y se tenía un respeto importante por los vínculos de parentesco.

Menciona Esteinou (2008) que además de las características mencionadas arriba, en las regiones urbanas, se establecen patrones de relación modernos, que posibilitan el establecimiento de grupos familiares pequeños y con ciertas características de nuclearización, pero que a pesar del establecimiento de estilos de vida modernos y una importante individualización de las personas, durante este periodo se mantuvo una importante organización con base en los vínculos de parentesco. De ahí que se mantuvieran fuertes tendencias familistas de lealtad y cohesión con una preponderancia del padre, pero con límites sobre las elecciones individuales.

Grupos Familiares hacia el nuevo siglo de 1970 al 2000

En estos tiempos y a partir de las transformaciones que se han dado dentro de la sociedad mexicana, Esteinou (Op cit.) menciona que los patrones de relación y estructuración de los grupos familiares sufrieron transformaciones importantes, especialmente y de manera mucho más clara el tipo de relaciones que se presentan al interior del grupo familiar, ya que aunque sigue presentándose una dinámica

patriarcal, existe una fuerte presencia de equidad en cuanto a las tareas y obligaciones acompañada de una importante expresividad emocional y afectiva entre la pareja y los hijos, por lo que las diferencias de género –menciona la autora- no son una mera repetición de los patrones anteriores, ya que a partir de los nuevos contextos, las desigualdades son asimétricas y corresponden a arreglos específicos al interior de cada grupo familiar.

Dentro de este contexto, se presentan dos tipos de organización al interior de los grupos familiares: el primero, se refiere a mujeres que se han mantenido fuera del ambiente laboral, y han preferido dedicarse a las labores domésticas por elección, situación que marca un distanciamiento importante de los patrones más tradicionales, ya que a partir de esta elección, es que la mujer se posiciona de manera distinta en este rol, teniendo mucha más libertad en cuanto a sus decisiones en lo referente a la crianza de los hijos, su rol como madre y el ejercicio de su sexualidad.

Mientras que el segundo, se ubica con mujeres trabajadoras, con mayores niveles de escolaridad similares a los de sus parejas y que se encuentran con amplios márgenes de negociación en cuanto a la organización del trabajo, la manutención económica y el ejercicio de la sexualidad, lo que ha propiciado una mayor flexibilidad en los roles, creando la necesidad del ejercicio de roles funcionales más que sociales. Este tipo de relaciones se han vuelto más complejas y conflictivas, ya que se encuentran más abiertas a la racionalidad y el escrutinio, por lo que se encuentran mucho más expuestas a la redefinición, conflicto y ruptura.

Los puntos anteriores generan que los grupos familiares en los albores del siglo XXI, presenten dinámicas y formas de organización sumamente flexibles y líquidas (Bauman, 2002) , de ahí que los patrones de referencia y conceptuales clásicos no tengan suficiente potencia explicativa, por lo que sería necesario el desarrollo de nuevos conceptos y miradas teóricas que permitan una explicación y contextualización de estos grupo en las condiciones dadas, especialmente porque a

pesar de las características de la época, se observa que las redes de parentesco siguen jugando un importante papel en la organización de los grupos familiares, que rebasan los núcleos residenciales y cohabitacionales, ya sea para el intercambio de bienes y socialización, o para la compartición de ayuda y sobrevivencia ante situaciones de marginación y pobreza.

La crisis de la familia patriarcal: situación actual.

Manuel Castells desarrolló un trabajo a finales del siglo XX (1995) que llamó “La era de la información: el poder de la identidad” en el que en su segundo volumen presenta un análisis sociológico de las condiciones que se articularon durante todo el siglo XX para propiciar la crisis del patriarcado, así como sus posibles consecuencias en la conformación de la personalidad individual, de ahí que en adelante me basaré en este trabajo para presentar un análisis de la situación presente de la familia mexicana, recurriendo a la actualización de las estadísticas presentadas por el autor (siempre que estén disponibles).

Menciona Castells que no es casual que desde los años 50’s y hasta la fecha, se haya venido presentando un enorme deterioro de las estructuras familiares como las hemos conocido. En la primera parte del presente, comprendimos que las estructuras familiares actuales son más bien productos artificiales de la organización económica en la que las personas han vivido para subsistir.

Actualmente, se observan una serie de fuerzas y condiciones que han posibilitado el recrudecimiento de la crisis patriarcal que Engels previó, pero como ya mencionamos, estas condiciones se encuentran muy alejadas de lo por él anhelado, ya que Castells menciona que esto se debe fundamentalmente a los procesos de ascenso de la economía informacional global, los cambios tecnológicos en la reproducción humana y el fuerte empuje de los movimientos feministas.

Menciona que en los últimos años del siglo XX –y la primera década del XXI-, se ha observado una profunda y abierta rebelión de la mujer contra la opresión masculina, además del impacto que ha tenido en las instituciones sociales, lo fundamental es el cambio de consciencia en la mujer, donde en un importante número de países (primero los industrializados pero cada vez más en los emergentes) las mujeres se asumen en igualdad de circunstancias y derechos a los hombres, especialmente en lo tocante al control sobre sus cuerpos y sus vidas, situación que definitivamente colapsa la estructura patriarcal de la sociedad actual. Esto es muy palpable en el incremento de las posibilidades de educación de la mujer⁵, al tiempo que es necesaria la emisión de leyes que la protejan⁶ contra la violencia masculina, producto de la ira de los hombres debido a la profunda herida generada por la pérdida de poder. En relación con esto y solo como un ejemplo, observamos un incremento en el número de sesiones psicoterapéuticas a víctimas de ataque sexual y sus familiares (4,559 en 1990 contra 8;735 en 1994)⁷ en los centros de atención especializada de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. También se vio un incremento en número de personas atendidas en inter-servicios en los centros de atención a la violencia intrafamiliar de la misma institución, donde en 1991 se atendió a 19,953 personas, mientras que en 1994 fueron 26.032⁸ donde la mayoría fueron mujeres y niños.

Pero ¿cuáles son los elementos que muestran la crisis de la familia patriarcal? Uno de los principales es la disolución de hogares con parejas casadas, donde es posible percibir el debilitamiento de modelo de familia heredado, que se basaba el compromiso de largo plazo de sus miembros. Ello ha generado que con mayor frecuencia se conformen hogares monoparentales y unipersonales, que por lo

⁵ Más adelante revisaremos estos datos.

⁶ En el 2008 entro en vigor en el Distrito Federal la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; en 2007 y por decreto presidencial de promulgo la Ley de General Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para México siendo reformada en 2009

⁷ Fuente: Procuraduría General de Justicia del D.F. Agencias Especializadas, Informe estadístico 1995

⁸ Fuente: Procuraduría General de Justicia del D.F. Agencias Especializadas, Informe estadístico 1995

general se encuentran encabezados por mujeres, lo que pone de facto fin a la autoridad de pater aun cuando esta estructura se reproduzca en el nuevo hogar. En segundo lugar, se ha observado la agudización de la incompatibilidad entre matrimonio, trabajo y vida, por lo que se han presentado importantes retrasos en la edad de las personas que deciden convivir sin casarse.

En tercer lugar, se ha documentado una variedad creciente de estructuras de hogares diluyéndose del modelo ideal de la familia nuclear burguesa; mientras que en cuarto lugar –menciona Castells- se han apreciado importantes modificaciones en los patrones de remplazo generacional, especialmente debido a las fuertes condiciones de inestabilidad familiar, y al control tomado por las mujeres sobre su maternidad y la determinación de sus vidas.

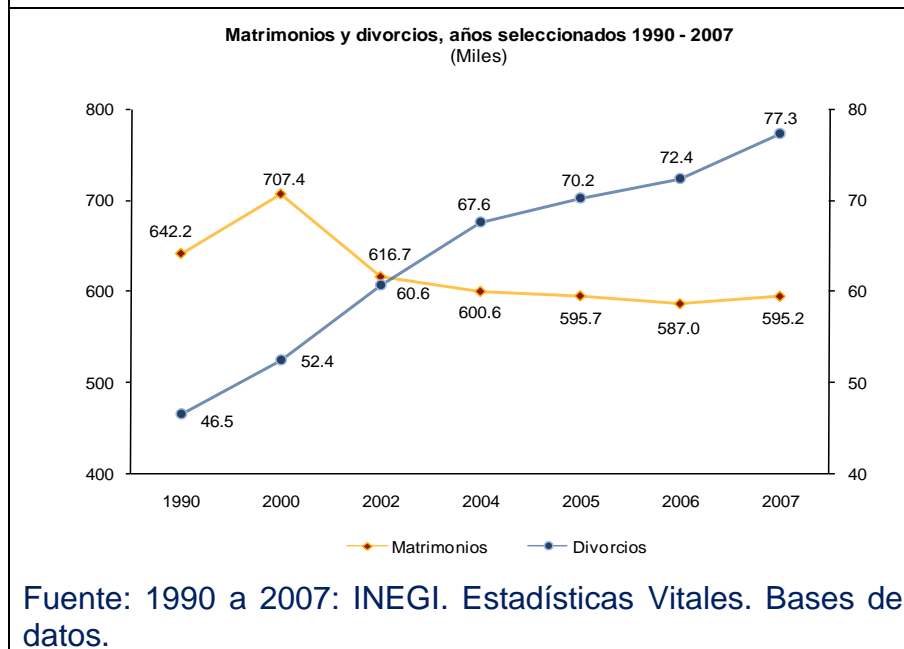
Con base en lo anterior, resulta fundamental explorar la situación de la familia mexicana en la actualidad, de ahí que nos sumergiremos en distintas estadísticas “oficiales”¹⁰ del INEGI cuando estén disponibles, y cuando no, acudiremos a referencias latinoamericanas.

El eje fundamental de la familia, o por lo menos lo que se ha creído, es el matrimonio, y este ha venido a la baja, como podemos observar en la figura 1, donde se muestra que durante 1990 se tuvieron en el país cerca de 642 mil matrimonios, contra alrededor de 595 mil en 2007. Esto es un claro indicador (mismo que resulta más significativo tomando en cuenta el incremento de la población en ese lapso) de que las personas tienen un menor interés de casarse, o por lo menos, de legalizar su unión.

⁹ Me refiero específicamente a la repetición de estructuras de poder, donde en lugar de prevalecer una perspectiva de cooperación, se presenta la de sometimiento a la ley y autoridad.

¹⁰ Tomaremos las estadísticas oficiales en el entendido de que ni son las mejores, ni las que reflejan con total veracidad las características de los fenómenos, pero si son las que tienen una mayor validez externa y tienen alcances nacionales y nos permitirán visualizar con mayor certeza las tendencias.

Figura 1: Estadísticas de matrimonios y divorcios en México entre 1990 y 2007



Esta tendencia a la baja en los matrimonios y el incremento en los divorcios de cerca de 46 mil en 1990 a más de 77 mil en 2007, refuerzan la hipótesis de que las estructuras familiares fundamentadas en el patriarcado se encuentran en una importante crisis.

Tabla 1: Promedio de edad de 1er matrimonio en México entre 2004 y 2008

Entidad federativa	2004		2005		2006		2007		2008	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	27.5	24.7	27.8	25.0	27.8	25.0	28.1	25.3	28.4	25.5

FUENTE: INEGI. Estadísticas de Nupcialidad.

Pero esto no es todo, ya que si revisamos las edades de primer matrimonio, encontraremos un incremento de las personas que deciden casarse por primera vez

(Tabla 1), ya que en el 2004 el promedio de edad era de 27.5 años para los hombres, mientras que para las mujeres era de 24.7, en tanto que en el 2008 fue de 28.4 años para los hombres y 25.5 para las mujeres.

Otro dato que vale la pena considerar es la disminución de mujeres que se casan en nuestro país entre los 15 y 19 años, ya que en 1950 era alrededor del 51% de estas, para el 2007, el porcentaje disminuyó hasta el 25%, siendo que la escolaridad promedio al contraer matrimonio era de secundaria y el 41% trabajaban.

Tabla 2: Distribución porcentual de la población por estado conyugal 1950 a 2000					
Estado conyugal	1950	1960	1970	1990	2000
Población de 12 y más años	15 057 867	22 042 801	29 697 303	55 913 847	69 235 053
Solteros	29.2	38.6	40.4	40.9	37.2
Casados	50.1	46.0	45.4	46.1	44.6
Unidos	12.5	8.6	8.2	7.4	10.3
Separados	ND	ND	1.4	1.2	2.6
Divorciados	0.5	0.6	0.4	0.7	1.0

NOTA: El total de población incluye a la que no especificó su estado conyugal; el Censo de 1970 no presenta el concepto No especificado. Para 1950 las cifras se refieren a hombres de 16 y más años y mujeres de 14 y más años; para 1960 a 2000 a hombres y mujeres de 12 y más años. Cifras correspondientes a las siguientes fechas censales: 6 de junio (1950); 8 de junio (1960); 28 de enero (1970); 12 de marzo (1990); y 14 de febrero (2000).

ND No disponible.

FUENTE: INEGI. Censos de Población y Vivienda, 1950 - 1970, 1990 y 2000.

En un análisis del estado civil de la población mexicana con 12 años o más (Tabla 2.), entre 1950 y el año 2000, encontramos que en general el porcentaje de personas solteras se incremento de manera importante, aunque disminuye en el año 2000 (37.2) en comparación con los datos de 1970 (40.4) y 1990 (40.9).

Así mismo, el número de personas casadas decreció en el mismo periodo de tiempo de un 50.1% en 1950 a 44.6 para el 2000, mientras que las personas separadas se

incrementaron de forma importante entre 1970 (1.4%) y el 2000 (2.6%) en tanto que los divorcios tuvieron una trayectoria similar con un 0.5% en 1950, 0.7% en 1990 y 1.0% en el 2000.

Otro de los puntos que ya mencionamos que Castells marca como indicativos y causales del desmoronamiento de la estructura patriarcal a nivel global, es el que se refiere al control sobre su cuerpo y natalidad que han adquirido y ejercido las mujeres, lo que les ha permitido incrementar el nivel de escolaridad y optar por el ingreso al campo laboral, convirtiéndose en un núcleo importante de generación y posesión de riqueza, posibilitándoles establecer condiciones de negociación y cuestionar el orden establecido.

Tabla 3. Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres por grupo de edad entre 1970 y 2005

Grupos de edad	1970 a	1990	2000 b	2005 c
20 a 24 años	1.4	1.0	0.8	0.8
25 a 29 años	3.1	2.1	1.7	1.5
30 a 34 años	4.6	3.1	2.5	2.2
35 a 39 años	5.7	4.1	3.2	2.8
40 a 44 años	6.3	4.9	3.8	3.3
45 a 49 años	6.3	5.6	4.4	3.7

FUENTE: INEGI. Censos de Población y Vivienda, 1970, 1990 y 2000.
INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

En México, se ha venido presentando un incremento en el conocimiento (89% en 1976 al 96.6% en 1997)¹¹ y uso (1976 el 30.2% contra el 68.4% en 1997) de métodos anticonceptivos en las mujeres mexicanas. Aunado a esto, se ha observado que la

¹¹ FUENTE: Para 1976: SPP-IISUNAM. *Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976*. México, D.F., 1979
Para 1997: INEGI. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*.

tasa de fecundidad femenina ha disminuido (de 5.7 en 1976 a 2.1 en 2010)¹², otro dato que complementa lo anterior, es el que se refiere al promedio de hijos nacidos vivos por rango de edad, donde si hacemos un análisis longitudinal (tabla 3.) de los grupos de edad entre 20 y 49 años que entre 1970 y el 2005 el promedio ha disminuido significativamente, como por ejemplo en las mujeres entre 20 y 24 años de 1.4 en 1970 a 0.8 en el 2005, o de 6.3 a 3.7 entre las que tienen de 40 a 49 años.

Otro indicador que podemos considerar para explorar la situación de la familia patriarcal es el que se refiere a los cambios que se han presentado en la composición de los hogares, ya que entre los años 2000 a 2005, se ha observa un incremento en el porcentaje de hogares con jefatura femenina, de entre el 20.6 al 23.1%, mientras que los hogares con jefatura masculina disminuyen del 79.4 al 76.9 respectivamente¹³.

Un elemento que vale la pena observar y que ha modificado la situación de la mujer especialmente en el ámbito socioeconómico, se refiere a las posibilidades y situaciones educativas, donde es posible ubicar que los porcentajes de ingreso de mujeres a la educación se ha incrementado entre los ciclos 1996/1997 y 2006/2007, siendo que había una absorción de primaria a secundaria del 84.3 en el primer ciclo, contra el 94.5 en el segundo, mientras que la absorción de la secundaria a la educación media superior para las mujeres se ha incrementado del 75.9 al 83.2. Esto refleja el elevado interés de las mujeres en incrementar su nivel educativo, lo que les posibilita acceder a mejores condiciones de vida, y tener la capacidad de obtener mejores trabajos y acceso a la educación superior, lo que se ve reflejado en el incremento (del 47.1 al 49%) de las mujeres que cursaron posgrado entre 2005 y 2007¹⁴.

¹² FUENTE: Para 1976: SPP-IISUNAM. Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976. México, D.F., 1979.

Para 2010: CONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. www.conapo.gob.mx (11 de enero de 2010).

¹³ FUENTE: **INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000**
INEGI. II Conteo de Población y Vivienda 2005.

¹⁴ ANUIES. *Anuarios Estadísticos 2004-2007*. www.anui.es.mx (18 de noviembre de 2008)

Al incrementarse las posibilidades educativas, también se abren espacios y oportunidades laborales, de ahí que la tasa de ocupación femenina (tabla 4) se incrementó entre 1995 (32.29%) y 2010 (37.73%). Si observamos la distribución por actividad, el incremento ocupacional más importante se ha dado entre las empleadoras (10.06% contra 19.11%), las que trabajan por cuenta propia (28.5% contra 38.46%) y las asalariadas (34.37% contra 38.54%). Los datos anteriores muestran que las mujeres han salido de casa a emprender y a asumir un papel activo en la generación de recursos y fuentes de empleo, acciones que generalmente se reservaban para los hombres y que implican un empowerment sobre las condiciones y dirección de la vida.

Rama de actividad	1995	2000	2005	2010
Total	32.29	34.25	36.62	37.73
Empleadores	10.6	15.58	16	19.11
Cuenta propia	28.5	30.46	35	38.46
Asalariados	34.37	35.58	37.42	38.54
A destajo	18.82	26.15	29.88	20.76
No remunerados	46.74	51.65	53.55	52.67

INEGI, Sistema para la consulta de indicadores estratégicos InfoLaboral, 1995 INEGI, Sistema para la consulta de indicadores estratégicos InfoLaboral, 2000 INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2005. Segundo trimestre. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2006. Segundo trimestre. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2007. Segundo trimestre. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2008. Segundo trimestre. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2009. Segundo trimestre. INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2010. Segundo trimestre. Consulta interactiva de datos.

Otro aspecto que habla del deterioro de las estructuras de patriarcado, lo muestran los movimientos feministas, que en general pretenden de manera explícita la emancipación de la mujer contra la dominación masculina, situación que en sí misma cuestiona estas estructuras pero que en muchos casos al ser llevadas al extremo,

han replicado el modelo de dominación, perpetuándolo en lugar de derrumbarlo. Mansbridge (1995) menciona que el movimiento es el compromiso para terminar con la dominación masculina, a partir de la re-definición de la identidad femenina (Castells 2001), siguiendo distintos caminos cómo la afirmación de la igualdad entre los géneros, reforzando la especificidad de cada uno o en su extremos más radical, declarando la total ruptura con el estilo de vida masculino para "...recrear la vida y la sexualidad en hermandad femenina...".

Menciona Castells que la esencia fundamental de los movimientos feministas es la renegación contra la identidad alienada de la mujer, cómo se ha venido definiendo por los hombres y se ha sostenido a partir de las estructuras familiares patriarcales.

Aclara que uno de los elementos más importantes para la amplia difusión y fuerza del movimiento a nivel global, ha sido su diversidad, flexibilidad y capacidad de adaptación a las peculiaridades culturales y de la época.

El feminismo en México aunque ha tenido un desarrollo paralelo al del resto del mundo, presenta sus particularidades. Cano (2010) hace una reconstrucción histórica del movimiento que data desde el siglo XIX.

Menciona que el concepto comenzó a utilizarse a finales del siglo antepasado, y que para los primeros años del siglo XX, ya era de uso común en los distintos medios de la Ciudad de México. Menciona que en estos años el discurso se centraba principalmente en la reivindicación de la igualdad entre los sexos. Las ideas del movimiento comenzaron a expresarse en revistas y periódicos antes de popularizarse entre la población femenina: El álbum de la mujer. Periódico literario redactado por señoras (1883-1893), Las violetas de Anáhuac (1887-1889), La mujer mexicana (1903-1905) se expresaron las primeras mujeres profesionales, La sociedad Protectora de la Mujer (1905) formada por colaboradoras de la revista.

Durante la primera década del siglo XX, la oposición al régimen porfirista propició la incorporación de la mujer al movimiento político, siendo el movimiento

constitucionalista el único que sostenía una mirada más o menos equitativa con los derechos de género, aunque el congreso constituyente (1916-1917) negó el derecho de sufragio a la mujer.

Un icono muy importante del movimiento feminista de principios del siglo pasado, lo constituyó Salvador Alvarado Gobernador del Estado de Yucatán (1915-1918), quien se interesa en el movimiento feminista en tanto le sirva para combatir el fuerte arraigo de la iglesia católica en la población del estado.

Pugnó por la educación laica de la mujer, que se generarán fuentes de empleo que permitieran el cumplimiento de las actividades domésticas pero que les permitieran tener ingresos propios; pero sin permitir la participación femenina en las esferas sociales y políticas.

Durante 1916 se llevaron a cabo en Yucatán dos congresos feministas, donde se trataron temas relacionados con el derecho a la educación y el trabajo de la mujer, sentando las bases para el surgimiento del Consejo Feminista Mexicano (1921-1922). Siendo que en el año 1922 se celebra en México el “Primer congreso Feminista Panamericano” y en 1925 el “Congreso de Mujeres de la Raza” ambos marcados fuertemente por las diferencias de pensamiento político de las participantes, pero sirviendo como un importante foro político y social para la difusión del movimiento.

Durante la década de los 30 el movimiento se enfocó en la lucha por la igualdad de obreras y campesinas, desarrollándose 3 congresos (1931, 1933 y 1934) en los que se sentaron las bases organizativas e ideológicas del movimiento.

Fue en 1935 cuando se funda el Frente Único Pro-Derechos de la Mujer (FUPDM), propugnando principalmente por el reconocimiento de las diferencias de género, y el no segregarismo a causa de la maternidad. A partir de 1937 enfocó sus baterías en torno al reconocimiento de la ciudadanía expresada a través del voto, lográndose

esto en el nivel municipal en 1947 y en el estatal y federal en 1953 mediante la reforma del artículo 34 constitucional.

Para años posteriores el movimiento cayó en una especie de letargo o estancamiento, y no es hasta los años 70 que el movimiento cobra fuerza a partir de la influencia de los movimientos de liberación femenina norteamericanos.

Es en este punto que se marca el surgimiento de un Neo-Feminismo. Lau-Jaiven (2006) divide su desarrollo en tres grandes etapas: de 1970 a 1982, en la década de los 80 y en la década de los 90.

La primera según la autora, se vio altamente influida por los movimientos feministas norteamericanos, y se caracterizó por la conformación de una consciencia ciudadana, viéndose esto reforzado por factores como el importante ingreso al campo laboral, el incremento en los niveles educativos y las distintas transformaciones jurídicas, mismos que hemos mencionado anteriormente.

Una peculiaridad de esta etapa, fue la conformación de pequeños grupos activistas como el Movimiento de Liberación de la Mujer (MLM) organizándose en pequeños grupos de mujeres que se reunían periódicamente para compartir sus experiencias de marginación. Tomaron como lema "Lo personal es lo político", ya que al haberse organizado de esta forma, sus vidas privadas se veían expuestas en contextos públicos.

Otra cualidad del movimiento en esta época, es que se encontraba marcado por fuertes tintes izquierdistas, pero me parece que más que comulgar con ideales socialistas o comunistas, la izquierda política ha sido por tradición un lugar para el refugio de los excluidos, siendo que hasta estos momentos las mujeres se encontraban en esta situación.

Durante la segunda etapa que se desarrolló en la década de los 80, el movimiento se caracterizó por una gran actividad y presencia en foros académicos y sociales en foros a nivel nacional e internacional. Se establecieron encuentros sectoriales entre

obreras, maestras, personal de servicio y campesinas, logrando a partir de esto una importante re-elaboración del discurso feminista, que permitió que el movimiento cobrara fuerza y relevancia política y social. A partir de lo anterior surgieron diversas organizaciones feministas que tuvieron la capacidad de recaudar y concentrar importantes cantidades de recursos económicos que les permitieron brindar ayuda asistencial a las mujeres de sectores más marginados y sus hijos.

La organización lograda en esta etapa, les permitió presentar un frente de negociación político y social, por lo que fueron logrando la apertura de espacios tanto en los partidos políticos como en puestos de representación popular e instituciones estatales; es decir la mujer figuraba en el contexto social.

Como ya mencione durante los 90 se presenta la tercera etapa de la clasificación de Lau-Jaiven (Idem.), que se caracteriza fundamentalmente por la incorporación de las mujeres por la democratización del país, institucionalizándose de manera importante, al grado de haber logrado presencia en todas las esferas de la vida pública y social, prescindiendo de los canales y estructuras establecidas por la organización patriarcal, ya que crearon las propias, que han resultado altamente efectivas por cómo se mencionó anteriormente su alta flexibilidad y capacidad de adaptación.

Es a partir de estos movimientos de liberación en contra de la opresión femenina que se pone sobre la mesa el derecho de otras minorías oprimidas así como la posibilidad de formas de identidades y sexualidad que hasta la fecha estaban excluidas de los discursos y estructuras patriarcales.

Con esta inercia revolucionaria es que se abre el espacio para la lucha de la comunidad LGTB. Menciona Castells (2001) que estos movimientos no solo son una forma de expresión de la libertad de amar y cómo hacerlo, constituyen más bien movimientos de liberación sexual, de ahí que durante su lucha cuestionan y ponen a prueba importantes postulados y estructuras del patriarcado, especialmente el de la represión sexual y la heterosexualidad obligatoria; como condiciones sine qua non para el mantenimiento del poder.

Una de las luchas principales del movimiento en todo el mundo y que ha cristalizado en México en este año (2010) es el que se refiere al derecho del matrimonio y paternidad por parejas del mismo sexo. Lo anterior introduce un importante cuestionamiento al orden sociocultural como lo hemos conocido, ya que desarticula al poder de la familia, el amor, la sexualidad y el género. De ahí que ahora sea necesaria la de y reconstrucción de la sexualidad, la familia y la personalidad, situación que impacta de lleno en el orden patriarcal y apuntala la tesis de Bauman (2002) sobre lo líquido de los esquemas de referencia y la necesidad de conformar nuevos a partir de la móvil y cambiante realidad actual.

Los puntos antes mencionados han demostrado que la familia se conformo como grupo social extenso, que fue organizándose con base en una estructura patriarcal fundamentalmente por motivos económicos y de poder; organización que duró por lo menos 5 mil años de historia, pugnando cada vez más por la individualización y separación de los nuevos matrimonios de sus grupos familiares de origen, situación que tuvo cierto éxito hasta mediados del siglo XX donde distintos movimientos sociales y culturales han cuestionado el sistema patriarcal fundamentado en el control y opresión.

En México la familia no siguió una organización diferente, aunque a diferencia de otras tendencias, observamos que hasta la fecha se ha mantenido una lógica de relaciones comunitarias y de grupo familiar extensa a pesar de los intentos gubernamentales del siglo XX por nuclearizar a las familias.

Hemos visto que en concordancia con los movimientos culturales globales, durante el siglo pasado la lógica organizativa patriarcal en la familia mexicana de ha visto cuestionada por puntos que ya hemos mencionado. Esto abre la puerta para nuevas organizaciones familiares y el establecimiento de patrones de relación distintos.

Situación que hace necesaria le reconceptualización sobre el concepto de familia, así como el desarrollo de nuevas formas para mirar y acercarse a las formas fácticas en que las personas deciden reunirse para compartir la vida y criar a sus hijos.

Referencias

- Aldana, P; Seúlveda, K. (2008) “La sociedad civil en el caso del feminicidio en Ciudad Juárez: Una ventana a la emancipación femenina” Tesis de Licenciatura Universidad de las Américas Puebla http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/aldana_f_p/ Consultado 30 de Octubre 2010 a las 7:21hrs.
- Alvaro, D. (2010) “Los conceptos de “comunidad” y “sociedad” de Ferdinand Tönnies” papeles del CEIC # 52 Universidad de Buenos Aires- Universidad de Paris 8
- Bachofen, J. (1988) “Mitología Arcaica y Derecho Materno” Antropos, Barcelona.
http://books.google.com/books?id=r7rlkyW3O4IC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false recuperado el 9 de agosto 2010 a las 17:00
- Bartra, E; Fernández-Poncela, A; Lau Jaiven, A; Mastretta, A. (2000) “Feminismo en México, ayer y hoy” ITESO
- Bauman, Z. (2002) “Modernidad Líquida” México, Fondo de Cultura Económica
- Bernarndino de Sahagùn, Fray. (1982). De las calidades y condiciones de las personas conjuntas por parentesco. De los grados de afinidad. De las personas que difieren por edad y de sus condiciones buenas y malas..Revista Nueva Antropología, enero,13-40.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15901804#> recuperado el 3 de agosto 2010 a las 6:34
- Blanco,A. y Cols. (2005) “Psicología de los grupos” Prentice Hall Madrid
- Boas, F. (1964) “Cuestiones fundamentales de antropología cultural” Solar y Hachette, Buenos Aires
- Buttiglione,R (2008) “El hombre y la familia” IMDOSOC México

- Cano, G. (2010) "Más de un siglo de feminismo en México"
<http://mundanamagazine.blogspot.com/2010/05/mas-de-un-siglo-de-feminismo-en-mexico.html> consultado 30 de octubre 2010 a las 7:37am
- Caparrós, N. (1981). Crisis de la familia. Revolución del vivir. (2ª. ed.) Madrid: Fundamentos.
- Carrasco, P. (1982) "Estructura familiar en Tepoztlan en el siglo XVI". Nueva Antropología, año V num. 18, México.
- Castells, M. (2001) "La era de la información" vol. II "El poder de la identidad" Siglo XXI México
- Castillo-Farjat, L. (2002) "El movimiento feminista en México" PUEG-UNAM
- Cusinato, M. (1992). Psicología de las relaciones familiares. Barcelona: Herder.
- Engels, F. (2006) "El origen de la familia, la propiedad privada y el estado" Instituto Federico Engels Madrid
- Espinal, I. (2003) LA FUNCION EDUCATIVA DE LA FAMILIA. Anuario pedagógico CENTRO CULTURAL POVEDA.
<http://www.centropoveda.org/publicaciones/periodicas/anuarios/descargaanuarios/Anuario6/funcioneducativafamilia.pdf>
- Esteinou, R. (2008) "La familia nuclear en México: lecturas de su modernidad siglos XVI al XX" Miguel Ángel Porrúa: México.
- Fromm, E. y Cols (1978) "La familia" Península Barcelona
- González, A. (1995) "El punto de partida de la filosofía" Revista Realidad, El Salvador; <http://www.praxeologia.org/primaarticulo.html> Recuperado el 29 de junio 2010 a las 8:00 am
- Homans, G. (1968) "El grupo Humano" Lumen Horne: Buenos Aires.
- Kellog, S. (2005) "Familia y parentesco en un mundo mexicana en transformación", en David Robichaux (comp.), Familia y parentesco en México y Mesoamérica. Unas miradas antropológicas, México Universidad Iberoamericana.

http://books.google.com/books?id=ATDU1kY6ttkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_similarbooks_s&cad=1#v=onepage&q&f=false

- Lau-Jaiven, A. (2006) “El feminismo Mexicano: Balance y Perspectivas” en De lo privado a lo público: 30 años de lucha ciudadana de las mujeres en América Latina; Siglo XXI, UNIFEM, LASA; México; http://books.google.com/books?id=osez28PxqkC&pg=PA181&dq=%22feminismo+mexicano+balance+y+perspectivas%22&hl=es&ei=4lnVTITTJpDksQPa2aSNCw&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail#v=onepage&q=%22feminismo%20mexicano%20balance%20y%20perspectivas%22&f=false Recuperado el 6 de noviembre 2010 a las 7:42hrs.
- Leñero, L. (1967). El Aspecto Sociológico. En Álvarez, J. (Comp.) Desintegración Familiar. (2ª. ed.) México: Obra Nacional de la Buena Prensa.
- Lewis, O. (1961) “Antropología de la pobreza” FCE México
- López, E. (1993) “Textos de Sociología de la Familia: Una relectura de los Clásicos” Instituto de Ciencias Para la Familia Universidad de Navarra, Rialp, Madrid.
- Macías, R. (1981) “El grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica.” Memorias del Primer Simposium sobre la dinámica y psicoterapia de la familia. México Instituto de la Familia A.C.
- Maine, H. (1861) “Ancient Law” Londres, Murray
- Mansbridge, J. (1995) “What is the feminist movement?”, en Ferree y Marlin
- Masinowski, B; Ellis, H. (2005) “The sexual live on savages in North Western Melanesia” Kersinger Publishings, USA.
http://books.google.com/books?id=f0CGuj7r1O8C&dq=%22the+sexual+live+of+savages+in+north+melanesia%22&printsec=frontcover&source=bn&hl=es&ei=TzWfTMXYJISBIAejo9nuAg&sa=X&oi=book_result&ct=result#v=onepage&q&f=false rescatado el 26 de septiembre 2010 a las 7:05 am
- Meneses, E. (1967). El Aspecto Pedagógico. En Álvarez, J. (Comp.) Desintegración Familiar. (2ª. ed.) México: Obra Nacional de la Buena Prensa.
- Morgan, L. (1971) “La Sociedad primitiva” Ayuso Madrid

- Murphy, J. (1979) "The use of non-verbal and body movement techniques in working with families with infants" *Journal of Marital and Family Therapy* 5 (4), 61–66
- Murueta, M. y Cols. (1998) "Psicología de la familia" AMAPSI México
- Ochoa-Ávalos, C. (2000) "Reseña de "Feminismo en México, ayer y hoy" de Eli Bartra, Anna M. Fernández Poncela y Ana Lau" *Revista de estudios de género. La ventana*, Núm. 12; Universidad de Guadalajara México.
- Olivares, C. (2004) "Debatiendo sobre el feminismo en México" *Revista Estudios Feministas* año/vol. 12 Número especial Rio de Janeiro Brazil.
- Ponzetti, J., Long, E. (1989). *Healty Family Functioning: A review and a critique. Family Therapy*. 16 (1): 43-50.
- Requena, M. (1999) "Conducta social como intercambio: anotaciones a un texto clásico de un autor poco clásico" *Revista REIS* No. 85 1999 España. http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_085_141208157481957.pdf recuperado el 11 de julio 2010 a las 6:51 am
- Rousseau, JJ. (1999) "El contrato social o principios del derecho político" *El aleph ediciones* <http://www.scribd.com/doc/24424938/El-Contrato-Social-J-J-Rousseau> consultado el 26 de octubre del 2010 a las 6:32hrs.
- Sánchez, J. (1974). *Familia y Sociedad*. México: Joaquín Mortíz.
- Simon, R. (1972) *Sculping de family Family Process* 11 (1), 49–57.
- Wallerstein, J. (1991). *The long-term effects of divorce on children: a review. Journal of American Academy of Child Psychiatry*. 30(17): 349-360.
- Winnicott, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. (4ª. ed.) Buenos Aires: Lumen-Hormé.

