



PROSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA

Revista Digital - Vol. 3. N° 2. Julio 2019. ISSN N° 2469-0066.



UNIVERSIDAD KENNEDY

STAFF

Dirección

Dra. Alicia Elena Risueño.

Editor

Agostina Ilari Bonficio

Consejo Editorial

Lic. Karina M. Mas,

Lic. Iris M. Motta,

Dra. Rosalia Rowensztein.

Consejo Científico Editorial

Ignacio Barreira (Argentina)

Manuel Calvino (Cuba)

Julio Cesar Carozzo Campos (Perú)

Dora Patricia Celis (Costa Rica)

Roberto Coscio (Argentina)

Carlos Marcelo Della Mora (Argentina)

Rogelio Díaz Salgado (México)

Héctor Fischer (Argentina)

Roberto Iglesias (Argentina)

Luz de Lourdes Eguiluz (México)

Raúl Jaimes Hernández (Colombia)

Eduardo Mas Colombo (Argentina)

Irene Meler (Argentina)

Mario Molina (Argentina)

Marco Eduardo Murueta (México)

Isabel Perez Jauregui (Argentina)

Mónica Pino (Chile)

Luis Enrique Vázquez Rodríguez (Perú)

Belisario Zanabria Moreno (Perú)

Nelson Zicavo (Chile)

Diseño

Dirección de Comunicación y Marketing UK

El presente número de la Revista *Prospectivas en Psicología* aloja aportes desde distintas perspectivas teóricas y clínicas para el abordaje de diferentes temáticas que constituyen los retos de la Psicología del S XXI y además, contribuyen al desarrollo de la disciplina desde una mirada integrada.

Debemos recordar que la ciencia psicológica, desde su nacimiento hasta nuestros días se ha caracterizado siempre por el signo de la diversidad. Esto se refleja en los artículos que el lector encontrará en este volumen. Sin embargo, esta diversidad temática y epistemológica, tiene puntos en común: proporcionar conocimiento científico, a partir de la investigación y las prácticas clínicas, al servicio de la comunidad y su desarrollo. Los convoca, nada más y nada menos, que la importancia de la calidad de vida de las personas, las propuestas orientadas a producir procesos de transformación y expansión de los recursos psicológicos, hasta la responsabilidad de los universitarios en la formación de los futuros profesionales psi.

La construcción de la subjetividad en los nuevos escenarios acompañado de nuevas formas de expresión de la contemporaneidad nos hace reflexionar, y por ende preguntarnos, cómo operar en contextos complejos y en la elaboración de estrategias terapéuticas y su articulación con lo social.

La convocatoria ha superado, no solo los límites de nuestra comunidad educativa, sino que el horizonte se ha extendido hacia otras latitudes, como son los artículos de nuestros colegas mexicanos, que comparten sus experiencias e investigaciones, posibilitando una proyección hacia la comunidad científica y académica en pos del desarrollo de toda Latinoamérica.

Dra. Alicia Risueño
Directora de la Revista

La Revista Digital **Prospectivas en Psicología de la Universidad Kennedy** es una publicación digital semestral, editada por la Facultad de Ciencias Psicológicas Universidad Kennedy, que privilegia la presentación de trabajos originales e inéditos, está dirigida a instituciones educativas y culturales, psicólogos y estudiantes de psicología o disciplinas afines. Su objetivo principal es la divulgación de trabajos originales y arbitrados que se enmarquen en cualquiera de las áreas de investigación básica o aplicada propias de la psicología y que contribuyan al avance de ésta. Se aceptan reportes de investigaciones empíricas, contribuciones teóricas en formato de ensayo, trabajos de meta-análisis y, en general, trabajos que sigan alguna de las variedades metodológicas de tipo científico. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización. Dirección: Bartolomé Mitre 1411. CABA. Argentina. Informes: revistapsi@kennedy.edu.ar

SUMARIO

Pág.

Sexualidad en Sujetos con Discapacidad Intelectual. Mitos y Prejuicios como Factores de Riesgo y Vulnerabilidad al Abuso Sexual. Analía Verónica Losada, Agustina María Muñiz	04
Estructura Factorial Exploratoria del Clima Organizacional Arturo Sánchez-Sánchez, Margarita Juárez-Nájera, Cruz García-Lirios	16
Experiencia y Transmisión en Psicoanálisis Sergio Ariel Zaiacometti	23
Los efectos de la palabra en Psicoterapia desde la perspectiva de las Neurociencias. Verónica Analía Franco	27
Promoción de salud. La importancia de conocer los factores teratogénicos que afectan el SN Iris M.Motta	33
Implicancias subjetivas del colecho Diana Barimboim	44
Normas para los Autores	49

SEXUALIDAD EN SUJETOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. MITOS Y PREJUICIOS COMO FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD AL ABUSO SEXUAL.

Sexuality in subjects with intellectual disability. Myths and prejudices as risk factors and vulnerability to sexual abuse

Analia Verónica Losada¹ y Agustina María Muñiz²

Resumen: El siguiente trabajo es un estudio de compilación bibliográfica abocado a analizar la conceptualización de la sexualidad en sujetos con Discapacidad Intelectual (DI). Para ello se realizó un recorrido por distintas concepciones que se han manejado a lo largo del tiempo, y poniendo de manifiesto tanto los mitos como los prejuicios a los fines establecer una posible correlación entre los mismos y situaciones de Abuso Sexual (AS), ligados al mal manejo de información y educación de la sexualidad en éstos jóvenes, refiriendo a que podrían considerarse factores que afectan la vulnerabilidad de estos sujetos, exponiéndolos a escenarios de mayor desprotección y descuido. Es un hecho innegable que la sexualidad es un atributo natural de todos los seres humanos, sin embargo, cuando se coloca junto a la discapacidad mental, esto no pareciera ser así, los discursos de la época suelen estar plagados de mitos y de falsas creencias que anulan y/o desconocen al sujeto discapacitado en cuanto ser sexuado (Alva, 2009).

Palabras claves: sexualidad, discapacidad intelectual, abuso sexual, mitos.

Abstract: The following work is a bibliographic compilation study aimed at analyzing the conceptualization of sexuality in subjects with Intellectual Disability (ID). To this end, a journey was made through different conceptions that have been handled over time, and highlighting both myths and prejudices to establish a possible correlation between them and situations of Sexual Abuse (AS), linked to the mismanagement of information and education of sexuality in these young people, referring to the fact that factors that affect the vulnerability of these subjects could be considered, exposing them to scenarios of greater vulnerability and neglect. It is an undeniable fact that sexuality is a natural attribute of all human beings, however, when placed next to mental disability, this does not seem to be the case, the speeches of the time are usually plagued by myths and false beliefs that they annul and / or ignore the disabled person as soon as they are sexed (Alva, 2009).

Keywords: sexuality, intellectual disability, sexual abuse, myths.

Sexualidad. Sexualidad y Discapacidad: Mitos y falacias. Abuso sexual

La sexualidad humana postula un concepto que se ha ampliado y complejizado, transformándose en una totalidad con diferentes dimensiones, como un sistema complejo con múltiples niveles, que comprende desde el nivel biológico hasta el nivel cultural. Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma porque viene decantada por una perspectiva sumamente individualizada.

La sexualidad es mucho más que la simple genitalidad. Es afecto, es encuentro interpersonal, es realización de la propia personalidad, es corporalidad. Es una dimensión constitutiva de la persona y no es sólo una necesidad, sino que es al mismo tiempo un deseo, una vivencia que se va construyendo al ritmo del crecimiento global del individuo (Amor Pan, 2002a).

¹ Dra. en Psicología. Lic. en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina. Email: analia_losada@yahoo.com.ar

² Lic. en Psicología (Esta investigación forma parte de su Trabajo de Integración Final para la obtención del Título de Licenciado en Psicología)

Schorn (2008) se refiere a la sexualidad como una energía vital, que es intransferible, inherente al ser humano y que se expresa en todo lo que la persona hace como parte integrante de su personalidad.

Núñez (2008) postula que la sexualidad de la persona con discapacidad, como la de cualquier otra, no nace en la adolescencia, sino que tiene su origen desde el mismo momento del nacimiento como modalidad de relación con otro, agrega que todos los seres humanos poseemos un cuerpo que es erógeno, así que las distintas partes del cuerpo son capaces de brindar placer, y esto es válido también para las personas que tienen discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (1980) conceptualizó al término Discapacidad como toda aquella restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma que lo realizaría un ser humano, o bien dentro del margen que se considera normal para los mismos. A su vez, la definición de Discapacidad Intelectual postulada por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (2002) plantea que el Retraso mental es una discapacidad que se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. Despouy (1993) refiere que una persona con discapacidad es aquella que padezca una alteración funcional, permanente y prolongada, física o mental, que en relación con su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración tanto familiar como social, educacional y laboral, y para el disfrute de sus derechos humanos. Muchas conductas sexuales que aparecen en personas con déficit intelectual son interpretadas por los demás, desde la propia mirada e intencionalidad, sin tener presente, en estos casos en particular, que, para comprender una conducta sexual de una persona con discapacidad mental, siempre debe tomarse en cuenta su nivel o edad de comprensión y no, como generalmente hacemos, su edad cronológica (Schorn, 2008).

Argumenta Amor Pan (2002a) que la mayor parte de las personas con retraso mental no presenta más problemas de conducta que las personas sin tal retraso. Agrega que por lo general se trata de una población muy sociable y con buena capacidad de adaptación. Sin embargo, en muchas ocasiones, es el contexto en el que se ven inmersos el que no favorece el desarrollo de conductas apropiadas, y fomenta involuntariamente la puesta en escena de repertorios desadaptativos que requieren la intervención profesional para ser reducidos o eliminados.

El nacimiento de un hijo con discapacidad es un acontecimiento que irrumpe produciendo un efecto de conmoción en la familia, afectando su dinámica y generando consecuencias en todos sus integrantes. En tanto inesperado, suele ser del orden de lo traumático (Fainblum, 2004). Del Moral Zamudio (2001) sostiene que alrededor del menor con discapacidad intelectual se reúnen una variedad de factores tanto personales, como familiares y sociales, que lo hacen más vulnerable y lo convierten en fácil víctima del fenómeno de abuso sexual, ante los cuales existe escasa o nula prevención y/o evitación.

Amor Pan (2002) relata que a lo largo del tiempo se ha venido situando a las personas con retraso mental en un rol donde no queda lugar para la sexualidad. Esta concepción, basada en el predominio del criterio moral, entiende que es un tema que no debe suscitar interés o debate, debido a que, en su mayor parte, estas personas no están casadas o no tienen parejas, y que además no deberían tener hijos, bien porque no podrían cuidar de ellos de manera adecuada o porque podrían presentar problemas similares.

Uno de los mitos que rondan la sexualidad en sujetos con DI hace referencia a la necesidad de silenciar dicha dimensión considerada tan vital para el ser humano. Esta creencia presupone que la ignorancia en cuestiones sexuales es la mejor arma para defenderse de la propia sexualidad. Sin embargo, ninguna persona, independientemente de su nivel de capacidad o discapacidad, puede ser asexual. Es más, la mayoría de las personas con retraso mental tienen conciencia de su sexualidad, manifiestan inquietud por el tema y tienen sus experiencias en menor o mayor medida, con menor o mayor grado de satisfacción. Su desarrollo sexual e interés por la sexualidad no se encuentran especialmente retrasados en comparación con sus pares no discapacitados (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Murillo y Richmond, 2005, citados por Rivera Sánchez (2008) afirman que cuando se estudian los estereotipos asociados a la sexualidad de dicho grupo poblacional, se pueden encontrar diversas clasificaciones, que se categorizan como mitos referidos a la asexualización, la sobresexualización y sobre el temor a la reproducción de las personas con discapacidad. Los prejuicios relacionados con su sexualidad oscilan en los extremos de creer que por su condición no presentan necesidades de afecto y vida sexual, son como niños o que, por su sexualidad, que esta exacerbada, no tienen control.

No existen diferentes sexualidades, es decir que no hay una sexualidad específica para los niños/as, los adultos/as o de las personas con discapacidad; sino que la sexualidad es una sola: la sexualidad humana, que se manifiesta de diversas maneras según las etapas de nuestra vida. Por lo tanto, se concluye en que todos y todas somos seres sexuados y en consecuencia, ésta forma parte integrante a lo largo de la vida. Desde esta perspectiva, se concibe a la persona con discapacidad como un ser sexuado con derecho a vivir su sexualidad a pesar de su condición física y/o mental (Rivera Sánchez, 2008).

Rivera Sánchez (2008) expone que al igual que cualquier persona, aquellas con discapacidad manifiestan su sexualidad explorando su cuerpo, al igual que se interesan por relacionarse con sus compañeros, establecer lazos afectivos con su familia y amigos, así como también en saber cómo nacieron, cómo es su cuerpo y por qué este cambia día a día. El propósito de desmitificar ideas presentes y brindar herramientas necesarias para que se inicie la educación sexual desde edades tempranas, tiene como objetivo formar hombres y mujeres capaces de sentirse independientes para poder vivir plenamente dentro de la sociedad, sin sentirse limitados por su condición física o mental.

Cuando se hace referencia al abuso sexual, se habla de todas aquellas situaciones en las que una persona se ve envuelta en actividades o relaciones sexuales que no quiere y no ha consentido y/o no entiende. Dichas relaciones se basan en la gratificación de quien sea el abusador, el cual suele situarse en una posición de poder, ya sea por edad, tamaño, posición o rol social (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Bailey (1998) plantea dos tipos de abuso, sin contacto: incluye acoso, pornografía, posturas indecentes e insinuaciones o con contacto: recoge tocamientos, masturbación y penetración. Los niños con retraso mental sufren con mucha más frecuencia estos abusos, especialmente en edades que se comprenden entre los 6 y 11 años. Este riesgo va en aumento hacia la adolescencia y continúa también en la vida adulta. Respecto al género, encontramos que las chicas con retraso mental tendrían más riesgo de sufrir abuso sexual, mientras que en los varones predomina el abuso físico o la negligencia. En cuanto a los contextos, estos son muy variados. En ámbitos residenciales o institucionales se incrementa el riesgo, y los abusos más frecuentes son llevados a cabo por los cuidadores o personal que está en contacto directo y continuo con estas personas (Verdugo, Alcedo, Bermejo, & Aguado, 2002). López Sánchez (2009) enumera algunas falsas creencias que favorecen que esta población sufra abusos. Entre ellas se destaca el creer que estas personas no resultan atractivas, por lo que no sufren agresiones sexuales; no comprenden o no sienten el daño, por lo que es menos grave; no pueden aprender nada sobre el tema.

Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998, citados por Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado (2002), comentan que en algunas personas se encuentra la idea de que las personas con discapacidad intelectual son insensibles al dolor y sin capacidad para captar el abuso del cual pudieran ser objeto, lo que los haría específicamente vulnerables a todo tipo de abusos sexuales. Agregan además que, si bien es cierto que los niños, adolescentes y adultos con retraso mental son particularmente vulnerables al abuso sexual, no lo es que esto se deba a factores relacionados con su infantilismo o falta de interés sexual, sino a factores extrínsecos relacionados con la estrecha dependencia y sumisión a terceras personas, junto a otros aspectos como la pérdida de intimidad y la falta de información sexual.

Al negarles la posibilidad de una adecuada educación sexual, aumenta considerablemente la vulnerabilidad de estas personas a embarazos, enfermedades venéreas y abusos sexuales. Así mismo, persistiendo los mitos antes mencionados, excluyéndolos del acceso a la educación, programas de prevención

y seguridad, los riesgos podrán ir en ascenso, al quedar estas personas desprotegidas por no contar con estrategias de afrontamiento eficaces (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Objetivo

Considerar una posible causalidad entre los mitos acerca de la sexualidad en personas con DI y el abuso sexual, pensándolos como factores de riesgo y de vulnerabilidad.

Metodología

Se llevo adelante un estudio teórico. Se considera como tal a aquellos estudios que presentan avances teóricos, estudios de revisión, actualización, comparación y análisis crítico de teorías o modelos en un determinado campo (Montero y León, 2007). Delimitando aún más la categoría del trabajo elaborado, se lo enmarca dentro de los estudios clásicos. En esta categoría se incluyen los estudios que agencian la revisión de ideas sin utilizar estadísticos para llevar a cabo la fundamentación de sus nociones. A los fines de consumir este trabajo bibliográfico, se recabó información de distintas fuentes: se utilizaron documentos de trabajo, tesis doctorales, libros, documentación soporte papel, monografías, investigaciones, artículos online, manuales de Psicología del desarrollo y publicaciones de revistas científicas. Toda la fuente utilizada fue extraída dentro de las áreas de Psicología Social, Psicología Jurídica y Psicología Diferencial. Asimismo, se recurrió a expertos, a bibliotecas generales y especializadas, como así también a distintas bases de datos, como ser: DIALNET, SCHOOLAR GOOGLE. En dichas bases de datos se utilizaron como palabras claves: sexualidad, discapacidad intelectual, mitos, abuso sexual.

Sexualidad

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, ya que esta viene decantada por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata de una perspectiva que proviene tanto de experiencias personales, como de elementos públicos y sociales. No puede comprenderse la sexualidad humana sin reconocer que ésta es de índole pluridimensional, es decir que es un hecho biológico, psicológico y cultural (Amor Pan, 2002a). La sexualidad es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. Es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. La sexualidad está constituida por formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo. Consiste también en los papeles, las funciones y las actividades económicas y sociales asignadas con base en el sexo a los grupos sociales y a los individuos en el trabajo, en el erotismo, en el arte, en la política y en todas las experiencias humanas; consiste asimismo en el acceso y en la posesión de saberes, lenguajes, conocimientos y creencias específicos; implica rangos y prestigio y posiciones en relación con el poder. La sexualidad es identificada con el erotismo, al punto de usarse indistintamente ambos términos. En el terreno teórico es necesario diferenciar ambos conceptos para elaborar categorías rigurosas. La sexualidad incluye al erotismo pero no lo agota, y este a mismo tiempo debe ser reconocido en su especificidad (Lagarde, 1997). La sexualidad es una energía vital, intransferible, que es inherente al ser humano y que se expresa en todo lo que la persona hace como parte integrante de su personalidad (Schorn, 2008). Siguiendo con esta definición, Amor Pan (2002b) y Nuñez (2008), refieren que sexualidad es más que simple genitalidad, siendo el concepto de sexualidad mucho más amplio y la genitalidad sólo un aspecto de ella. Sexualidad es afecto, es encuentro interpersonal, realización de la propia personalidad, es también corporalidad. Se puede hablar de una sexualidad destinada a la procreación, a la búsqueda exclusiva de placer o a la relación convivencial, pero ni aun así se roza con la superficie de la sexualidad, más bien hay que pensarla de manera integradora, ya que ninguna dimensión de la sexualidad

tomada aisladamente tiene validez universal. Tanto los aspectos biológicos como los factores psicológicos y sociales forman un entramado de vital importancia, que empieza a influir en el momento mismo del nacimiento y siguen haciéndolo por el resto de la vida (Amor Pan, 2002b).

Discapacidad Intelectual

El concepto de discapacidad, o de términos tales como deficiencia mental, minusvalía, discapacidad psíquica o retraso mental, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Verdugo (1997) se avoca a la concepción del retraso mental que se concebía en Inglaterra en el siglo XIV, en donde aquellos que poseían alguna deficiencia mental eran caratulados como “idiotas” y se los conceptualizaba como aquellos que eran incapaces de manejar sus propios negocios, por lo que sus propiedades pasaban directamente a la Corona.

La Organización Mundial de la Salud (1980) conceptualizó al término Discapacidad como toda aquella restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma que lo realizaría un ser humano, o bien dentro del margen que se considera normal para los mismos. En esta conceptualización, se intentó incluir tres niveles del trastorno, es decir, los niveles bio – físico – psicológico. Pero luego de un tiempo fue necesaria una revisión, ya que por un lado se concebía como un modelo únicamente causal y unidireccional, y por el otro, se dejaron de lado ciertos aspectos importantes del individuo y su trastorno, como lo son su entorno físico y social. Tal es así, que a partir de mediados de la década del 90 comenzó la revisión de esta definición, para finalmente considerar el término “Discapacidad” como un concepto global, que incluye tanto la perspectiva individual, como la corporal y social, es decir, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad, y las restricciones en la participación social del individuo (CIF, 2001). La Asociación Americana sobre el Retraso Mental (AARM), goza de un prestigio en el mundo de la discapacidad, logrado tras más de un siglo de trabajo en tareas de investigación relacionadas con el retraso mental (RM). Desde su fundación en 1876, una de sus principales preocupaciones ha sido conseguir una delimitación clara y no discriminatoria de la condición de las personas con RM. Su composición heterogénea, en la que se incluyen profesionales provenientes de diferentes campos de la salud, la psicología, la educación, el trabajo social, la legislación y la administración, entre otras, ha hecho de esta organización un punto de referencia para todos aquellos que por motivos personales o profesionales se relacionan con personas que presentan esta discapacidad. En el año 1921, encontramos en la primera edición de su manual, la definición de RM (realizado junto con el Comité Nacional para la Higiene Mental). Desde aquella primera se han publicado ocho ediciones más (1933, 1941, 1957, 1959, 1973, 1977, 1983, 1992), y la actual está vigente desde 1992 (novena edición). Cada década del siglo XX, ha contado con la influencia de uno de estos manuales clasificatorios y, con cada nueva edición, la definición iba puliéndose y enriqueciéndose en matices. Se evidencia que los trabajos que surgían no anulaban a los anteriores, porque esos manuales servían como base y punto de partida para una mejor comprensión del RM. Se iba ganando en claridad, amplitud y delimitación. El punto de partida de la definición tenía en el coeficiente de inteligencia su eje fundamental. La aparición de las pruebas de inteligencia y su aplicación generalizada en la población estadounidense, hacían de este parámetro el dato más objetivo en el que se basaba cualquier tipo de investigación, y la referencia diferencial en la que se catalogaba a la población en función de sus rendimientos intelectuales (Portuondo Sao, 2004).

La definición de Discapacidad Intelectual postulada por la AARM (2002) plantea que el retraso mental es una discapacidad que se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson et al., 2002). Una persona con discapacidad es aquella que padezca una alteración funcional, permanente y prolongada, física o mental, que en relación con su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración tanto familiar como social, educacional y laboral, y para el disfrute de sus derechos humanos (Despouy, 1993).

Schorn (2008), a efectos de aclarar, hace una diferenciación de los niveles de discapacidad. Postula que aquellas personas que presentan un déficit mental profundo pueden llegar a desarrollar una edad o nivel

de comprensión comparable a la de un niño de un año. La gratificación aquí pasa por el afecto, el cuidado, la atención y alimentación, la higiene y la estimulación de su propio cuerpo. En el déficit mental severo su desarrollo en cuanto a la comprensión puede compararse al alcanzado por un niño de dos años como máximo. Estos se autoestimulan, porque a través de estas sensaciones placenteras pueden unificar el concepto de “sí mismo”, así que exploran su cuerpo, pueden diferenciar zonas placenteras y diferenciar ligeramente los sexos. Por otro lado, en el déficit mental moderado su nivel de comprensión puede alcanzar el comparable al de un niño de 6 o 7 años. Aquí existe el auto valimiento y la adaptación a normas familiares y sociales. La estimulación que reciben por personas ligados afectivamente y las que son producidas por autoestimulación los conducen al reconocimiento de lo placentero tratando de repetir estas situaciones por su efecto gratificante.

La DI tiene implicancias tanto en el desempeño motor, como alteraciones perceptuales, déficits en memoria y adquisición de nociones, afecta también el desarrollo del lenguaje y el razonamiento. Pero donde se observan las limitaciones más evidentes es en la conducta social, ya que presentan dificultades en las aéreas de independencia personal y adaptación personal y social. Esto se ve influido por otros factores independientes del grado de retraso, como lo son el antecedente socioeconómico, las oportunidades de socialización, la experiencia escolar y las actitudes que los demás adoptan hacia el sujeto con discapacidad (Del Moral Zamudio, 2001). Es común que al niño con DI no se le enfrente a tareas propias de cada edad, que se le relegue de experiencias cotidianas y que se lo prive de vivencias sociales necesarias. Rara vez se encuentra que un discapacitado temprano haya mantenido juegos sexuales con otros niños o compañeros de la infancia (Castro Alegret, 1994). Al parecer existe un proceso de representación de su sexualidad con mayor demora en el reconocimiento de su propio cuerpo y la introyección de normas sociales, con menor erotización que el resto, debido posiblemente a que los adultos han erotizado menos o hasta rechazado esa parte de su persona. A pesar de esto, diversos estudios como lo es por ejemplo el de Heshusius (1982), han demostrado que las personas con DI experimentan la intimidad y la sexualidad al igual que cualquier otra persona, a veces de manera confusa, pero como una parte esencial de sus vidas. Tienen sentimientos sexuales y el deseo de compartirlos con otros individuos está presente (Del Moral Zamudio, 2001).

Sexualidad y Discapacidad

Al igual que el resto de niños y niñas, los menores con discapacidad exploran su cuerpo, se interesan por relacionarse con compañeros, establecer lazos afectivos con su familia y amigos, así como por saber cómo nacieron, cómo es su cuerpo y por qué éste cambia día a día (Rivera Sánchez, 2008). Núñez (2008), relata que la sexualidad de la persona con discapacidad, como la de cualquier otra, no nace en la adolescencia, sino que tiene su origen desde el mismo momento del nacimiento como modalidad de relación con otro. Es en la pubertad cuando comienza a darse una gran actividad hormonal que va a producir modificaciones profundas en las sensaciones del adolescente, y en la percepción de sí mismo, su cuerpo y del mundo. Este despertar sexual, sobre todo en aquellos discapacitados con mayores dificultades simbólicas, se puede manifestar sin las inhibiciones que suelen darse en personas sin discapacidad. Así, que en el joven con discapacidad se rompe un cierto equilibrio que se mantuvo hasta ese momento y se intenta seguir manteniendo, basado en la negación social de su sexualidad, por lo cual este aspecto no es integrado a la existencia vital del joven. Partiendo de este punto, debe reconocerse la importancia de educar y atender la sexualidad de personas con discapacidad, sabiendo que esto permitirá el desarrollo integral, aprender a conocerse, aceptarse y respetarse. La sexualidad integra una serie de aspectos que buscan el desarrollo de las personas para que estas puedan participar en la sociedad activamente. Es indispensable para el desarrollo y ajuste de la personalidad de cada individuo, por lo que, todas las personas la poseen, no se aparta de aquellas con discapacidad, sino que forma parte integrante de todos y cada uno (Rivera Sánchez, 2008).

Edmonson (1980,1988) postula que las personas con retraso mental tienen necesidades emocionales de amar y de ser amados, de mostrar sus afectos, establecer relaciones y de expresar su sexualidad. También

se reclaman con frecuencia sus derechos sexuales, entre los que se hallan el derecho a recibir información, educación y orientación sobre su sexualidad, a expresarse en este aspecto y a casarse o tener parejas. Aun así, parece existir sobre este tema un pacto de silencio (García, 1990), que ha atenazado a responsables de la política educativa y sanitaria, pacto que ha impedido un mayor nivel de avances y progresos.

Mitos y prejuicios en la sexualidad del discapacitado

La sexualidad de la población con discapacidad es un tema que ha sido poco abordado tanto por organizaciones que las atienden, como por docentes, familias y por la sociedad en general, debido a que giran en torno a dicho grupo una serie de creencias que invisibilizan la existencia de la misma (Rivera Sánchez, 2008). López Sánchez (2009), enumera algunas de estas creencias sobre la sexualidad de los discapacitados, entre las cuales se destacan: - que las personas con RM son asexuadas, son como niños, también sexualmente, no resultan atractivas sexualmente para otras persona, no debe despertarse su interés sexual, ya que son inocentes y que en ningún caso conviene que formen pareja.

Se ha venido asignando a las personas con RM un rol en el que no hay lugar para la sexualidad. Concepción basada en el predominio del criterio moral, que entiende que este es un tema que no debe suscitar interés o debate alguno, debido a que en su mayor parte estas personas no tienen pareja o no están casados, y además, no deberían tener hijos, bien porque no pueden cuidar de los mismos de forma adecuada o bien porque pueden tener hijos con problemas similares a los suyos (Amor Pan, 2002a). Entre algunos de los mitos y falacias que se encuentran asociados a este tema, encontramos uno que hace referencia a la necesidad de silenciar una dimensión humana tan vital como es la sexualidad. Este, presupone que la ignorancia en cuestiones sexuales es la mejor arma para defenderse de la propia sexualidad. No obstante ello, el hombre es por naturaleza un ser sexuado, por tanto ninguna persona, independientemente de su nivel de capacidad o discapacidad, puede ser asexuada. Contrariamente a lo que se cree, la mayoría de las personas con RM tienen conciencia de su sexualidad, manifiestan inquietud por el tema y, en mayor o menor medida, tienen sus experiencias con menor o mayor grado de satisfacción. Otro mito ligado a la temática desarrollada tiende a establecer relaciones de linealidad entre sexualidad y capacidad intelectual, de forma tal que asume que las limitaciones que aparecen en este área, también afectan el área sexual, por lo que se deriva la idea errónea de que estas personas no pueden desarrollar una conducta sexual adaptada, responsable y beneficiosa para su desarrollo personal, sino que solo cabe esperar una conducta sexual torpe, carente de sensibilidad y susceptible de engaño por cualquiera, lo que sería una sexualidad embebida del propio concepto de deficiencia (Verdugo, Alcedo, Bermejo&Aguado,2002) García (1990), Marchetti y McCartney (1990) y Fierro (2000) postulan que sin embargo, bien se sabe que el nivel intelectual no correlaciona positivamente, y que, por lo tanto, no determina la capacidad para amar, expresar afectos y cariño, compartir sensaciones corporales, para enamorar, seducir y respetar a la pareja.

Otra creencia refiere que estas personas presentan una vida sexual y afectiva muy distinta a la del resto de la población sin discapacidad. Se habla de una sexualidad ligada a matices psicopatológicos, definidos por un apetito sexual grotesco y descontrolado, donde se señalan continuas demandas de afecto, fuertes emociones e impulsos sexuales y dificultad para el control, así como una tendencia a la promiscuidad sexual. Existe además un viejo mito según el cual la discapacidad engendra discapacidad, por lo que el control de la vida sexual de estas personas evitaría la posibilidad de que engendren hijos con retraso, lo que no es necesariamente cierto ya que supone admitir que las bases etiológicas del RM son siempre de tipo genético cuando hace décadas que se admite una etiología variada y múltiple para más del 50% de los sujetos que presentan RM (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002). Se encuentra también la idea de que estos sujetos son insensibles al dolor y sin capacidad para captar el abuso del que pudieran ser objeto, lo que los haría especialmente vulnerables a todo tipo de abusos sexuales (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998). Si bien es cierto que niños, adolescentes y adultos con RM son particularmente vulnerables al abuso sexual, no lo es debido a factores relacionados con su infantilismo o falta de interés sexual, sino a factores externos que

están asociados con la estrecha dependencia y sumisión a terceras personas, junto a otros elementos como son la pérdida de intimidad y la falta de información sexual (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Sobsey y Mansell, 1997 y Kennedy, 1996, citados en Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado (2002) señalan que estos mitos influyen en las actitudes de los profesionales que trabajan con sujetos con RM, y también en los servicios especializados dirigidos a los mismos, lo que genera resultados negativos, ya que han servido para justificar la exclusión, el aislamiento y la segregación de estas personas de una adecuada educación sexual. Al privarlos de esta posibilidad, aumenta notablemente la vulnerabilidad de esta población tanto a embarazos como enfermedades venéreas como al mencionado abuso sexual.

Abuso sexual en el sujeto discapacitado

Del Moral Zamudio (2001), menciona que alrededor del sujeto con DI se reúnen una variedad de factores personales, familiares y sociales que lo hacen más vulnerable y lo convierten en víctima fácil del fenómeno del Abuso Sexual (AS), ante el cual la prevención y/o evitación pareciera ser escasa o nula. Los mitos y tabús sociales más la falta de servicios de protección, ubican a las personas con discapacidad ante un riesgo significativamente mayor de sufrir AS y maltrato que cualquier otro sujeto. El AS dentro de la población con DI se encuentra impulsado principalmente por una situación desigual de poder y control, donde las personas con discapacidad pueden ser más fáciles de manipular y vulnerar por carecer, en la mayoría de los casos, de posibilidades de denunciar los abusos, ya sea por barreras físicas, sensoriales, intelectuales o aún institucionales (Martínez, 2012).

Finkelhor (1992) y Losada (2009, 2011, 2012) definen al AS como cualquier contacto sexual entre un sujeto y un adulto sexualmente maduro, madurez sexual definida social y psicológicamente, este contacto con fines de complacer al adulto; o bien cualquier contacto sexual mediante el uso de la fuerza, la amenaza o el engaño para asegurar su participación; o contacto sexual al cual, en el caso de un niño, este no pueda consentir en virtud de su edad o por la diferencia de poder y la naturaleza de su relación con el adulto. Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado (2002) mencionan que cuando se habla de AS, se hace referencia a todas aquellas situaciones en las que una persona se ve envuelta en actividades o en relaciones sexuales que no quiere, no consiente y/o no entiende. Tanto hombres como mujeres, adultos y niños pueden ser víctimas de este abuso. Por lo general es unidireccional hacia la víctima, pero en ocasiones, esta última puede ser obligada a realizar prácticas sexuales al abusador. Varios estudios indican que este tipo de agresiones son frecuentes, repetidas y crónicas y a menudo resultan en daño o perjuicio físico o moral significativo para las víctimas. En el caso de sujetos con discapacidad sexualmente abusados existen evidencias de tener mayor riesgo de graves trastornos emocionales, deficiencias del habla e incluso incapacidad física (Cohen y Warren, 1990).

A pesar de que las estadísticas mundiales ubican a las personas con discapacidad, en especial a mujeres y niños con discapacidad mental, como uno de los grupos sociales más vulnerables ante el abuso y la explotación sexual, casi no existen referencias a ello en informes periodísticos o en campañas de concientización y prevención. Este vacío no es casual. Obedece a una lógica, ya mencionada, que relativiza la sexualidad de las personas con discapacidad, invisibilizando sus derechos y privándolos, a ellos y a sus familias, de recibir la protección, acompañamiento y la contención necesarias (Martínez, 2012). Los estudios con los que se cuenta son aislados, parciales, basados en muestras que no son lo suficientemente representativas y tienen limitaciones metodológicas. Por lo que aún no pueden extraerse conclusiones definitivas acerca de las cuestiones que se abordan en estos trabajos. Aun así, se encuentran algunas variables y cuestiones examinadas (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002). Como se mencionó anteriormente, los niños y las mujeres con discapacidad son los más vulnerables a sufrir el AS. Cuando se habla de abuso sexual infantil (ASI) específicamente, nos encontramos frente a una problemática social, tanto por el número de casos como por ser una forma por acción de maltrato. Las personas afectadas presentan diversas emociones, como sensación de extrañeza, irrealidad, dolor, tristeza, vacío existencial y vivencias de culpa y vergüenza. Los niños que son víctimas de ASI no suelen relatar en forma espontánea los hechos, aunque sí pueden hacerlo al preguntárseles

(Losada, 2009). El miedo de contar lo acontecido, sobre todo cuando se trata de un abusador cercano a la familia de la niña o niño, y lo difícil de los procedimientos legales para validar el hecho, muchas veces hace que los adultos desestimen con frecuencia hacer algún tipo de denuncia (Ferrante, 2009).

Kennedy (1996), Lumley y Miltenberger (1997), Furey, Granfield y Karan (1999), coinciden en que el AS en la población con DI, es más elevado que en la población en general, aunque se desconoce la frecuencia real del problema, debido, entre otros motivos, a la tasa tan baja de denuncias existentes. En niños con discapacidad, encontramos que el riesgo de abuso se duplica en comparación con los pares sin discapacidad. Los niños con RM sufren con más frecuencia estos abusos, en especial, en edades comprendidas entre los 6 y 11 años. Este riesgo aumenta considerablemente en la adolescencia pudiendo continuar también en la vida adulta (Furey et al., 1999; Sobsey y Mansell, 1997). En lo que respecta al género, las chicas con RM son objeto de AS más frecuente que los chicos, pero en varones el tipo de maltrato más predominante es el abuso físico y la negligencia (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997). En cuanto a los contextos en los que se produce el AS, se encuentra que estos son muy variados: ámbito familiar, círculo de amistades, entorno laboral, ambiente residencial, todos estos constituyen una fuente potencial para el abuso, aunque estas situaciones se llevan a cabo también en el ámbito residencial o institucional, donde el riesgo incrementa. Dentro de estos entornos, los abusos más frecuentes son llevados a cabo por los cuidadores o el personal que está en contacto directo con estas personas (Sobsey y Randall, 1997).

La infancia con discapacidad se ve afectada por factores de riesgo iguales a los que se presentan en la población infantil en general: la exclusión, el estrés familiar, dificultades económicas, aislamiento social, conflictos conyugales o historia familiar de abuso sexual en los padres. Estos son factores, que entre otros muchos, aumentan el riesgo de los menores a sufrir algún tipo de maltrato (Observatorio de Infancia, 2006). La discapacidad no puede ser considerada por sí misma como un factor desencadenante del maltrato si no se da en interacción con otras variables de riesgo como ocurre en la mayoría de los menores cuando son maltratados (Oliván, 2002). Junto a la incidencia de estas variables, se detectan también factores familiares, educativos, contextuales, así como los asociados a necesidades especiales, que afectan específicamente a la población con discapacidad haciéndola más vulnerable a sufrir algún tipo de maltrato. (Berastegui Pedro-Viejo y Gómez - Bengoechea, 2006).

Discusión

Se ha descrito que niños y adolescentes con RM son particularmente vulnerables al abuso sexual, aunque no lo es debido a factores relacionados con su infantilismo o falta de interés sexual, sino a factores externos que están asociados con la estrecha dependencia y sumisión a terceras personas, junto a otros elementos como son la pérdida de intimidad y la falta de información sexual (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002). Los mitos y tabúes sociales más la falta de servicios de protección, ubican a las personas con discapacidad ante un riesgo significativamente mayor de sufrir AS que cualquier otro sujeto (Del Moral Zamudio, 2001).

Las personas con RM suelen tener menor información, menor conciencia de riesgo y menor capacidad para tener prácticas sexuales seguras, tanto por a falta de información como por la propia discapacidad (López Sánchez, 2009). Por lo que es necesario brindar información adecuada que permita derribar todos los mitos existentes y que pueda transmitir, formar y promover actitudes, valores, conocimientos y habilidades desde edades tempranas para que estas personas puedan vivir una sexualidad responsable. La educación de la sexualidad se vuelve una herramienta de gran valor para poder enseñarles cómo pueden vivir su sexualidad saludablemente sin ser violentados por su condición (Rivera Sánchez, 2008).

Tal como se mencionó en el presente trabajo, la sexualidad y la discapacidad son constructos que aún hoy en día no han sido abordados en toda su dimensión. El hablar de sexualidad se halla envuelto en una serie de mitos y prejuicios que son necesarios desterrar para poder alcanzar el pleno desarrollo de los individuos y la satisfacción plena de las necesidades humanas por las vías más saludables y óptimas. La

sexualidad ha estado cargada de connotaciones negativas, y es en los últimos años cuando se le ha empezado a otorgar un valor positivo considerando que es un atributo natural, esencial e inherente a todos y cada uno de nosotros, imputable a todas las personas más allá de su condición. La satisfacción de las necesidades sexuales- considerando que esto no involucra solo lo genital, sino que es mucho más amplio, es un hecho biológico, psicológico y cultural, constituido por formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales- es un factor indudable de calidad de vida y en consecuencia debe tenderse a dar una connotación positiva al placer sexual, cultivando tanto su conocimiento como las condiciones adecuadas para su plena satisfacción. Cuando a esta mirada negativa de la sexualidad se le suma el nacimiento de un hijo con discapacidad, que además es un acontecimiento que irrumpe produciendo un efecto de conmoción en la familia, afectando su dinámica y generando consecuencias en todos sus integrantes, puede producirse un desequilibrio tanto en las formas de actuar como de pensar, y es aquí donde tantas veces se cae en ideas erróneas, miedos que paralizan y dudas que si no son bien atendidas pueden colocar al menor discapacitado en situaciones de riesgo, no solo porque puedan influir de forma quizá indirecta en el desarrollo de su personalidad, sino porque también puedan verse directamente expuestos a situaciones que corrompan su integridad física, psicológica, social y emocional.

Pensar entonces que un sujeto con discapacidad carece del aspecto sexual que en cualquier otra persona no se negaría, los coloca en un rol donde queda un amplio lugar para la colocación de ideas a veces tan subjetivas como erróneas. Pero el tema aquí, no es solo pensarlo como sujeto sexuado, sino pensar cómo pararnos ante esto y de qué manera responder y atender sus necesidades. Si pensamos que un menor con DI es asexuado, se estaría negando la integridad de su persona; si se estima que las únicas conductas que estos pueden adoptar son conductas puramente instintivas, torpes e hipersexualizadas, se residiría en descuidar el aspecto afectivo-relacional, alejándonos de la idea de que estos sujetos necesitan de contacto, tienen interés por su cuerpo, por el otro, manifiestan inquietudes, aspectos todos deben ser guiados y educados.

Los sujetos DI, pueden presentarse como más dependientes y sumisos a sus adultos, suelen estar educados para responder y obedecer sólo a ellos, junto a esta cuestión, se encuentra una carencia en cuanto a la educación de la sexualidad, lo que deriva en que los menores no estén orientados para distinguir las muestras de atención o de cariño apropiadas de las inapropiadas, por lo que –entre otras- pueden aparecer situaciones de abuso difíciles a veces de identificar, ya sea porque no son denunciadas por el menor o porque se ven sometidos por el agresor a mantener silencio, inculcando en ellos el miedo y hasta sentimientos de culpa. La dependencia que caracteriza las relaciones de los menores discapacitados, los mitos que rondan la sexualidad y la exclusión y aislamiento de estas personas al acceso de una adecuada educación sexual, encontramos que estos puntos influyen también en las actitudes de los profesionales que trabajan con sujetos con RM, y también en los servicios especializados dirigidos a los mismos, lo que genera resultados negativos, ya que al privarlos de esta posibilidad, aumenta notablemente la vulnerabilidad de esta población tanto a embarazos como enfermedades venéreas como al mencionado abuso sexual.

Para prevenir entonces situaciones de este tipo, hace falta adoptar estrategias de prevención e intervención a través de programas psico educativos tanto para el joven con DI, como para las familias, así como para la sociedad en general, para provocar un cambio en el pensamiento y en las actitudes adquiridas a la hora de enfrentar la temática de la sexualidad. Estos programas tienen como finalidad que las familias de los pacientes adquieran habilidades de afrontamiento, habilidades sociales, y de resolución de problemas, asertividad, manejo del stress y de la ira, relajación y comunicación, con el objetivo de reducir factores de stress psicosocial, mejorar la interacción familiar y crear sistemas auxiliares de apoyo. Así mismo, la educación de la sexualidad ayuda a la persona con DI a aprender conductas aceptadas socialmente y a diferenciar lo que es sancionado por la sociedad, enseñando las situaciones donde deben rehuir de las que deben encontrar ayuda en caso que sea necesario, concretamente a desarrollar un esquema de prevención ante el abuso sexual. La educación sexual resulta fundamental para el desarrollo de toda persona, por lo tanto, ésta debe iniciarse desde edades tempranas. Los adultos deben orientar su aprendizaje hacia espacios que le permitan

vivir la expresión de su sexualidad de manera saludable, así como establecer las habilidades sociales adecuadas de acuerdo con la edad.

Referencias bibliográficas

- Alcedo, M. A., Bermejo, B. & Aguado, A.L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, Supl.: pp. 124-129.
- Alva, M. S.(2009.). "Discapacidad y sexualidad. Posibilidades para la transformación de un discurso". Ponencia presentada en IV Congreso Internacional de Derechos Humanos y Salud Mental. Universidad Plaza de Mayo. <http://www.discapacitados.org.ar/documentos/posibilidades.doc>
- Amor Pan, J.R. (2002a). "Sexualidad y personas con síndrome de Down".
- Amor Pan, J.R. (2002b) "La educación sexual en el marco de la educación para la salud y la promoción del desarrollo individual y social de la persona con síndrome de Down". Recuperados el 1 de Junio de 2009 de <http://www.down21.org>
- Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) (2004). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Décima Edición. Madrid Alianza.
- Bailey, G. (1998). *Action against abuse. Recognising and preventing abuse of people with learning disabilities. A: Family's pack. B: Service User's pack.C: Support Worker's pack*. Chesterfield, UK: Association for Residential Care.
- Berastegui Pedro-Viejo, A. y Gómez- Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Psychosocial Intervention*, 15 (3): 293-306.
- Castro-Alegret, P.L. (1994). *La sexualidad de los niños y adolescentes discapacitados: Su orientación y educación*. CELAEE. Cuba.
- Del Moral Zamudio, M.P. (2001). La prevención del abuso sexual infantil y la discapacidad intelectual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6(2): 117-131.
- Despouy, L. (1993). En Del Moral Zamudio, M.P. (2001) La prevención del abuso sexual infantil y la discapacidad intelectual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6 (2): 117-131.
- Edmonson, B. (1980). Sociosexual Education for the Handicapped. *Exeptional Education Quarterly*, 1, 67-76.
- Edmonson, B. (1988). Disability and Sexual Adjustment. En V.B. Van Hasselt, P.S. Strain y M. Hersen (Eds), *Handbook of developmental and physical disabilities* (pp.91-106). Nueva York:Pergamon Press.
- Fainblum, A. (2004). *Discapacidad, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis*- 2ª ed.- Buenos Aires: La nave de los locos.
- Ferrante, C. (2009). *Abuso Sexual Infantil. Un informativo para la Prevención Primaria*, en Losada, A.V. (Comp.) Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil. Pp. 96-106. 1º ed. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. En J.R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica*, (pp. 51-67). Madrid: FEAPS.
- Finkelhor, D. (1992). *Abuso sexual al menor*. México: Pax.
- Furey, E.M., Granfield, J.M. y Karan, O.C. (1999). Abuso y negligencia sexual en adultos con retraso mental: Una comparación de las características de la víctima. *Siglo Cero*, 30 (6), 21-26.
- García, J.L. (1990). *Sexualidad y deficiencia*. Minusval, 69. 13-37.
- Kennedy, M. (1996). Agresiones sexuales y discapacidad infantil. En Morris, J. (Ed.). *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*. (pp.139-159). Madrid: Narcea.
- Lagarde, M. (1997). "La sexualidad", en Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM, pp. 177-211.
- López Sánchez, F. (2009) Educación sexual y discapacidad. En: III Congreso *La atención a la diversidad en el sistema educativo*. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la

- Comunidad. Recuperado el 1 de Junio de 2009 de,
<http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/9.pdf>
- Losada, A.V. (Comp.) (2009). *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias*. Tesis de Doctorado. Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Argentina.
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A. y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano de Verdugo, M.A y Jenaro, C. (en prensa). Madrid: Alianza Editorial].
- Lumley, V.A. y Miltenberger, R.G. (1997). Sexual Abuse Prevention for Persons with Mental Retardation. *American Journal*, 101 (5), 459-472.
- Marchetti, A.G. y McCartney, J.R. (1990). Abuse of persons with Mental Retardation: Characteristics of the abused, the abusers, and the informers. *Mental Retardation*, 28, 367-371.
- Martínez, L.E. (2012). *Abuso sexual en personas con discapacidad*. En El Cisne, edición digital. Recuperado el 1 de Octubre de 2012 de, <http://www.elcisne.org/ampliada.php?id=2189>
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3): 847-862.
- Nuñez, B.A. (2008) *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Observatorio de Infancia (2006). *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Accesible en:
<http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pd>
- Olivan, G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*, 56 (3), 219-223.
- Portuondo Sao, M. Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Salud Pública versión online*, 30(4). Ciudad de la Habana. Sep.-Dic. 2004.
- Rivera Sánchez, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1): 157-170.
- Schorn, M.E. (2008) *Discapacidad: una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sobsey, D. y Mansell, S. (1997). Teaching people with Disabilities to be Abused and Exploited: The Special Educator as Accomplice. *Developmental Disabilities Bulletin*, 25 (1): 77-93.
- Verdugo, M.A. (1997). P.H.S. *Programa de habilidades sociales. Programas conductuales alternativos*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Verdugo, M.A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. & Aguado, A.L. (2002) El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, Supl.: 124-129.

ESTRUCTURA FACTORIAL EXPLORATORIA DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

Exploratory factor structure of the organizational climate

Arturo Sánchez-Sánchez³, Margarita Juárez-Nájera⁴, Cruz García-Lirios⁵

Resumen: A menudo, el clima organizacional ha sido entendido como una estructura de factores que promueven la confianza, el compromiso, el emprendimiento, la innovación y la satisfacción, pero la generalidad de estos factores ha llevado a su especificación. Es así como el objetivo del presente trabajo ha sido contrastar un modelo para el estudio del fenómeno en comento. Se realizó una investigación exploratoria, transversal y no experimental con una selección muestral de 300 docentes, estudiantes y administrativos de una universidad pública del centro de México. A partir de un modelo estructural se encontraron cuatro dimensiones relativas a 1) especificación de las funciones, 2) composición intersectorial, 3) canales de participación y 4) transparencia de gestión, aunque el porcentaje de varianza total explicada sólo fue del 51%. A partir de las dimensiones establecidas por la literatura consultada se discutió la pertinencia de incluir factores relativos a la equidad y la autonomía.

Palabras clave –*Clima, apoyo, confianza, innovación, equidad, autonomía, cohesión*

Abstract: Often, the organizational climate has been understood as a structure of factors that promote trust, commitment, entrepreneurship, innovation and satisfaction, but the generality of these factors has led to its specification. This is how the objective of this work has been to contrast a model for the study of the phenomenon in question. An exploratory, transversal and non-experimental research was carried out with a sample selection of 300 teachers, students and administrators of a public university in central Mexico. From a structural model four dimensions were found related to 1) specification of functions, 2) intersector composition, 3) participation channels and 4) management transparency, although the percentage of total variance explained was only 51%. Based on the dimensions established by the literature consulted, the pertinence of including factors related to equity and autonomy was discussed.

Keywords -Climate, support, confidence, innovation, equity, autonomy, cohesion

Introducción

El objetivo del presente trabajo fue contrastar un modelo para el estudio del clima organizacional en una Institución de Educación Superior (IES) de centro de México, considerando la política de evaluación, acreditación y certificación de la calidad de los procesos y los productos que le demandan las instituciones estatales en función del monto de financiamiento público otorgado.

El clima organizacional, para los fines del presente trabajo alude a un ambiente desfavorable o favorable, desagradable o agradable hacia el entorno de la organización, su cultura, estructura, liderazgo, confianza, compromiso, emprendimiento, innovación y satisfacción (Acar y Acar, 2014).

En relación con la calidad educativa, indicada por niveles de ingreso, aprovechamiento, desempeño, titulación, egreso, inserción, emprendimiento e innovación académica y laboral, el clima organizacional ha sido delimitado a la colaboración, entendida como un proceso de confianza, compromiso y satisfacción relativos a objetivos, tareas y metas compartidas (Anicijevic, 2013).

Una revisión de la literatura en los últimos años indica que la relación entre el clima organizacional, principalmente la dimensión colaborativa, ha sido determinante de la calidad educativa en tanto que un aumento significativo de la variable independiente anticipa un incremento sobre la variable dependiente (Baño, Villacres, Arboleda y García, 2016).

³ UAT, MX: ertuross1@hotmail.com

⁴ UAM, CDMX: mjn@correo.azc.uam.mx

⁵ CEPS, MX: garcialirios@aol.com

Estudios del clima organizacional

En el marco de las Instituciones de Educación Superior, la Educación Social se ha establecido desde el clima institucional y organizacional que se gesta en las percepciones y actitudes determinantes de decisiones y acciones (Sandoval, Magaña y Suárez, 2013: p. 2).

El clima institucional alude al reglamento, las normas y valores que distinguen incluso a una organización de otras, pero en el caso del clima organizacional este alude a disposiciones desfavorables o favorables hacia ese mismo reglamento, valores y normas (Carreón, García y Pérez, 2017).

Cabe destacar que mientras el clima institucional parece reflejar la influencia del Estado sobre las IES, el clima organizacional supone una respuesta de la IES como organización creadora del conocimiento y el arte (Olarte, 2012). Es decir, el clima institucional, aunque sea incluyente es un proceso unilateral que busca legitimar y perpetuar al Estado como rector de la gestión del conocimiento, pero el clima organizacional busca desarrollar la autogestión de investigadores, docentes, científicos y tecnólogos para independizar a las IES del estado, o bien, generar un nuevo modelo de IES (Carreón, Hernández, Quintero, García y Mejía, 2016).

Si el Estado influye en las IES a través de evaluaciones, acreditaciones y certificaciones relativas a la calidad de los procesos y los productos, el clima institucional será producto de la instrumentación coercitiva de las políticas, estrategias y programas institucionales (Garbanzo, 2016).

En contraste, el clima organizacional se resultado de las relaciones colaborativas entre investigadores, docentes, administrativos, estudiantes y trabajadores cuyo interés común los lleva a responder a los lineamientos estatales con la finalidad de entablar negociaciones, acuerdos y responsabilidades de la gestión, producción y transferencia del conocimiento (García, Carreón, Sánchez, Sandoval y Morales, 2016).

Loor (2017: p. 1354) encontró que el clima organizacional se relacionó directa, positiva y significativamente con la formación profesional. Esto es así porque un aumento en las percepciones de un clima positivo se vinculó a un incremento en el aprendizaje, el aprovechamiento y el desempeño escolar.

Tal hallazgo sugiere que, si los docentes, estudiantes, administrativos y trabajadores siguen los mismos objetivos, comparten las mismas metas y delegan las tareas, entonces generarán un ambiente saludable y colaborativo de trabajo que repercutirá en la gestión, producción y transferencia del conocimiento (Omotayo y Adenike, 2013).

Baño, Villacres, Arboleda y García (2016) encontraron siete dimensiones del clima organizacional: apoyo, confianza, innovación, equidad, reconocimiento, autonomía y cohesión. A partir de un modelo estructural [$\chi^2 = 155,71$; 29 gl; $p = 0,000$; RMSEA = 0,103] demostraron que el clima organizacional es determinado por las siete variables que reflejarían su influencia en los siete indicadores.

Es decir que en las IES el apoyo, la confianza, la innovación, la equidad, el reconocimiento, la autonomía y la cohesión son factores previos al clima de relaciones colaborativas que al emerger en un grupo de trabajo reflejan su influencia en indicadores como disposiciones en contra o favor de una acción compartida (García, Quintero y García, 2017).

Es el caso de un evento académico en el que los siete factores pueden estar latentes u ocultos antes de que se lleve a cabo el coloquio, el simposio o el congreso (Reategui, Poma, Benitez y Rodríguez, 2015). Una vez que docentes, estudiantes, administrativos y trabajadores convergen en la necesidad de colaborar para que se lleve a cabo el evento académico, entonces construirán un clima de relaciones que puede ser negativo cuando hay intereses particulares que contradicen al bien común y suelen ser positivos cuando los intereses personales se ajustan a los convenios, pactos o acuerdos en la organización (Gómez, 2016).

Si las relaciones entre las dimensiones del clima laboral esgrimidas en la literatura consultada se ajustarán a las observaciones empíricas en una muestra de estudiantes, docentes y administrativos de una universidad pública del centro de México, entonces la literatura consultada advierte la prevalencia de dimensiones teóricas del clima organizacional que estarían asociadas al institucionalismo educativo como es

el caso de la gestión financiera del conocimiento, aunque se circunscribe a las dimensiones relativas a la atribución de las capacidades de liderazgo transformador (Elizarraráz, Molina, Quintero, Sánchez y García, 2018).

Es así como hay una alta probabilidad de que las dimensiones reportadas en la literatura se ajusten a las observaciones realizadas en el contexto de la IES de estudio (García, 2018). No obstante que la literatura ha demostrado la prevalencia de dimensiones subjetivas y grupales en torno al clima laboral, la especificidad de las dimensiones en el contexto de las políticas de calidad educativa supone la emergencia de dimensiones nuevas que la literatura no ha documentado (Sánchez, Villegas, Sánchez, Espinoza y García, 2018). Por consiguiente, las relaciones teóricas entre las dimensiones del clima laboral serán diferentes a las observadas en el contexto de la IES de estudio (Hernández, Carreón, Bustos y García, 2018).

Método

Se realizó un estudio no experimental, transversal y exploratorio. Se llevó a cabo una selección no probabilística de 300 docentes, estudiantes y administrativos de una universidad pública del centro de México (véase Tabla 1).

Tabla 1. Descriptivos de la muestra

<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Ingreso</i>	<i>Estado civil</i>
Mujeres (56%)	M = 25,4 DE = 12,4	M = 16'721,23 DE = 3'455,86	Soltería = 61%; Matrimonio = 21%; Otro = 18%
Hombres (44%)	M = 27,3 DE 13,2	M = 15'892,34 DE = 4,576,13	Soltería = 52%; Matrimonio 24%; Otro 24%

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Se utilizó la Escala de Clima Organizacional de García et al., (2016) la cual incluye 16 ítems. Cada ítem incluye cinco opciones de respuesta que van desde 0 = nada de acuerdo hasta 5 = muy de acuerdo.

Se garantizó la confidencialidad de los resultados por escrito y se informó a los encuestados acerca de que los resultados no afectarían su estatus. La encuesta se aplicó en las instalaciones de la IES y la información fue procesada en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) versión 23,0. Se estimaron media, desviación estándar, prueba de Bartlett, KMO y pesos factoriales; así como adecuación, esfericidad, ajuste y residual en el contraste del modelo exploratorio.

Resultados

La Tabla 2 muestra la adecuación y la esfericidad [KMO = 0,796; $\chi^2 = 505,397$ (120gl) $p = 0,000$] que permitieron estimar el análisis factorial, el cual arrojó cuatro factores relativos a especificación de funciones (51% de la varianza total explicada), composición intersectorial (15% de la varianza total explicada), canales participativos (9% de la varianza total explicada) y transparencia de gestión (6% de la varianza total explicada).

Tabla 2. Descriptivos del instrumento

R	M	D	S	C	A	F1	F2	F3	F4
R1	,40	,621	1,03	1,29	,783	,859			
R2	1,17	2,151	1,38	1,30	,702	-,610			
R3	1,40	,563	1,05	1,20	,793	,884			
R4	2,80	1,864	1,02	1,48	,702	,723			
R5	,53	,681	1,21	1,30	,728		,908		

R6	2,00	1,259	1,24	1,28	,781	-,807
R7	1,67	2,397	1,93	1,94	,793	,892
R8	1,53	1,383	1,10	1,26	,705	-,441
R9	2,80	2,140	1,18	1,05	,745	-,296
R10	3,47	1,795	1,13	1,08	,756	,590
R11	1,97	1,752	1,15	1,09	,751	-,328
R12	2,27	1,112	1,05	1,29	,783	,300
R13	3,30	1,291	1,39	1,12	,768	-,971
R14	2,00	1,640	1,06	1,13	,726	-,404
R15	3,07	1,461	1,07	1,46	,783	-,724
R16	1,93	1,639	1,02	1,59	,792	,781

R = Reactivo, M = Media, D = Desviación Estándar, S = Sesgo, C = Curtosis, A = Alfa quitando el valor del ítem. Método de extracción. Ejes principales (rotación promax), adecuación y esfericidad [KMO = 0,796; $\chi^2 = 505,397$ (120 gl) p = 0,000]. F1 = Especificación e funciones (21% de la varianza total explicada), F2 = Composición Intersectorial (15% de la varianza total explicada), F3 = Canales de Participación (9% de la varianza total explicada) y F4 = Transparencia de Gestión (6% de la varianza total explicadas).

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Una vez establecidos los factores que explicaron el 51% de la varianza total explicada. Se procedió a estimar las relaciones entre los factores con la finalidad de observar la emergencia de un factor de segundo orden común a las cuatro dimensiones de primer orden (véase Tabla 3) y contrastar el modelo de trayectorias reflejantes (véase Figura 1).

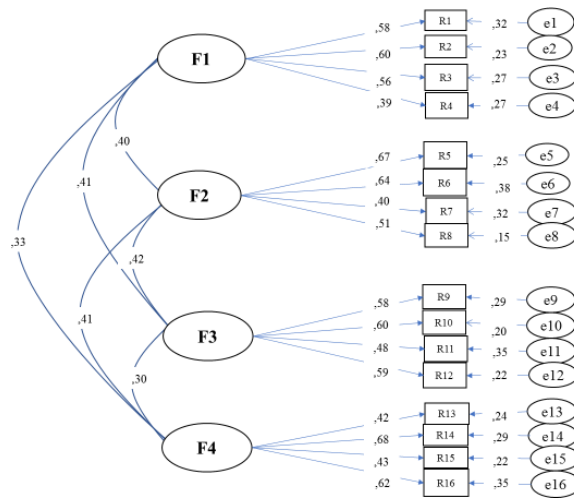
Tabla 3. Correlaciones y covarianzas entre los factores

	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
F1	1,000				1,897			
F2	,382*	1,000			,430	1,876		
F3	,421**	,324***	1,000		,415	,347	1,869	
F4	,439**	,425*	,438*	1,000	,329	,438	,426	1,879

F1 = Especificación de funciones, F2 = Composición Intersectorial, F3 = Canales de Participación y F4 = Transparencia de Gestión: * p < ,01; ** p < ,001; *** p < ,0001

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Figura 1. Modelo de trayectorias reflejantes



F1 = Especificación e funciones, F2 = Composición Intersectorial, F3 = Canales de Participación y F4 = Transparencia de Gestión: \cap relación entre factores, \leftarrow relación entre errores e indicadores, \rightarrow relación entre factores e indicadores

Fuente: Elaborado con los datos del estudio

Los parámetros de ajuste y residual sugieren la aceptación de la hipótesis relativa al ajuste de las observaciones empíricas con respecto a las relaciones hipotéticas del modelo que se propusieron [$\chi^2 = 234,35$ (36gl) $p = 0,008$; CFI = 0,990; GFI = 0,995; RMSEA = 0,007].

Discusión

El aporte del presente trabajo al estado de la cuestión radica en la contrastación de un modelo para el estudio del clima laboral en el que cuatro dimensiones explicaron el 51% de la varianza total explicada y establecieron relaciones de dependencia entre las variables en comento.

Sin embargo, el tipo de estudio no experimental, el tipo de muestreo no probabilístico y el tipo de análisis factorial exploratorio limitan los resultados al contexto de la IES de estudio. Por consiguiente, es menester llevar a cabo un estudio con una selección muestral probabilística y un análisis factorial confirmatorio con la finalidad de establecer las dimensiones del clima laboral en el contexto de la IES de estudio.

Incluso, la literatura especializada y actualizada sugiere que el apoyo, la confianza, la innovación, la equidad, el reconocimiento, la autonomía y la cohesión son dimensiones preponderantes del clima organizacional, aunque en el presente trabajo las dimensiones de especificación de las funciones, composición intersectorial, canales de participación y transparencia de gestión sugieren una simplificación de las dimensiones reportadas en la literatura consultada.

En ese tenor, la especificación de funciones deriva del clima de apoyo y la innovación (Saansongu y Ngutor, 2012). Del mismo modo la composición intersectorial contraviene la autonomía, pero está inserta en la cohesión (Stable, 2016). En cuanto a los canales de participación esta variable proviene de la cohesión, aunque contraviene a la dimensión de la confianza. Por último, la transparencia de la gestión supone variables de apoyo, confianza, reconocimiento y cohesión.

Las cuatro dimensiones encontradas delimitan la estructura del clima organizacional reportada en la literatura consultada, pero están relacionadas con cada una de las dimensiones establecidas, aún y cuando sólo explican la mitad del porcentaje de varianza total explicada.

Conclusión

El objetivo del presente trabajo fue contrastar un modelo exploratorio para el estudio del clima organizacional en una IES del centro de México, pero el tipo de estudio, muestreo y análisis limitaron los resultados al contexto de la investigación, sugiriendo la inclusión de otros factores derivados de las dimensiones establecidas por la literatura consultada.

Referencias bibliográficas

- Acar, Z. y Acar, P. (2014). Organizational cultura types and their effects on organizational performance in Turkish hospitals. *Emerging Markets Journal*, 3 (3), 1-15 DOI: 10.5195/emaj.2014.47
- Anicijevic, N. (2013). The mutual impact of organizational culture and structure. *Economic Annals*, 58 (198), 35-60
- Baño, D., Villacres, E., Arboleda, L. y García, T. (2016). Evaluación del clima organizacional del personal docente de las Instituciones de Educación Superior (IES). *Industrial Data*, 19 (2), 59-68 DOI: [10.15381/idata.v19i2.12816](https://doi.org/10.15381/idata.v19i2.12816)
- Carreón, J., García, C. y Pérez, M. I. (2017). Redes de conocimiento en torno al emprendimiento social de flujos migratorios de retorno multicultural. *Sin Fin*, 21 (4), 37-45
- Carreón, J., Hernández, J., Quintero, M. L., García, C. y Mejía, S. (2016). Redes de conocimiento en torno a la complejidad organizacional: Aprendizaje de la autoregulación disipación, adaptabilidad y dinamismo ante los cambios. *Prospectivas en Psicología*, 2 (2), 57-70
- Elizarraráz, G., Molina, H. D., Quintero, M. L., Sánchez, R. y García, C. (2018). Discursos en torno a la lucidez organizacional en las alianzas estratégicas y las redes de conocimiento entre MiPymes caficultoras del centro de México. *Margen*, 88, 1-11
- Garbanzo, G. (2016). Desarrollo organizacional y los procesos de cambio en las instituciones educativas, un reto de la gestión de la educación. *Educación*, 40 (1), 67-87 DOI: DOI: 10.15517/revedu.v40i1.22534
- García, C. (2010). La estructura del clima organizacional en un supermercado. *Poiesis*, 20, 1-10
- García, C. (2018). Contratación de un modelo de cultura organizacional en universidades públicas del centro de México. *Nómadas*, 54 (4), 1-17
- García, C., Carreón, J., Sánchez, A., Sandoval, F. R. y Morales, M. L. (2016). Confiabilidad y validez de un instrumento que mide liderazgo y la gestión educativa. *Ehquidad*, 5, 109-130 DOI: DOI: [10.15257/ehquidad.2016.0004](https://doi.org/10.15257/ehquidad.2016.0004)
- García, C., Quintero, M. L. y García, C. (2017). Redes e conocimiento en torno a la caficultura en una IES del centro de México. *Interconectando Saberes*, 2 (4), 15-32
- Gómez, M. R. (2016). Modelo estratégico de aprendizaje organizacional para impulsar la competitividad municipal. *Pensamiento & Gestión*, 40, 1-30 DOI: 6 DOI: 10.14482/pege.40.8803
- Hernández, J., Carreón, J., Bustos, J. M. y García, C. (2018). Modelo de cibercultura organizacional en la innovación el conocimiento. *Visión Gerencial*, 18 (2), 235-253
- Loor, D. (2017). El clima organizacional y su incidencia en la formación profesional de los docentes de las IES de Manabí. *Dom. Cien.* 3 (3), 1338-1358 DOI: 10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.3.jun. 1338-1358
- Olarte, J. C. (2012). Aprendizaje organizacional y procesos de consultoría. *Voces & Silencios*, 3 (1), 70-86
- Omotayo, O. y Adenike, A. (2013). Impact of organizational culture on human resource practices: a study of selected Nigerian private universities. *Journal of Competitiveness*, 5 (4), 115-133 DOI: 10.7441/joc.2013.04.07
- Reategui, R., Poma, A., Benitez, S. y Rodríguez, G. (2015). Sistema de memoria organizacional para centros I+D en una institución de educación superior. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15 (2), 1-25 DOI: 10.15517/aie.v15i2.18965

-
- Saansongu, E. y Ngutor, D. (2012). The influence of corporate cultura of employee commitment to the organization. *International Journal of Business and Management*, 7 (22), 1-8
- Sánchez, R., Villegas, E., Sánchez, A., Espinoza, F. y García, C. (2018). Modelo para el estudio de la lucidez organizacional y la responsabilidad social corporativa. *Sincronía*, 22 (74), 467-483
- Sandoval, M., Magaña, D., Suárez, E. (2013). Clima organizacional en profesores investigadores en una institución de educación superior. *Actualidades Investigativas en Educación*, 13 (3), 1-24
- Stable, Y. (2016). Aprendizaje organizacional en organizaciones de ciencia tecnología e innovación. *Ingeniería Industrial*,

EXPERIENCIA Y TRANSMISIÓN EN PSICOANÁLISIS

Experience and transmission in psychoanalysis

Sergio Ariel Zaiacometti⁶

Resumen: La posibilidad de pensar un psicoanálisis contemporáneo exige considerar la manera en que los conceptos fundamentales que lo sostienen pueden ser pensados a la luz de las coyunturas socioculturales que cada vez resultan más vertiginosas. Bajo esta premisa, nos proponemos desde dos ejes que son la experiencia y la transmisión, fundamentar como en el diálogo que se produce entre ellos pueden encontrarse algunas coordenadas que nos permitan dar cuenta de la manera en que esta retroalimentación pueda llevarse a cabo. En este recorrido, nos encontramos con las dificultades que se producen en la transmisión, con consecuencias directas en la experiencia y encontramos en la paternidad la manera de poder rescatar a la experiencia en su singularidad.

Palabras claves: transmisión, experiencia, paternidad, transferencia, psicoanálisis

Abstract: The possibility of thinking about a contemporary psychoanalysis requires considering the way in which the fundamental concepts that sustain it, can be thought in the light of the socio-cultural conjunctures that are increasingly vertiginous. Under this premise, we propose from two axes that are the experience and transmission, in the dialogue that takes place between them, take basis of some coordinates that allow us to account for feedback between that can be carried out. In this developing, we encounter the difficulties that occur in the transmission, with direct consequences in the experience and we find in paternity the way of being able to rescue the experience in its singularity.

Key words: transmission, experience, paternity, transference, psychoanalysis

Introducción

Compartiendo lo expresado por diversos autores contemporáneos, proponemos pensar el psicoanálisis atendiendo a su contexto y, por lo tanto, considerando que cada coyuntura sociocultural exige compromisos psicoanalíticos que puedan brindar respuestas acordes. En estos tiempos que corren, con la velocidad que se producen los cambios a nivel sociocultural y tecnológico, consideramos que esta concepción resulta de suma relevancia para la práctica actual que día a día nos cuestiona, pone a prueba lo ya sabido y nos desafía a algo que puede pensarse en el orden de la creación de la práctica, al menos la que se considera como propia. Esta creación, no puede sino tener como base la transmisión que se recibe y la propia experiencia, y nos resulta pertinente pensarla en relación a la paternidad en el entrecruzamiento que esto propone. Proponemos también, hacer referencia a como ciertas dificultades en relación a las algunas instituciones psicoanalíticas funcionan como obstáculo frente a la posibilidad de transmisión y para esto hacemos una articulación con la función paterna. El objetivo es dilucidar cuando colaboran en la transmisión y cuando se convierten en un discurso dominante que no da lugar a la singularidad que se desprende de la propia experiencia del analista.

Discusión

En esta propuesta que supone dar cuenta de la importancia de la transmisión y la experiencia en psicoanálisis, consideramos en principio poder expresar la manera de pensar al psicoanálisis de un modo abierto que refleje la retroalimentación que suponen estos dos conceptos que tomamos como centrales. Como punto de partida comenzaremos citando a Luis Hornstein (2003) que propone, esta misma línea, pensar:

⁶ Lic en Psicología (UK). Magister en Psicoanálisis (UK). Psicólogo clínico, psicólogo voluntario en Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Dr. Alejandro Posadas. sergio.zaiacometti@gmail.com

“El psicoanálisis se mueve y el psicoanálisis es movido. Mueve sus bordes y esos bordes lo mueven. Entonces no queda otra que pensarlos, pensarlos como fundantes y como discutibles, y convertirlos en ámbitos de producción” (p. 12)

En un primer acercamiento a la transmisión y la experiencia, parece pertinente una frase de Vegh (2015) que resulta representativa de lo que intentamos abordar “Estamos ante una repetición en la historia del psicoanálisis. Desde hace algunos años, en el psicoanálisis poslacaniano, se viene produciendo lo mismo que en el análisis posfreudiano: se toma un aspecto de la teoría, se hace de eso una hipótesis, se desconocen otros aspectos de la estructura y se llega a un extravío de la experiencia”. (p. 88)

Este autor, propone pensar la experiencia del análisis y para ello toma de Lacan la consideración de que el analista forma parte del Inconsciente, por lo que la experiencia se produce en la emergencia del Inconsciente, que se posibilita a través de la transferencia. Esa experiencia es la que permite, que en ese vínculo transferencial, la emergencia del Inconsciente pueda eludir ciertas dificultades que se presentan a la escucha del analista, manifestándose de una manera en que éste pueda leerlas. Es así que claramente nos dice: (...) la experiencia del análisis tiene una manifestación registrable que llamamos transferencia y una hipótesis deducible que nombramos Inconsciente. No hay una sin la otra. (p. 28)

Con el objetivo de profundizar la importancia de la experiencia y su vínculo con la transferencia, nos resulta de interés articularlo con lo que propone Aulagnier (1986/2005) con el concepto de “singularidad”. La autora habla de la dificultad de esta experiencia, en tanto para los analistas requiere de la transferencia entendida en dos vertientes, por un lado respecto al corpus teórico psicoanalítico que debe ser contrastado y sometido a prueba con la práctica psicoanalítica. Cito a la autora mencionada:

Freudiano entre los freudianos, lacaniano entre los lacanianos, discípulos entre otros discípulos, el analista (interprete por partida doble), heredero, en el campo de la teoría, de un bien común a compartir con el conjunto de sus pares, reivindicará por el contrario su “singularidad” (aquello que le permite ser, en su propio nombre, transmisión del texto) en el campo donde se encuentra confrontado con su soledad: el acto analítico. (p. 70)

En la línea de lo expuesto, podemos considerar la experiencia de un psicoanálisis en la conjunción de estos elementos que entran en juego en relación a la transferencia: la transferencia con el texto, como saber, y en la transferencia que implica su aplicación como aquello que puede entrar de ese saber en el campo de acción. Este campo de acción está representado por la experiencia, en tanto permita esa retroalimentación, sostendrá la “singularidad” de la que nos habla Aulagnier.

Como expusimos en la introducción, consideramos que en el entrecruzamiento entre transmisión, que podríamos poner en la línea de la historia y por lo tanto de las instituciones psicoanalíticas; y la experiencia, que quedaría más en la actualidad y aquello que resulta de la singularidad a la que aludíamos, se puede pensar a la paternidad. Con este objetivo, podemos plantear la relación con la paternidad, tomando como punto de partida para eso, lo que Aulagnier (1986/2005) expone:

En este campo podrá experimentar los efectos de la singularidad de su interpretación, podrá reconocer la paternidad, podrá hacer su obra. En el registro de la acción (y el análisis forma parte de él) el analista se asume como intérprete: intérprete de los textos de Freud e intérprete de lo que el analizando le exige a esos textos. (p. 70)

Como mencionamos, otra dificultad en lo que hace a la transferencia con el texto que mencionáramos más arriba, está dada por ser un bien común que el analista comparte con sus pares. Esto adiciona a una transferencia (que podríamos llamar individual) al texto (las obras de Freud y Lacan fundamentalmente), una transferencia con una lectura de esos textos que hacen las instituciones a las que el analista considera o desea pertenecer. Esto produce una subdivisión y una necesidad de conciliar ambas, en tanto el ejercicio de su práctica puede quedar condicionado a su adhesión. Es, en este punto en particular, en el que la articulación con la función paterna se nos hace necesaria.

Con este objetivo proponemos citar nuevamente a Vegh (2015) y lo hacemos en referencia al cuestionamiento que hace Lacan, en su momento, sobre los textos de Freud como antecedente que nos permita dimensionar la importancia fundamental de esta “singularidad”, de esta “experiencia” del psicoanálisis;

Lacan fue expulsado porque cuestionaba al padre Freud al distinguir el padre del goce que no acepta la Ley, del padre del deseo y de la Ley. Ese padre del goce que podemos homologar en el relato mítico con el padre de la horda, un padre que guarda el goce todo para si hasta que los hijos se reúnen en un pacto, lo matan, lo incorporan –comida totémica- y que luego, según dice Freud, por conveniencia, pero también por amor y por culpa de haberlo matado, aceptan la Ley, que es a ley de prohibición del incesto (...) En cambio, recuerdo la frase de Lacan de uno de los últimos seminarios, *Le Sinthome*, que dice: “del padre se puede prescindir”, y agrega: “a condición de servirse de él” (...) Entonces, lo explicito así: del padre del goce se puede prescindir a condición de servirse del padre del deseo y de la Ley. (pp. 111-112)

Esto nos permite pensar en que la adhesión a algunas instituciones, en la necesidad de apoyatura que requieren sobre todo los profesionales más jóvenes en el inicio de su práctica profesional, los pone en relación a este padre del goce que los exige en una posición de no diferencia, de una repetición que los sostiene en el goce de otro, aboliendo lo propio. Para poder salirse de esto, exige por parte de los analistas asumirse como practicantes, en el más literal de los sentidos. En una práctica comprometida, que posibilite la búsqueda de esa “singularidad” en tanto supone una renuncia a encontrar a alguien, en este caso representado por una institución, que les garantice lo que verdadero o falso de aquello que surge de su propia experiencia encontrada con los textos, con la formación que tienen como bagaje. Sin embargo, debemos remarcar el compromiso necesario ya que como surge de lo expresado por Vegh tomando a Lacan, solo se puede prescindir del padre del goce a condición de servirse del padre del deseo y de la Ley, y por lo tanto, para poder tener acceso a esa singularidad es necesario un compromiso del analista con la formación, con la lectura de los textos, con la revisión de las cuestiones de la propia subjetividad que hagan dificultad de manera de pulir la propia experiencia y poder construir, hacerse padre de la propia práctica.

Conclusiones

Consideramos que tanto experiencia como transmisión pueden tomarse como los principales vectores que inciden y despliegan que el psicoanálisis pueda brindar respuestas que contemplen las diversas coyunturas socioculturales en las que encuentra el contexto de su aplicación. Sin la posibilidad de este diálogo, se hace difícil pensar en que no quede resignado y limitado a consideraciones netamente teóricas, que produzcan un alejamiento, por el retraso en poder evolucionar en la medida que las exigencias de los cambios cada vez más significativos así lo ameritan. La transmisión la consideramos en la línea de la historia, de los conceptos fundamentales del psicoanálisis y planteamos la dificultad cuando esta transmisión esta mediada por instituciones que detentan una mirada cerrada y sin posibilidad de desarrollo frente a cuestiones coyunturales que permitan la apertura de la que habláramos anteriormente. En lo que refiere a la experiencia, el planteo es en relación a la propia práctica en dialogo permanente con la teoría que la sostiene y en la posibilidad de articulación que a partir de esto se genera con la manera en que el contexto sociocultural tiene impacto en la subjetividad de aquellos que consultan. La paternidad surge en esta posibilidad de entrecruzamiento entre transmisión y experiencia, como posibilidad de concebir la propia práctica atendiendo a la singularidad.

En esta breve articulación, nos detenemos en analizar como algunas de estas instituciones psicoanalíticas detentan el lugar de ese padre del goce impidiendo de esta manera dar lugar al deseo a través de la posibilidad de enlazar algo de ese goce a la ley. Sin esta posibilidad, la experiencia, la singularidad, que permite seguir haciendo circular el deseo en sus enlaces, provoca solo detención e impide la transmisión.

Transmisión de una ley que puede posibilitar no encarnarla y que, por lo tanto, permite el acceso a la propia paternidad.

Referencias bibliográficas

Aulagnier, P. (1986/2005) Un intérprete en busca de sentido. (2° edición) Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Hornstein, L. (2003) Intersubjetividad y clínica (1° edición) Buenos Aires, Paidós.

Vegh, I. (2015) Senderos del análisis. Progresiones y Regresiones. Buenos Aires, Paidós.

LOS EFECTOS DE LA PALABRA EN PSICOTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS NEUROCIENCIAS.

The effects of the word in psychotherapy from the perspective of neurosciences

Verónica Analía Franco⁷

«Las mentes de los hombres son espejos unas de otras.»

-David Hume-

Resumen: La Psicoterapia definida como un proceso interpersonal de aprendizaje, donde la palabra es el instrumento de intervención terapéutica que opera como estímulo ambiental con suficiente relevancia, cuyo impacto deja una huella en el sistema nervioso que se traduce en memoria de largo plazo mediado por un proceso epigenético de cambios neuroplásticos.

Palabras claves: psicoterapia, aprendizaje, memoria a largo plazo, epigenética.

Abstract: Psychotherapy defined as an interpersonal process of learning, where the word is the instrument of therapeutic intervention that operates as a stimulus and environmental factor with sufficient relevance whose impact leaves a mark that translates into long term memory mediated by an epigenetic process of neuroplastic changes.

Key words: psychotherapy, learning, long term memory, epigenetic

Introducción

La Psicoterapia implica un encuentro en un espacio de diálogo íntimo entre paciente y psicoterapeuta. En condiciones que permanecen estables y desarrollado a lo largo del tiempo, el psicoterapeuta intenta abordar los problemas que plantea el paciente mediante la aplicación de intervenciones técnicas que involucran, de modo predominante aunque no exclusivo, el uso de la palabra. De esta manera, el lenguaje no es solo un código de comunicación que permite un intercambio de información entre diversas personas, sino que se convierte en una instancia que organiza la propia experiencia sensorial y la conciencia de identidad, dando curso a pensamientos y sentimientos a través de la trama vincular terapéutica.

Existen diferentes modelos en psicoterapia que profundizan en diversos aspectos psicológicos relacionados con la posibilidad de lograr cambios y desarrollar explicaciones acerca de la incidencia de estos factores en los procesos psicopatológicos. Considerando los elementos que poseen en común los distintos abordajes, el proceso psicoterapéutico comienza con la palabra del consultante, quien expresa sus problemas al psicoterapeuta con la intención de aportar comprensión a su padecer y encontrar la forma de elaborar y trascender su sufrimiento.

A través del desarrollo de la palabra, la persona incorpora, procesa y almacena en su memoria, información que es codificada en términos lingüísticos y puede ser recuperada en la conciencia. El lenguaje es el medio que permite la expresión de los propios sentimientos y pensamientos, que a su vez pueden ser transmitidos y compartidos con otras personas. Este intercambio verbal, enriquecido con todo el conjunto de códigos de comunicación gestual y contextual que lo acompaña, permite acceder al registro subjetivo que cada persona tiene acerca de sí mismo, de su vida y de su entorno como así también de los problemas que le conciernen, los aspectos emocionales que determinan sus sentimientos y sus estados anímicos y afectivos, sus sensaciones físicas, como así también sus ideas, pensamientos y fantasías.

El procesamiento cognitivo de la palabra ha sido estudiado por numerosos investigadores, quienes han propuesto modelos que intentan explicar el recorrido que realiza la palabra en el sistema nervioso central

⁷ Lic. en Psicología. Esp. en Neuropsicología Clínica. Mag. en Psicoimmunoneuroendocrinología. e mail veronicafranco@intramed.net

(SNC). El propósito de la presente publicación es efectuar un cruce entre lo biológico y lo simbólico para poder aproximarnos a la comprensión de cómo la palabra hablada y compartida podría ejercer modificaciones en el SNC.

Procesos epigenéticos en la Psicoterapia

La controversia acerca de las interacciones entre mente y cuerpo tiene una larga historia, que puede tener su origen hacia el año 400 AC, cuando Hipócrates sugirió que nuestras percepciones, pensamientos, sentimientos y la toma de decisiones eran actividades originadas en el cerebro.

El mismo Sigmund Freud, neurólogo de formación, citando a uno de sus textos iniciales, *Proyecto de una Psicología para Neurólogos*, publicado en 1895, intentó realizar una teoría neuronal del comportamiento humano con la intención de sentar las bases para una psicología científica, pero al encontrarse con la falta de desarrollo de las ciencias del cerebro de su época cambió el curso de su labor.

Otros antecedentes científicos importantes en el siglo pasado, James Papez planteó que la emoción era un proceso fisiológico y propuso una asociación entre el sistema límbico y las emociones. Donald Hebb, en 1949, propuso su hipótesis acerca de que el SNC codificaba la información proveniente de los estímulos sensoriales a través del fortalecimiento de sus conexiones sinápticas en virtud de condiciones de neuroplasticidad, esgrimiendo así, el lema que se le atribuye a su autoría “úsalo o piérdelo”. Por su parte, en 1973, Lomo y Bliss describieron por primera vez la potenciación a largo plazo, caracterizada por cambios en las conexiones interneuronales que favorecen el almacenamiento de memoria a largo plazo, mecanismo que subyace a los procesos de aprendizaje.

Por su parte, Eric Kandel (2019) nos adentra en el nuevo marco teórico para las prácticas clínicas de la Psicología y la Psiquiatría. El neurocientífico propone la existencia de cambios cerebrales producidos como efecto de la Psicoterapia, postulando un reencuentro de la Psiquiatría y la Psicología con la Biología, siendo ésta última la base epistemológica sobre la cual se podría desarrollar la teoría y la práctica psiquiátrica y psicológica dentro de parámetros científicos. Desarrolla sus ideas en función de los resultados recientes de la Biología y de la Psicología experimental y en conjunto retoma las concepciones ya enunciadas previamente por varios pensadores e investigadores.

El mismo autor, en su último libro, *La nueva biología de la mente*, asevera que dependemos por completo de la maquinaria biológica del cerebro. El cerebro nos convierte en lo que somos (Kandel, 2019), y sugiere que la mente es un conjunto de funciones llevadas a cabo por el cerebro, siendo todos los procesos mentales, desde los más simples hasta los más complejos, productos de procesos de la ingeniería cerebral. Desde esta perspectiva, los desórdenes comportamentales característicos de ciertas enfermedades psiquiátricas y psicológicas deben ser considerados alteraciones cerebrales, aún cuando el origen de los mismos sea ambiental o desconocido. Las investigaciones recientes a través de técnicas de estudios por imágenes nos permiten observar in vivo y de manera no invasiva cómo se activan distintas áreas específicas del cerebro de una persona que está realizando una tarea determinada.

Para explicar los procesos de regulación epigenética, Kandel, desarrolla que las combinaciones de genes ejercen acción sobre las conexiones de las neuronas y sus funciones, lo que a su vez, encuentra su repercusión en la regulación sobre la conducta, cumpliendo una doble función: una *función patrón*, pudiendo replicarse con una alta fidelidad y que sólo es posible alterarse por mutaciones y una *función transcripcional* que determina la estructura y otras características biológicas de las células en las que se expresan, es regulable por factores ambientales tales como el desarrollo, el aprendizaje y la interacción con el medio ambiente y la conducta social.

La Epigenética, de esta forma, es la disciplina que se ocupa de la influencia de los factores ambientales en la expresión genética. Sus mecanismos son altamente dinámicos, suelen ser reversibles y dependen de la regulación de la expresión de los genes, mediada por diversos factores de transcripción.

En consonancia con lo antedicho, sugerimos que la Psicoterapia puede funcionar como un proceso modulador epigenético que da lugar a diversos factores de transcripción mediante el uso de la palabra.

La regulación de la expresión de genes permite que todas las funciones del individuo sean pasibles de influencias sociales, las que serán biológicamente incorporadas en la expresión modificada de genes específicos. Esas modificaciones no se transmiten genéticamente de una generación a otra, sino de manera cultural a consecuencia de procesos de aprendizaje.

Así entonces, este mecanismo, reviste gran importancia para pensar en los efectos que tiene la palabra sobre el SNC. Desde este punto de vista, el tratamiento adecuado y la curación de las distintas enfermedades psiquiátricas y psicológicas debe dar lugar a cambios cerebrales que se manifiestan en comportamientos más adaptativos de los pacientes.

Según Kandel, las alteraciones en la expresión genética mediadas por aprendizaje generan modificaciones en los patrones de conexiones neuronales que estarían sobre la base biológica de la individualidad. El aprendizaje, es considerado así en su sentido más amplio como cambios relativamente permanentes de la conducta debidos a la experiencia que consecuentemente generarían alteraciones en la expresión genética. Así entonces, los cambios persistentes en la conducta están reflejados en el SN y a su vez, estos cambios están reflejados en la conducta, con lo cual fundamenta que no es tal la distinción entre desórdenes mentales orgánicos y funcionales. De este modo, aunque no se detecten cambios en la estructura cerebral, pueden que estén ocurriendo cambios más sutiles, pero no menos importantes, en las conexiones sinápticas.

El mencionado neurocientífico postula que si la Psicoterapia es efectiva y produce cambios de larga duración en el comportamiento, presumiblemente hace esto mediante mecanismos de aprendizaje, que producen cambios en las conexiones intersinápticas con la concomitante modificación epigenética, por lo que, cuando un terapeuta habla a un paciente y éste lo escucha, la acción de la maquinaria cerebral del terapeuta está produciendo un efecto en la maquinaria neuronal del cerebro del paciente.

Modulación del SNC a través de la Psicoterapia

A partir de Kandel y sus predecesores, se sigue una línea paradigmática de trabajo con la intención de definir los efectos que la palabra en Psicoterapia produce en el SNC. Irigorri et al. (2009) sugieren que la Psicoterapia ejerce un efecto neurofisiológico al mismo nivel de los fármacos con acción psicotrópica, aunque con diferencias en especificidad en los sistemas blanco. Según sus estudios, la Psicoterapia podría producir cambios a nivel de las tasas metabólicas neuronales y estimulación de la plasticidad sináptica.

Con consonancia con lo antedicho, Baxter et al. (2001) hicieron los primeros aportes sobre ese tema. A partir de estudios por imágenes, ellos demostraron una disminución de la actividad de una región del núcleo caudado en sujetos que padecían trastornos obsesivo compulsivos que fueron tratados exitosamente tanto con un tratamiento conductual (prevención de la respuesta) o con terapia farmacológica con un inhibidor de la recaptación de serotonina como la fluoxetina. Estos resultados fue fundamentales para mostrar que los tratamientos psicoterapéuticos basados en los principios del aprendizaje modifican las conexiones neuronales de modo semejante a como lo hacen los psicofármacos.

Feder y Tafet (2009) han propuesto la acción de la Psicoterapia como moduladora del eje córtico-hipotálamo-hipófiso-adrenal en el contexto de un proceso de aprendizaje-memoria, demostrado la eficacia de la psicoterapia cognitiva o en combinación con psicofarmacoterapia, donde un grupo de pacientes con estrés crónico, que además presentaban elevados niveles de cortisol, respondieron favorablemente a la psicoterapia cognitiva normalizando sus niveles de cortisol en conjunto con su mejoría clínica.

En consonancia con ello, Silva, J. y Slachevsky, A. (2005), proponen que la modulación de la actividad de la Corteza Prefrontal (CPF) es una variable fundamental del cambio en Psicoterapia, explicando que la estructura cerebral, denominada hipocampo participa en la memoria explícita acerca de situaciones que involucran cierta carga emocional, lo cual permite la elaboración de una memoria de la representación

cognitiva de una situación emocional. Esta memoria emocional involucra la activación de un repertorio de respuestas somáticas, cuyo control es ejercido por otra estructura cerebral relacionada, llamada amígdala. La amígdala y el hipocampo, entre otras estructuras, conforman un circuito regulatorio llamado *sistema límbico*. Por su parte, la CPF, especialmente una porción, la corteza orbito-frontal (COF) regula la reactividad de la amígdala frente a los estímulos. En conjunto con la COF, la amígdala confiere valor emocional a los estímulos percibidos, tanto en base a información innata como aprendida, y traduce ese tono emocional en un estado somático, estimulando la actividad del hipocampo en el procesamiento emocional de la memoria mediante la liberación de ciertas neurohormonas como la noradrenalina y el cortisol por parte de otras estructuras neuroanatómicas. Si el hipocampo reconoce esta información como emocionalmente relevante es muy probable que la aprenda de memoria. Sabemos que memoria y aprendizaje no tienen diferencias taxativas para el cerebro; memoria y aprendizaje son términos unívocos para el procesamiento cerebral. Así entonces, el hipocampo organiza contextualmente la información, temporo-espacial y la evalúa, comparando diferentes recuerdos almacenados en la memoria de largo plazo y haciendo inferencias en función de una situación novedosa. Una experiencia de importancia emocional puede ser evocada de manera consciente y explícita acerca de una situación emocionalmente relevante, o bien puede ser evocada de manera implícita, mediante el sistema que involucra a la amígdala, generando una memoria emocional implícita. Como ambos procesos son parte del mismo sistema, frente a un acontecimiento traumático, ambos se activan simultáneamente, dejando sus huellas en varias instancias, en la subjetividad y en las estructuras neuronales de la memoria implícita. Merced a la plasticidad neuronal, el cerebro se desarrolla epigenéticamente como un órgano que se acopla con su medio en una relación de complementariedad. Tanto la mente como las estructuras cerebrales en las que asienta son, ante todo y esencialmente, fenómenos socioculturales. Dado que éstas interacciones, por su parte, transforman continuamente la microestructura del cerebro, éste debe contemplarse como un órgano en igual medida biológico, social e histórico.

No menor aporte para comprender procesos vinculados a la relación de intimidad en la que se desarrolla la Psicoterapia, son los aportes de Giacomo Rizzolatti (1996) para comprender los mecanismos subyacentes en la dinámica neural a través del descubrimiento de las neuronas espejo en el mono macaco. Su investigación confirmó que un grupo de neuronas se activaba tanto cuando el animal realizaba acciones concretas, como cuando observaba a otros monos o personas repetir lo mismo. En principio, pareció tan solo un sistema de imitación ligado a movimientos simples, pero posteriores análisis constataron que el mecanismo permitía también hacer propias las acciones, sensaciones y emociones de los demás. A su vez, este sistema también se descubrió en los humanos, con la activación del lóbulo parietal y la corteza motora del cerebro. Las neuronas espejo desempeñan una función muy significativa dentro de las capacidades cognitivas relacionadas con las habilidades sociales y la empatía, en las que subyace la imitación como componente fundamental en todo aprendizaje.

Psicoterapia como proceso de aprendizaje

A la luz de estos desarrollos, podemos definir a la Psicoterapia como un proceso de aprendizaje mediado por palabras, percibidas como estímulos que serán codificados e interpretados como lenguaje. Dichos estímulos, son incorporados al procesamiento cognitivo, pudiendo generar un cierto impacto en relación a su contenido y su relevancia emocional. Estas particularidades podrán determinar el pasaje de la memoria de corto plazo a su consolidación en la memoria de largo plazo.

El proceso comienza con la percepción auditiva de los fonemas, reconocidos como sonidos que intentan comunicar un mensaje. Por lo tanto, la palabra entendida como estímulo, si se aplica durante un tiempo e intensidad suficiente, constituye potencialmente un generador de aprendizajes de corto y largo plazo incorporados como tales en la memoria.

Así entonces, el psicoterapeuta intenta abordar los problemas que aquejan al paciente a través de la aplicación de técnicas que involucran, de modo predominante aunque no exclusivo, el uso de la palabra. El

nivel de representación psíquica dado por la palabra se traslada a los eventos fisiológicos en el cerebro donde la palabra es transformada en señal química y llega como información al sistema auditivo y es procesada en sucesivas regiones cerebrales involucradas con la experiencia cognitiva de los estados emocionales. Es posible por ello que esa intervención produzca cambios en el nivel interpretativo de la realidad del paciente y que estas intervenciones produzcan cambios en su cerebro. Las palabras, se constituyen como el instrumento con el cual la persona se construye y a su vez que se vincula con el mundo que lo rodea. Desde esta perspectiva lo biológico y lo funcional se unen en una única realidad que es el Ser Humano.

Es importante considerar que en este proceso de aprendizaje, la experiencia de apego juega un papel preponderante, ya que el desarrollo de vínculos emocionales modifica de manera radical el impacto de los estímulos ambientales en el proceso de toma de decisiones. Ya Bowlby (1969), había desarrollado su *teoría del apego*, la cual se ha hecho evidente en varios campos de la salud mental. El desarrollo de un vínculo emocional en el contexto de una experiencia sensitiva, modifica considerablemente los efectos de la experiencia. En la medida que el paciente, a través de este proceso de apego en el espacio psicoterapéutico, en un vínculo de andamiaje y respetuoso de su singularidad, es capaz de alcanzar niveles crecientes de posibilidad regulatoria, los resultados de la intervención terapéutica son más efectivos.

Conclusiones

La posibilidad de comprender la Psicoterapia en términos de aprendizaje posibilita la validación y comprensión científica de procesos que cuentan actualmente con una apoyatura empírica, al tiempo que abre el diálogo interdisciplinario.

En el marco de un proceso de aprendizaje, el lenguaje como valioso instrumento comunicativo es la herramienta con la que la persona se construye y a su vez construye su manera de ver y relacionarse con los otros. Por su parte, la memoria de lo aprendido mantiene la integridad del yo individual articulando la realidad temporal en una unidad que posibilita el aprendizaje y el cambio.

A partir de estos conocimientos, no resulta entonces sorprendente que, en el curso de una intervención psicoterapéutica exitosa, se produzcan cambios neuroquímicos que modifiquen la microestructura del cerebro. La acción oportuna de la Psicoterapia inicia una cascada, donde la instancia de la palabra, considerada como un estímulo produce cambios moleculares vinculados a procesos de síntesis proteicas, que generarán eventos neurofisiológicos, con las consecuentes modificaciones sistémicas que se traducirán en cambios psicológicos, objetivables por cambios conductuales, que hallará repercusión en el contexto social en el que la persona se desarrolla. De ese modo, se constituye en un acontecimiento que deja sus huellas en varias instancias, en la subjetividad y en las estructuras neuronales de la memoria implícita. Merced a la plasticidad neuronal, el cerebro se desarrolla epigenéticamente como un órgano que se acopla con su medio en una relación de complementariedad, éste debe contemplarse, entonces, como un órgano en igual medida biológico, social e histórico.

Dada la complejidad de la realidad humana que requiere la articulación de los diversos planos con el fin de brindar mejores recursos diagnósticos y terapéuticos, pensamos el acontecer humano que de forma análoga a la piedra de roseta de los antiguos egipcios se nos presenta como un texto plurilingüe pero que parte de un mismo texto original, amerita hacer una lectura desde el idioma que cada uno ha aprendido, en el presente trabajo desde la perspectiva de las Neurociencias, pero que no invalida ni contradice cualquier otro idioma. Sin más, son diferentes niveles de lectura para abordar a éste objeto de estudio, el Ser Humano que se constituye como sistema fractal que despliega su reflejo en múltiples horizontes.

Como Psicoterapeutas, nos dirigimos a los pacientes como Sujetos: intentamos comprenderlos, estimularlos, ayudarlos en la clarificación de su identidad, apelamos a su libertad y a su responsabilidad en sus vidas. Participemos como Psicoterapeutas, en esta búsqueda maravillosa que permita desvelar como se unen procesos psicológicos y mentales y funcionamiento cerebral en una única realidad que es el Hombre.

Referencias bibliográficas

- Baxter LR, Jr, Clark EC, Iqbal M, Ackermann RF. (2001). Cortical-subcortical systems in the mediation of obsessive-compulsive disorder: Modeling the brain's mediation of a classic Neurosis. Guilford Press.
- Bliss, TV & Lomo T. (1973). Long-lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate area of the anaesthetized rabbit following stimulation of the perforant path. *The Journal of Physiology*.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Nueva York: Guilford Press.
- Eicher, M. y Liveira Martins, T. (2019): Epistemología genética y la (in)visibilidad de los enfoques constructivistas en neurociencias. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/16748>
- Espinosa Brito, A. y Espinosa Roca, A.:(2018) La susceptibilidad individual como determinante de la salud de las personas. *Revista Cubana de Medicina*. Vol. 57. Nro. 2.
- Freidin, E. y Mustaca, A. (2001) Kandel y sus aportes teóricos a la Psicología y a la Psiquiatría. *Rev. Med. Buenos Aires*. Vol. 61 nro 6.
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*.
- Gray, J., Braver, T. y Raichle, M. (2002). Integration of emotion and cognition in the lateral prefrontal cortex. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*.
- Hebb D O. (1949). *The Organization of behavior; a neuropsychological theory*. New York, Wiley.
- Iragorri, A. Rosas, L. Hernández, G. y Orozco-Cabal, L. (1998). Efectos neurobiológicos de la psicoterapia. *Rev. Fac. Med*. Vol 17 nro 1.
- Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. (1991). *Principles of Neural Science*. 3rd ed. East Norwalk, Conn: Appleton y Lange.
- Kandel, E. (1998). Un nuevo marco intelectual para la Psiquiatría. *Am J Psychiatry*, 155:457-469
- Kandel, ER (2005). *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind*. American Psychiatric Publishing, Inc. Arlington.
- Kandel, ER. (2019). *La nueva biología de la mente*. Ed. Paidós.
- LeDoux, J.E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*. Luria, A. (1966). *Higher Cortical Functions in Man* (2ª ed.). Basic Books Inc Publishers.
- Mesulam, M. M. (2002). The human frontal lobes: Transcending the default mode through contingent encoding. En D. Stuss y R. Knight (Eds.), *Principles of Frontal Lobe Function* (pp. 8- 30). Oxford: Oxford University Press.
- Silva J. C.y Slachevsky A.C. (2005). Modulación de la actividad de la corteza prefrontal como mecanismo putativo del cambio en psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 5 nro 3.
- Tafet, G. y Feder, D.J. (2009). Efecto de la Psicoterapia Cognitiva en la regulación del Sistema Cortico-Límbico-Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal en pacientes con Estrés Crónico
- Glauco Valdivieso-Jiménez y Macedo-Orrego, L. (2018): Neurociencias y psicoterapia: mecanismo top-down y bottom-up. *Rev Neuropsiquiatr* vol.81 no.3.
- Vargas A, Chaskel R. (2007). Neurobiología del apego. *Avances en psiquiatría biológica*.

PROMOCIÓN DE SALUD.

LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS FACTORES TERATOGÉNICOS QUE AFECTAN EL SN

Health Promotion. The importance of knowing the teratogenic factors that affect the SN

Iris M.Motta⁸

Resumen: La promoción de salud es, como indica la OMS, un derecho humano. La construcción de condiciones para que la salud sea posible depende en gran medida de la capacidad de pensar y pensarnos para transformar la información, a veces excesiva, a veces sesgada, en conocimiento que permita que las comunidades sean protagonistas de los cambios saludables. Un capítulo aparte en esta temática lo constituyen los factores teratogénicos capaces de alterar el desarrollo del Sistema Nervioso. A ellos, al menos a algunos, nos dedicaremos en este artículo.

Palabras clave: teratogénesis – sistema nervioso – promoción de salud

Abstract: Health promotion is, as WHO indicates, a human right. The construction of conditions for health to be possible depends to a large extent on the ability to think and think of us in order to transform information, sometimes excessive, sometimes biased, into knowledge that allows communities to be protagonists of healthy changes.

A separate chapter in this topic is the teratogenic factors capable of altering the development of the Nervous System. To them, at least to some, we will dedicate ourselves in this article.

Key words: teratogénesis - nervous system - health promotion

Introducción

Existe una enorme cantidad de trastornos congénitos del Sistema Nervioso que pueden afectar el desarrollo pleno de las personas. Las consecuencias de dichos disturbios implican una gran cantidad de costos a todo nivel: por un lado, se encuentran los costos de salud pública que, en muchos lugares se hace cargo de los tratamientos necesarios; pero, por otro lado, están los costos afectivos y sociales de quienes los padecen y sus familias.

Los profesionales de la salud dedicamos enorme cantidad de tiempo a estudiar los modos más eficaces para tratar las consecuencias. Sin embargo, cuando debemos intervenir terapéuticamente es porque ya fallaron todas las instancias anteriores que, quizá, hubieran podido impedir los déficits.

Entra a tallar allí la aplicación de estrategias de prevención primaria más eficientes; y más aún, de promoción de salud, que como concepto positivo desarrollado fuertemente a partir de la Carta de Ottawa (OMS, 1986) debe preceder y a la vez, excede los alcances de la prevención, que sólo intenta evitar la enfermedad y sus consecuencias. Es así, que la promoción de salud, como lo indica la Carta de Bangkok (OMS, 2005), “es un derecho humano fundamental... incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual” (p. 1). De esta manera, la OMS dice que “la promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta” (p. 1).

Hace años que se caracteriza a nuestra sociedad como la “*sociedad de la información*”. Sin embargo, contar con cantidades ingentes de información no necesariamente redundan en mayor bienestar ni en mejor manejo de las problemáticas que aquejan a la humanidad. Es por ello, que consideramos que el eje de la discusión debe correrse del concepto de “*sociedad de la información*” a “*sociedad del conocimiento*”, y aunque a simple vista pueda parecer

⁸ Prof. y Lic. en Psicopedagogía (UK) Prof. Asoc. de Neuropsicología, Psicofisiología, Práct. de Investigación en Psicología (UK). Profesora de la Esp. en Nps de la Universidad del Aconcagua. Miembro del Cap de Nps Clínica de la AASM. Investigadora.

que no hay gran diferencia entre ambos términos, la diferencia es, conceptualmente, de un peso enorme. La “información” es “el conjunto de abstracciones sistematizadas y transmitidas por agentes que a distintos niveles representan los modelos societarios en un determinado momento histórico” (Mas Colombo et al, 2008, p. 13); por el contrario, “conocimiento” es “la composición y síntesis de lo percibido y valorado que se organiza en un estilo personal de pensar y pensarse” (Mas Colombo et al, 2008, p. 13). Este conocimiento se caracteriza por resultar en una autotransformación y en una transformación del mundo con el que producimos intercambios. Sólo en este contexto es posible la promoción de salud.

La ciencia y la tecnología, con su avance, ofrecen grandes oportunidades de promocionar salud. Nuestra responsabilidad como profesionales de la salud es colaborar para que la gran cantidad de información que circula de manera heterogénea en el mundo globalizado pueda convertirse en conocimiento y, por lo tanto, en oportunidades para que las comunidades construyan condiciones de salud, ganando en autonomía y autorregulación de pensamiento y acción.

Coincidiremos en que en muchos casos esto depende de políticas públicas que nos exceden en lo particular, lo que no es admisible es que el cambio potenciador no se dé por nuestra ignorancia de los factores cuya modificación puede significar un cambio cuanti-cualitativo en las condiciones para la mejora sostenida y sostenible.

Desarrollo

Cuando se habla de factores que inciden nocivamente en la estructura o función de un determinado tejido, hablamos de **noxas**. El término noxa es la sustantivación de nocivo (del latín *nocivus*: dañoso, perjudicial) (RAE, 2018)

El efecto de las noxas depende de varias condiciones; entre ellas, el momento del ciclo vital en el que aparezca. De esta manera, hay noxas post-natales (traumatismos, infecciones, etc.) que producirán alteraciones anatómicas y/o funcionales en diferentes tejidos, en función de sus características específicas.

Pero también existen noxas que intervienen y afectan el normal desarrollo gestacional. A ellas, en particular a aquellas que afectan el desarrollo del sistema nervioso, son a las que nos dedicaremos aquí, entendiendo que la cantidad de agentes conocidos es inmensa por lo que dejamos de lado toda pretensión de exhaustividad.

Cuando nos referimos a factores que afectan el desarrollo embrionario, al término noxa agregamos el calificativo *teratogénica* (de *teratos*, monstruo y *génico*, origen). (RAE, 2018)

El avance de la ciencia ha permitido determinar que el desarrollo ontogenético depende de la interacción compleja de gran cantidad de factores tales como los genes, el ambiente y la cultura, que da como resultado un ser único (Pradeu, 2010). Por la característica analítica y especializada de la ciencia, todos los elementos tienden a estudiarse por separado para profundizar en los datos, pero es claro que deben considerarse a través de modelos integrados, sin perder de vista que esa misma construcción de modelos es, de todos modos, en sí misma una simplificación. Esta mirada científica, aún en permanente construcción, contrasta fuertemente con las consideraciones precientíficas, que adscribían el origen de las malformaciones “a la intervención divina o satánica, a la hibridación con otras especies...” (Terrones Saldívar, 2006, p. 231), y de ahí la inscripción dentro de lo monstruoso que heredamos en su denominación. Más allá de la explicación histórica del significado “monstruoso”, no podemos olvidar que seguimos usando el término, y las palabras que usamos marcan cómo seguimos rotulando, señalando y marcando, con el peso personal y social que ello implica.

Definiremos, entonces, noxa teratogénica o factor teratogénico como *cualquier agente físico, químico, biológico o asociado a enfermedades o carencias parentales que actuando en el período gestacional, altera su normal desarrollo provocando alteraciones morfológicas y/o funcionales, detectables a simple vista o no, con consecuencias que pueden aparecer durante el embarazo, en el período postparto inmediato o a corto, mediano o largo plazo*. Estas consecuencias tienen un rango tan amplio que pueden ir desde la incompatibilidad con la vida hasta manifestaciones comportamentales.

Según datos de la OMS (2016) “las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad” (parr. 2), en términos de muertes, enfermedades crónicas y discapacidad. Los defectos del tubo neural se encuentran entre los tres tipos más habituales, junto con las malformaciones cardíacas y el Síndrome de Down.

En la República Argentina, se estima que el 28% de las defunciones antes del año de vida se deben a alteraciones congénitas (DEIS, Estadísticas Vitales, 2016)

A pesar de la importancia del conocimiento de los teratógenos, en cerca del 50% de los casos de malformaciones no es posible determinar con precisión la causa (OMS, 2016), algunos autores hablan incluso de un porcentaje cercano al 70% (Ujházy, Mach, Navarová, Brucknerová and Dubovický, 2012), lo que nos hace pensar que si bien son muchos los agentes que se conocen, los que existen son muchos más de los que la ciencia puede dar cuenta.

La teratología, como disciplina científica que estudia los mecanismos por los cuales se producen las anomalías a las que nos referimos, tiene una rama, la teratología experimental, que permanentemente intenta ampliar el espectro de conocimiento. Iniciada en 1930 con una serie de experimentos en cerdas preñadas (Ujházy et al., 2012), ha ido desarrollándose a través del tiempo y ha brindado mucha información útil. Sin embargo, los estudios con animales han mostrado tener algunas dificultades en la estimación de daños posibles, reflejando que los resultados no siempre son absolutamente extrapolables a los humanos (Friedman, 2011). Un claro ejemplo fue la tristemente conocida talidomida, droga utilizada ampliamente en la década del 60 para tratar las náuseas y vómitos de las embarazadas. El resultado fue el aumento exponencial de la aparición de focomielia en los bebés, secuela que no fue anticipada ya que los experimentos en conejos arrojaban datos de malformaciones a dosis altísimas que nunca se hubieran utilizado en humanos. El otro fenómeno interesante que se describió es que tampoco su empleo en adultos hacía pensar que pudiera suceder lo que finalmente sucedió. (Motta, 2004)

Estas conclusiones remitieron nuevamente a las que Wilson (citado en Ujházy, 2012) en su famoso tratado “Environment and Birth Defects” ya había delineado como principios rectores de la teratología:

- La susceptibilidad al agente teratogénico depende de:
- el genotipo y de la manera en que éste interactúa con las condiciones ambientales
- del momento del desarrollo en el que el agente teratogénico aparece
- las características del teratógeno que actúa de manera específica sobre distintos tejidos

Es en relación a estos parámetros que las manifestaciones del desvío en el desarrollo pueden ir de la muerte a las alteraciones funcionales casi imperceptibles.

Tal como señalamos, las consecuencias de la exposición al teratógeno dependen, entre otras cosas, del momento de la gestación del que se trate. De esta forma, se pueden delimitar períodos críticos.

En el período preimplantatorio (de la fertilización a la implantación), conocido como “de todo o nada”, un daño importante en las células del embrión podría conducir sin más al aborto espontáneo. De la segunda a la 8va. semana posterior a la concepción, se producen con intensidad procesos de proliferación, diferenciación y organización celular, cuyo resultado es la organogénesis. La mayoría de los teratógenos tendrá su efecto máximo en el período vulnerable de cada sistema. Durante el período fetal (de la 9na. semana al término) las alteraciones serán predominantemente madurativas y funcionales. (Petracchi, 2014; Jiménez Puñales, Bravo Torres, Rivero Ramírez, 2014)

Volvemos aquí a señalar la importancia de diseñar estrategias eficientes de promoción de salud: en general, la consulta por sospecha de embarazo se produce frente a la primera falta menstrual (y en comunidades menos favorecidas, mucho después), y aún en mujeres regulares, eso es avanzado el período más vulnerable. De este modo, se impone la promoción de una cultura de la planificación responsable que lleve a establecer cuidados asociados a hábitos saludables antes de la posibilidad de que se dé la concepción.

Un punto que es muy importante destacar es que con el avance de la ciencia, muchos niños que años atrás hubieran muerto en virtud de determinadas malformaciones, hoy día sobreviven, aunque con secuelas de diversa gravedad. Esto abre, además, un vasto campo colaborativo interdisciplinario en el tratamiento de alteraciones que

van de severos impedimentos hasta manifestaciones solapadas que la neuropsicología reconoce como signos blandos.

Algunos teratógenos físicos:

Entre ellos encontramos los traumatismos y compresiones, por ej. las provocadas por tumores uterinos. Los traumatismos abdominales son de fácil ocurrencia y su riesgo de incidencia aumenta conforme aumenta la edad gestacional por los cambios que se producen en el manejo del equilibrio por el cambio del centro de gravedad. Si bien el feto se encuentra bien protegido dentro del útero, los traumatismos pueden producir desprendimiento de placenta y parto antes de término (Tintinalli et al., 2018). En estos casos, resulta relevante la toma de conciencia del riesgo de ciertas acciones, la necesidad de eliminación de barreras arquitectónicas, etc.

Otro caso de agente físico son las radiaciones. En humanos, los defectos congénitos asociados a altas dosis de radiación son restricción de crecimiento, microcefalia y retardo mental. En general, la radiación aportada por los métodos diagnósticos no alcanza los 50 msv, que está por debajo de la intensidad riesgosa (100 msv) (López Franco, s.f.); independientemente de ello, se recomienda descartar embarazo antes de efectuar un estudio de radiodiagnóstico a una mujer en edad fértil, con el objetivo de no exponer a los fetos a radiación ionizante de manera injustificada (Uribe, Sáez, Carvajal, 2009). El riesgo no dependería sólo de la intensidad de la radiación, sino también del período gestacional en el que aparece: debido a los sobrevivientes a las bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki, se determinó que el riesgo mayor ocurre entre las semanas 8 y 15 de gestación (Petracchi, 2014).

Algunos agentes químicos:

Tabaco: su consumo durante el embarazo aumenta el riesgo de desprendimiento de placenta, parto prematuro y muerte súbita del lactante. El sólo hecho de ser fumadora pasiva aumenta el riesgo de que suceda lo antedicho. (CDC, 2018)

Alcohol: La conveniencia de no consumir alcohol durante el embarazo se conoce desde tiempos inmemoriales; en la Biblia (Rv Reina Valera, 1960) ya se encuentra la recomendación de no beber vino que da un ángel a la madre de Sansón, quien aún siendo estéril, sería bendecida con la llegada de un embarazo (Jueces 13:4). Es sobre esta sustancia que hay que poner mucho énfasis en la construcción de conciencia de conductas saludables ya que por la difusión social de su consumo muchas mujeres suelen no considerarlo peligroso.

Si bien el feto es vulnerable al etanol durante todo el período gestacional, la etapa crítica corresponde a las primeras 12 semanas. Desde luego que el efecto depende, además del momento, de la dosis, el estado de avance de la enfermedad alcohólica de la madre, su estado nutricional, etc. (Guerri, 2016)

El consumo continuo de alcohol en la madre produce Síndrome de Alcoholismo Fetal: las secuelas, que pueden variar de un niño a otro, incluyen microcefalia, retraso mental moderado, escasa coordinación, irritabilidad, hipotonía, trastornos de aprendizaje, y son irreversibles (Guerri, 2016).

A los efectos preventivos es importante destacar que debido a que los efectos dependen de una combinación de factores, como señalamos, no hay una cantidad de alcohol que se considere segura (Mayo Clinic, 2019; Petracchi, 2014)

Respecto del consumo de drogas que producen adicción: La mayoría de las drogas atraviesa fácilmente la barrera placentaria por lo que el feto tiene prácticamente la misma concentración en sangre que la madre. Además, a los efectos propios de cada sustancia, suele asociársele los efectos del deterioro de la calidad de vida de la madre. Por otro lado, es difícil determinar el efecto aislado de cada sustancia ya que en la mayoría de los casos, las madres suelen consumir combinaciones diversas que incluyen alcohol y tabaco (Ruoti Cosp et al., 2009).

El tetrahidrocannabinol (THC), principio activo de la *marihuana*, atraviesa la barrera hematoencefálica y afecta los procesos de diferenciación celular, sinaptogénesis, mielinización y migración glial. Esto no implica per se malformaciones anatómicas pero sí alteraciones funcionales que tardíamente se manifiestan como hiperactividad, impulsividad, problemas en la atención, en la memoria, ansiedad, depresión, entre otros (Loredo Abdalá, Casas Muñoz, Monroy Llaguno, 2014)

La *cocaína* suele afectar secundariamente el crecimiento fetal por el efecto anorexígeno que tiene sobre la madre. Por su efecto vasoconstrictor puede producir desprendimiento de placenta y aumenta la incidencia de accidentes cerebrovasculares en el feto. (Loredo Abdal et al., 2014).

En la mayoría de las sustancias que producen adicción existe un fenómeno asociado a la falta de provisión de la sustancia luego del parto: el Síndrome de abstinencia fetal. El mismo cursa con temblores, irritabilidad, trastornos del sueño, hipertonia, hiperreflexia, convulsiones, vómitos, diarrea, deshidratación, sudor, fiebre o dificultad en el control de la temperatura corporal. (Stanford Children's Health, 2019)

Aunque habitualmente no se consideren tales, los medicamentos son drogas y por lo tanto, como sustancias capaces de producir cambios químicos en el organismo, algunos pueden también tener efectos teratogénicos. De esta manera, los medicamentos, a lo largo de toda la vida, pero en el embarazo particularmente, deben ser prescritos por profesionales habilitados. Esto nos enfrenta a un gran problema de salud pública sobre el que se debe trabajar: la automedicación. Se estima que un 2-5 % de las malformaciones congénitas son atribuidas a medicamentos (Vera Carrasco, 2015)

Un medicamento cuyo uso sin prescripción en los últimos tiempos se vio incrementado es el misoprostol. En la Argentina se usa popularmente para intentar la interrupción del embarazo. Cuando las mujeres lo utilizan sin consejo médico, en general desconocen que su eficiencia como abortivo es de alrededor del 75% si se utiliza como única droga, y los embarazos siguen su curso con un riesgo aumentado de teratogénesis (Petracchi, 2014). Diferentes informes mostraron asociación entre el misoprostol y defectos congénitos. Entre las malformaciones encontradas están encefalocele y defectos de miembros, porencefalia, encefalocele occipital (Barbero, Liascovich, Valdez, Moresco, 2011) y Síndrome de Moebius (Petracchi, 2014).

La Food and Drug Administration (FDA), en 1979 y en respuesta al fenómeno ya comentado de la talidomida, generó una categorización del riesgo teratogénico de los diversos medicamentos (Gallego Úbeda, Delgado Téllez de Cepeda, Campos Fernández de Sevilla, de Lorenzo Pinto y Tutau Gómez, 2014):

Las categorías clasificatorias son las siguientes:

Cat. A - Estudios controlados no han encontrado riesgo para el feto durante el primer trimestre del embarazo (no existen evidencias de riesgo en frecuencia de malformaciones u otro efecto dañino, directo o trimestres posteriores). Riesgo remoto de daño fetal.

Cat. B - Estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo para el feto. No existen estudios controlados en embarazadas. Se acepta su uso durante el embarazo.

Cat. C - Estudios de reproducción en animales han demostrado efectos adversos en el feto. No existen estudios controlados en embarazadas. Su utilización debe realizarse valorando la relación beneficio/riesgo.

Cat. D - Existe evidencia positiva de daño fetal en humanos pero existen ocasiones en las que el beneficio puede superar a los riesgos. Utilizar si no existe alternativa.

Cat. X - Estudios en animales y humanos han demostrado evidencia positiva de daño fetal en humanos. El riesgo potencial supera claramente los posibles beneficios. Contraindicado durante el embarazo. (p. 366)

Esta clasificación fue criticada por ser confusa (entre otras cosas, porque las letras al ser entendidas en orden alfabético hacen suponer una gradación de gravedad que no corresponde con el criterio real de la clasificación (FDA/Roca, 2018), simple y poco sensible a los avances del conocimiento; es a partir de esto que la FDA reglamentó un sistema de clasificación más exhaustivo que incluye información precisa sobre los efectos concretos de los diferentes medicamentos (FDA, 2014)

Otras sustancias químicas:

En la literatura científica se identifican diversas neurotoxinas como: pesticidas, solventes, metales, compuestos organometálicos y sustancias industriales que afectan el neurodesarrollo. (Gómez-Chavarín, Martínez-Guerra, Esquivel-Franco, Báez-Saldaña, Gutiérrez-Ospina, 2013)

El caso de los pesticidas es de interés, además de porque es una de las causas de intoxicación más extendidas del mundo, porque en su mismo origen pesa el estigma de la muerte: los organofosforados, por ejemplo, pueden emplearse como aditivos en las industrias del petróleo, disolventes, colorantes, barnices, incluso como componentes en insecticidas domésticos, pero tienen su origen en los “gases nerviosos” diseñados como armas químicas en la segunda guerra mundial. (Carod Benedico, 2002; Benítez-Leite, Macchi, Acosta, 2007)

En la provincia de Misiones (RA), el uso de agrotóxicos está ampliamente extendido en las plantaciones de yerba mate, te y tabaco. Su característica liposolubilidad hace que se almacenen en el tejido graso y que luego pasen al torrente sanguíneo y se depositen en el tejido nervioso donde, recordemos, hay mielina, una sustancia lipoproteica que permite la conducción nerviosa. Algunos tipos son disruptores hormonales, por lo que no manifestarán efectos en la persona contaminada, pero si en su descendencia; ciertos desmalezantes, como las dioxinas fueron utilizadas junto con el agente naranja en la guerra de Vietnam para lograr despejar los poblados y matar a los vietnamitas. El pasmoso resultado es que en el Hospital de Pediatría de Misiones se registra número de niños nacidos con defectos del cierre del tubo neural 50 veces mayor al promedio de la región (Gomez de Maio, 2017)

Por otro lado, un estudio reciente determinó que los niños expuestos a pesticidas comunes, ya sea en el útero o en el primer año de vida, podrían tener más probabilidades de desarrollar un trastorno del espectro autista (von Ehrenstein, Ling, Cui, Cockburn, Park, Wu, Ritz, 2019)

Condiciones de salud de la madre:

El embrión y el feto son absolutamente dependientes de la madre, por lo tanto, el cuidado de su estado de salud es un elemento que debe ponerse en primer lugar en el orden de prioridades.

Es claro que el estado nutricional de la madre es uno de los factores más fácilmente controlables con educación y concientización, siendo necesario en determinadas locaciones geográficas que el estado se haga cargo de la resolución de problemáticas asociadas a la pobreza.

Una alimentación con déficit de micronutrientes se relaciona con preeclampsia, prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacer y diversas malformaciones congénitas (Martínez García, Jiménez Ortega y Navia Lombán, 2016)

En cuanto a los factores infecciosos (virus, bacterias, parásitos) se reconocen los efectos teratogénicos de muchos de ellos:

Citomegalovirus: microcefalia, pérdida neurosensorial, retraso en el desarrollo psicomotor, hidrocefalia y calcificaciones cerebrales periventriculares (Reyes Reyes, Orive Rodríguez, 2016)

Herpes simple y Herpes Zóster: corioretinitis, hidrocefalia, microcefalia y retardo mental. El de la varicela, en particular, cataratas, microftalmia y atrofia óptica (Reyes Reyes, Orive Rodríguez, 2016) La tasa de transmisión in útero es del 5% mientras que durante el parto asciende al 85% (Ayala, Sarmiento Rodríguez, 2017). En el caso del VHS 2 pueden provocar encefalitis e infecciones neonatales de mal pronóstico (Hantz, Alain, 2018)

Rubeola: retardo del crecimiento posnatal, microcefalia, pérdida neurosensorial, cataratas, microftalmos, glaucoma, deficiencia mental, etc. (Reyes Reyes, Orive Rodríguez, 2016) La rubeola, con sus nefastas consecuencias congénitas, es un ejemplo excelente de la importancia de hacer cumplir el calendario de vacunación obligatoria de la República Argentina (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, s.f.)

Virus de inmunodeficiencia humana: su efecto inmunosupresor es el más conocido, sin embargo, también se han comprobado efectos teratogénicos, como el defecto craneo facial y la microcefalia. (Moore Keith, 2016)

Zika: las últimas epidemias de esta enfermedad mostraron consecuencias fundamentalmente asociadas a microcefalia. (Reyes Reyes, Orive Rodríguez, 2016; OPM, 2015; Gatherer, Kohl, 2015; Serra Valdés, 2016; Pacheco-Romero, 2016)

Toxoplasmosis: hidrocefalia, calcificaciones cerebrales y microftalmía (Valdés Silva, Sánchez Ramírez, Fuentes Arencibia, 2018)

Sífilis: retardo mental y sordera (Langman, 2013)

Otras enfermedades o condiciones médicas pueden alterar el normal desarrollo gestacional:

Hipertensión arterial: la HTA durante el embarazo predispone a una complicación severa, la eclampsia, que se define como el inicio de convulsiones en una mujer gestante afectada de preeclampsia. El síndrome HELLP es una complicación de la preeclampsia-eclampsia que se caracteriza por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia (Vallejo Maquilón, Landázuri Barre, García, Vallejo Gines, 2019), aumenta la mortalidad materno-infantil y la morbilidad se ve representada por parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, lesión neurológica-hipóxica y muerte perinatal. Es importante tener en cuenta los factores predisponentes, tales como la influencia de los factores de riesgo biológico como las edades extremas, las enfermedades preexistentes como diabetes e hipertensión en embarazos previos, antecedentes familiares de primer grado y personales, primer embarazo, sumado a factores psicosociales como malnutrición por defecto o por exceso, escasa ingesta de calcio, hipomagnesemia, bajo nivel socioeconómico, estrés crónico y cuidados prenatales deficientes (Caranguí Rivera, García Vaca, 2018)

Epilepsia: si bien es cierto que las mujeres epilépticas pueden llevar a delante embarazos normales y tener hijos saludables, no es menos cierto que resulta de fundamental importancia el control de las crisis durante el embarazo, incluso realizar ajustes farmacológicos antes del mismo (Castro García, 2018). En este sentido de debe recalcar que la mujer debe contar con toda la información pertinente por parte del equipo de salud a fin de que pueda tomar decisiones responsables haciendo uso de su derecho a ejercer el principio bioético de autonomía (ONU, 2005). Esto incluye el claro conocimiento de los posibles efectos teratogénicos de los fármacos antiepilépticos, pero también de los riesgos de abandonarlos ya que las crisis tónico-clónicas maternas generan disminución prolongada de la frecuencia cardíaca fetal, ya que éstas alteran el flujo sanguíneo y la presión arterial materna, y pueden conducir a hipoxia fetal, hemorragia intracraneana, parto prematuro, fallecimiento fetal y disfunción cognitiva y conductual en la niñez (Tomson, Battino, 2012).

Las malformaciones congénitas mayores asociadas con los fármacos antiepilépticos, en el ámbito que nos ocupa, son los defectos del tubo neural. Nuevamente entran a tallar aquí los beneficios de la planificación del embarazo ya que en el caso de requerirse el reemplazo de fármacos o el ajuste de sus dosis, no tiene sentido hacerlo cuando la mayor parte de los procesos de organogénesis han tenido lugar (Castro García, 2018). La utilización de ácido fólico, muy útil en la disminución de la aparición de defectos del cierre del tubo neural en situaciones habituales, no parece tener gran efecto frente al uso de fármacos antiepilépticos; sin embargo, sí disminuye significativamente la teratogénesis cognitiva (Harden, 2014)

Hipotiroidismo: la presencia de niveles elevados de ciertos anticuerpos, como la antitiroglobulina puede aumentar dos veces la incidencia de abortos espontáneos. Pero, además, pueden producir hipotiroidismo congénito, que de no ser diagnosticado y tratado de manera inmediata en el momento del nacimiento, puede producir retardo mental severo. Este fenómeno del hipotiroidismo congénito también es frecuente en zonas endémicas de deficiencia de iodo (Jiménez Alvarado, 2018).

La *diabetes* de la madre, a veces preexistente y a veces, asociada a mal nutrición y aumento excesivo de peso durante la gestación, provoca macrosomía y cambios metabólicos en el feto que aumentan el riesgo de muerte perinatal (Mitanchez, 2018)

Un análisis especial requiere el tema del estrés durante el embarazo. Señalaremos inicialmente, que el término estrés no denota de por sí nada patológico, más bien es la forma que tiene nuestro cuerpo de prepararse para enfrentar los desafíos cotidianos. Sin embargo, cuando este estrés es muy intenso o se prolonga en el tiempo transformándose en crónico, sí puede tener efectos nocivos por vía de la alteración funcional del eje hipotálamo-hipofisiario.

Sin llegar tan lejos como situaciones de guerra, catástrofes naturales, etc., existen un sinnúmero de situaciones que pueden perturbar a la embarazada, sobre quien pesa el mito del estado de felicidad en el que se supone que queda sumida y que muchas veces no se compadece con lo que ella realmente siente. Así, no siempre se tiene en cuenta su estado socioafectivo, poniéndose la mirada primordialmente en los aspectos médicos, olvidando que la

salud es integral o no es. Se impone nuevamente el énfasis en los equipos interdisciplinarios capaces de sostener a esa mujer que gesta desde todas las perspectivas.

Existe evidencia de que las eventos traumáticos en mujeres embarazadas pueden influir en el desarrollo neurocognitivo del feto, con consecuencias a corto, mediano y largo plazo (Aguirre, Abufhele y Aguirre, 2016). La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (citada en Coneo Saavedra, 2014) afirma que este factor está presente en el 30-50% de los nacimientos pre-término y el riesgo de que esto suceda puede aumentar hasta en un 59% en estas circunstancias, particularmente si se da en el primer trimestre del embarazo.

Conclusiones

Hemos recorrido algunos de los factores teratogénicos más representativos. Es claro que no se acaban en esta enumeración, pero también lo es que la mayoría pueden ser evitados o, al menos, identificados tempranamente a los efectos de disminuir los efectos que producen.

Sólo queda enfatizar que estos tópicos deben ponerse en el centro de las estrategias públicas y privadas de promoción y que cada uno de los profesionales que llevamos a cabo nuestra tarea en el área de la salud debemos hacernos cargo de la responsabilidad que nos compete en el logro de una sociedad más sana.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre, E., Abufhele, M., Aguirre, R (2016) Estrés prenatal y sus efectos Fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil. *Estudios Públicos*, 144 (primavera 2016), pp.7-29. Recuperado en junio de 2019 de: <http://revista.estudiospublicos.cl/index.php/epublicos/article/view/64/91>
- Barbero, P., Liascovich, R., Valdez, R., Moresco, A. (2011) Efecto teratogénico del misoprostol: un estudio prospectivo en Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(3):226-231. Recuperado en junio de 2019 de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v109n3/v109n3a07.pdf>
- Benítez Leite, S., Macchi, M.L, Acosta, M. (2009) Malformaciones congénitas asociadas a agrotóxicos. *Rev Chilena Pediatr.* 2009; 80(4):377-378. Recuperado junio de 2019 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000400010&lang=pt
- Carangui Rivera, J., GarcíaVaca, T. (2018) *Factores predisponentes a la preeclampsia en la mujer embarazada*. Trabajo de titulación de grado previo a la obtención del título de licenciatura en enfermería. Recuperado en junio de 2019 de: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4182/1/FACTORES%20PREDISONENTES%20A%20LA%20PREECLAMPSIA%20EN%20LA%20MUJER%20EMBARAZADA.pdf>
- Carod Benedico, E. (2002) Insecticidas organofosforados. "De la guerra química al riesgo laboral y doméstico" *Medifam vol.12 no.5* may. 2002. Recuperado en julio de 2019 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000500005
- Castro García, E. (2018) *Epilepsia en la mujer*. México: UCB S.A.
- Chaudhy, S., Jong ,G., Koren, G. (2014) The fetal safety of levetiracetam: a sistematic review. *Reprod Toxicol* 2014; 45:40-45. Recuperado en julio 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24602560>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2017) *Tobacco Use and Pregnancy*. Recuperado en junio de 2019 de: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/tobaccousepregnancy/index.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Freproductivehealth%2Ftobaccousepregnancy%2Fin dex.htm
- Coneo Saavedra, E. (2015) Estrés prenatal: ¿un problema social? *REVISALUD Unisucre* 2014; 2(2): 71-74. Recuperado en julio de 2019 de: <https://www.recia.edu.co/index.php/revisalud/article/view/169/217>

- DEIS (2016) *Estadísticas Vitales, Información Básica Año 2016*. DEIS: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Recuperado en julio de 2019 de: www.deis.msal.gov.ar
- De Maio, H. (2017) *Agrotóxicos, salud humana y ambiental programa de malformaciones congénitas Hospital Pediátrico de Misiones*. Recuperado en junio de 2019 de: <http://eldopolis.com.ar/agrotoxicos-en-misiones-un-gran-problema-y-pocas-definiciones/>
- FDA (2014) Content and Format of Labeling for Human Prescription Drug and Biological Products; Requirements for Pregnancy and Lactation Labeling. Recuperado en junio de 2019 de: <https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-requirements-for>
- FDA/ Roca, C. (2018) An Evolution of Labeling Information for Pregnant Women: PLLR History and Background. 2018. Recuperado en junio de 2019 de: <https://www.fda.gov/media/111499/download>
- Friedman, J. M. How do we know if an exposure is actually teratogenic in humans? *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2011 157(3): 170-174. Recuperado en junio de 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21766430>
- Gatherer D, Kohl A. Zika virus: a previously slow pandemic spreads rapidly through the Americas. *Journal Gen Virol [revista en internet]*; 97(2): 269-273. Recuperado en julio de 2019 de: <http://eprints.lancs.ac.uk/77455/>
- Gallego Úbeda, L., Delgado Téllez de Cepeda, M.ª de los A., Campos Fernández de Sevilla, A., de Lorenzo Pinto y Tutau Gómez, F. (2014) Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. *Farm Hosp*. 2014;38(4):364-378. Recuperado en junio de 2019 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000400012
- Guerri, C. (2016) Síndrome alcohólico fetal: patogenia de las alteraciones cerebrales. *Revista española de drogodependencia* 41(3) pp. 219-232. Recuperado en junio de 2019 de: https://www.aesed.com/upload/files/vol-41/n-3/v41n3_Guerri.pdf
- Gómez-Chavarín, M., Martínez-Guerra, J.C., Esquivel-Franco, D., Báez-Saldaña, A., Gutiérrez-Ospina, G. (2013) Neurotoxicidad durante el desarrollo inducida por sustancias químicas ambientales. *Arch Neurocién (Mex) Vol. 18, No. 3: 154-160*. Recuperado en junio de 2019 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2013/ane133h.pdf>
- Hantz, S., Alain, S. (2018) Infecciones por el virus del herpes simple. EMC – *Pediatría Volume 53, Issue 2, June 2018, Pp 1-13*. Recuperado en julio de 2019 de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178918897220>
- Harden, C.L. (2014) Pregnancy and epilepsy. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2014 Feb;20(1 Neurology of Pregnancy):60-79 Recuperado en junio de 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24492811>
- Jiménez Alvarado, A. (2018) Hipotiroidismo en el embarazo. *Revista Médica Sinergia Vol. 3 (1), Enero 2018*. Recuperado julio 2019 de: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/110/238>
- Jiménez Puñales, S., Bravo Torres, Y., Rivero Ramírez, Y. (2015) Automedicarse en el embarazo, acto de doble irresponsabilidad. *Acta Médica del Centro / Vol. 9 No. 1, pp. 58-61*. Recuperado en junio de 2019 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2015/mec151k.pdf>
- Langman, S. (2013) *Embriología médica con orientación clínica*. 12 ed. México: Médica Panamericana
- López Franco, M. del P. (s.f.) *Embarazo y radiación: radiodiagnóstico*. Hospital Universitario de la Princesa. Recuperado en junio de 2019 de: <http://www.ladep.es/ficheros/documentos/embarazo%20y%20radiacion%20IBERMUTUAMUR.pdf>
- Loredo Abdalá, A., Casas Muñoz, A., Monroy Llaguno, D. (2014) La marihuana. Entorno social y sus efectos nocivos en el producto in útero, en la niñez y en la adolescencia. *Rev Fac Med UNAM* 2014; 57 (6) Noviembre-Diciembre 2014. Recuperado en junio de 2019 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un146e.pdf>

- Martínez García, R.M., Jiménez Ortega, A I., Navia Lombán, B. (2016) Suplementos en gestación: últimas recomendaciones. *Nutr. Hosp.* vol.33 supl.4 Madrid. Recuperado en junio de 2019 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001000002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mas Colombo, E., Risueño, A., Motta, I., Raphael, S., Mas, K. (2008) *Conductas de riesgo y conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de escuelas de nivel medio de gestión estatal y privada de la Ciudad de Buenos Aires*. Recuperado en junio de 2019 de: http://fci.uib.es/digitalAssets/178/178144_5.pdf
- Mayo Clinic (2019) *Síndrome Alcohólico Fetal*. Recuperado en junio de 2019 de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fetal-alcohol-syndrome/symptoms-causes/syc-20352901>
- Ministerio de Salud y Desarrollo social (s.f.) *Triple viral*. Recuperado en mayo 2019 de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/triplevirar>
- Mitanchez, D. (2018) Recién nacido de madre diabética. *EMC – Pediatría* Volume 53, Issue 3, June 2018, Pp1-13. Recuperado en mayo de 2019 de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178918914435>
- Moore Keith L. (2016) Human Birth Defects en Before We Are Born, Cap 19 [en línea]. 9na ed. EUA: Elsevier Health Sciences; 2016. p. 303-319 Recuperado en mayo de 2019 de: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323313377000193?scrollTo=%23h10000884>
- Motta, I. (2004) Noxas teratogénicas y prevención de alteraciones del desarrollo embrionario. *Bibliopsiquis 2004 Vol 5*. Recuperado en mayo de 2019 de: <http://psiqu.com/1-2576>
- OMS (1986) *Carta de Ottawa*. Recuperado en mayo de 2019 de: <https://www.paho.org/tierra/index.php/subject-matters/documents/carta-ottawa-promocion-salud>
- OMS (2005) *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado en mayo de 2019 de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1
- OMS (2016) *Anomalías congénitas*. Recuperado en mayo de 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- ONU (2005) *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado en mayo de 2019 de: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Pan American Health Organization. Epidemiological alert. (2015) Increase in microcephaly in the northeast of Brazil—epidemiological alert. Washington DC: World Health Organization, Pan American Health Organization. Recuperado en mayo de 2019 de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32636&lang=en
- Pacheco-Romero, J. (2016) Zika virus: A new challenge for obstetricians and gynecologists. *Rev Peruana Ginecol Obstet*; 62(2): 219-242. Recuperado en julio de 2019 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200010&lng=es
- Petracchi, F. (2014) *Actualización sobre agentes teratógenos*. Sociedad Argentina de Diagnostico Prenatal y Tratamiento. Recuperado en mayo de 2019 de: <http://sadipt.org/nuevaSadipt/html/docs/agenteTeratogenos.pdf>
- Pradeu, T. (2010) The Organism in Developmental Systems Theory. *Biol Theory* 2010; 5(3): 216–222. Recuperado en mayo de 2019 de: https://www.researchgate.net/publication/254924879_The_Organism_in_Developmental_Systems_Theory
- Real Academia Española (2018) *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado en junio de 2019 de: <https://dle.rae.es/>

- Reyes Reyes, E., Orive Rodríguez, N.M. (2016) Teratogénesis por acción viral. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 41, número 5*. Recuperado en junio de 2019 de: http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/702/pdf_281
- Ruoti Cosp, M., Ontano, M., Calabrese, E., Airdi, L., Gruhn El, Galeano, J., Espinosa A., Gallo Vallejos, M. (2009) Uso y abuso de drogas durante el embarazo. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 7(2)* Diciembre 2009: 32-44. Recuperado en junio de 2019 de: <http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/viewFile/253/184>
- Santa Biblia Revisión Reina Valera (1960).
- Stanford Children's Health (2019) *Síndrome de abstinencia neonatal*. Recuperado en junio de 2019 de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=s-ndromedeabstinencianeonatal-90-P05496>
- Serra Valdés, MÁ (2016) Fiebre por virus Zika: una alerta necesaria. *Rev Habanera Cienc Méd. 2016; 15(1)*. Recuperado en julio de 2019 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100001&lng=es
- Terrones Saldivas, Ma. del C. (2006) Teratogénesis química. En Fernando Jaramillo Juárez, *Toxicología Básica*. México: Universidad de Aguascalientes
- Tintinalli, J., Stephan Stapczynski, J., John Ma, O., Yealy, D., Meckler, G., Cline, D. (2018) *Medicina de emergencias*. 8va. Ed. Mc Graw Hill
- Tomson T, Battino D. (2012) Teratogenic effects of antiepileptic drugs. *Lancet Neurol. 2012 Sep;11(9):803-13*. Recuperado en julio 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22805351>
- Ujházy, E., Mach, M., Navarová, J., Brucknerová, I. and Dubovický, M. (2012 Dec) Teratology – past, present and future. *Interdiscip Toxicol. 2012 Dec; 5(4): 163–168*. Recuperado en mayo de 2019 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3600518/>
- Uribe, S.M., Sáez, N.O., Carvajal, J.C. (2009) Estudios de radiodiagnóstico durante el embarazo. *REV CHILOBSTETGINECOL 2009; 74(2): 117- 122*. Recuperado en mayo de 2019 de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000200009
- Valdés Silva, Y., Sánchez Ramírez, E., Fuentes Arencibia, S. (2018) Malformaciones congénitas relacionadas con los agentes teratógenos. *CCM vol.22 no.4 Holguín oct.-dic. 2018*. Recuperado en junio de 2019 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812018000400011&script=sci_arttext&lng=en
- Vallejo Maquilón, A., Landázuri Barre, J., Llor García, K., Vallejo Gines, K. (2019) La preeclampsia – eclampsia. El fantasma latente en las mujeres embarazadas. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.2, abril, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 566-581*. Recuperado en julio de 2019 de: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/464/538>
- Vera Carrasco, O. (2015) Uso de fármacos en el embarazo. *Rev. Méd. La Paz vol.21 no.2 La Paz 2015*. Recuperado en junio de 2019 de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200010&lng=es
- von Ehrenstein, O., Ling, C., Cui, X., Cockburn, M., Park, A., Wu, J., Ritz, B. (2019) Prenatal and infant exposure to ambient pesticides and autism spectrum disorder in children: population based case-control study. *BMJ 2019;364:l962*. Recuperado en julio de 2019 de: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l962.long>

IMPLICANCIAS SUBJETIVAS DEL COLECHO

Subjective implications of co-sleeping

Diana Barimboim⁹

Resumen: en este ensayo interpretamos las implicancias del colecho en la primera infancia a la luz de la teoría psicoanalítica. Pensamos que el fenómeno que se da, en la última década, en familias de clase media y alta del Area Metropolitana de Buenos Aires, incide en la representación simbólica de los espacios psíquicos niño/adulto; genera lugares simétricos en la triada madre/padre/hijo. Estas elucubraciones derivan de una investigación realizada en el Instituto de Ciencias Proyectuales de UADE, donde observamos que el 75,5% de los 500 casos encuestados, afirman haber hecho colecho con sus hijos hasta una edad promedio de 4 años. Desde la teoría psicoanalítica sostenemos una posición crítica a las técnicas comportamentales en general, y específicamente a la de colecho recomendada por los que postulan "La crianza con apego". Consideramos así mismo que esta técnica es una interpretación que se desprende de la teoría del apego de Bowlby, pero que no condice con lo que el autor plantea. Es importante darle al niño un espacio propio para dormir, y no generar una intrusión en la cama de sus padres, tanto para el hijo como para el o los adultos a su cargo. La función paterna, a partir de promover la separación del cuerpo biológico de la madre y del niño, imparte la prohibición del incesto. En la técnica del colecho no hay lugares simbólicos ordenados y prevalece la paridad entre adultos y niños, se arroja al niño así, a un goce sin límites, que siempre resulta tanático.

Palabras claves: Colecho; autoerotismo; función paterna; goce

Abstract: In this essay we try to interpret the implications of co-sleeping in early childhood. We think that the phenomenon that occurs in the last decade in families of middle and upper class in the Metropolitan Area of Buenos Aires it affects the symbolic representation of the child / adult psychic spaces, it generates a symmetry of places among mother/father/son. These speculations derive from a research carried out in the Institute of Projective Sciences of UADE, where we observe that 75.5% of the 500 cases surveyed, claim to have done co-sleeping with their children up to an average age of 4 years. From the psychoanalytic theory we maintain a critical position to behavioral techniques in general, and specifically to the one of colecho recommended by those that postulate "The crianza with attachment". We also consider that this technique is an interpretation that emerges from Bowlby's attachment theory, but that does not agree with what the author raises. It is important to give the child a proper space to sleep, and not generate an intrusion in the bed of their parents, both for the child and for the adults in their care. The paternal function, from promoting the separation of the biological body from the mother and from the child, imparts the prohibition of incest. In the counting technique there are no organized symbolic places and the parity between adults and children prevails, the child is thrown like that, to an unlimited enjoyment, which always turns out to be tanatic

Key words: Co-sleeping; autoerotism; paternal function; joy

Introducción:

Este ensayo es una reflexión sobre las implicancias de la técnica de colecho en la primera infancia. Extrayendo datos cuantitativos de una investigación exploratoria, a partir de 500 encuestas a madres y padres de AMBA de clase media y media-alta, cuya edad promedio fue de 37 años con hijos de primera y segunda infancia que estamos realizando en el INSOD (UADE, 2018/19), el 75.9% dice haber realizado colecho

⁹ Lic. Psicología (UBA) Dra. En Psicología Social (Universidad Kennedy) Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Profesora Investigadora del Instituto de Ciencias Sociales y Proyectuales de UADE. Psicoanalista clínica. Universidad Argentina de la Empresa E-mail: diana@barimboim.com

hasta la edad promedio de 4 años de sus hijos sin que esto les haya generado ningun tipo de insatisfaccion. Nos preguntamos: ¿esta situacion, entre otras, no generara la falta de limites en los niños?. ¿Cual es la diferencia simbolica entre los lugares de niño/adulto?. ¿Cual es el lugar que se le otorga al niño?.

Desarrollo

El parto es la primer separacion que el niño realiza del cuerpo biologico materno. Esto es un real que como tal, trae aparejado el trauma de nacimiento, momento fundante de la vida psiquica del infans. Desde ya que la ligazon libidinal al cuerpo materno perdura mucho tiempo mas, pero ese real permite al niño y a la madre comenzar el proceso de individuacion.

El cuerpo para el psicoanalisis es mucho mas que un organismo biologico, es un cuerpo que perdio la brujula instintiva que guia a las especies animales, a partir de los discursos (materno/paterno y social). Bajo ningun punto de vista se puede hacer una analogia entre el cachorro humano y los otros mamiferos.

A lo largo de la vida, el sujeto realiza varios partos (separaciones en los tres registros: real, simbolico e imaginario) para constituirse como sujeto/sujetado a la cultura. Consideramos que el aprendizaje de dormir “solo”, ayuda al niño a su independecia, separacion e individuacion de la pareja parental generando lugares simbolicos que representan al padre, la madre y al hijo (adultos/niño).

El primer espacio psicofísico de un niño es su cuerpo separado del cuerpo de su madre. Si ese niño habita su propio territorio podrá apropiarse de tres posesiones:

- 1) Su cuerpo erguido en el espacio a pesar de la gravedad
- 2) Su subjetividad y
- 3) Su relación con los otros

El colecho no pone tope a la pulsionalidad. Forja la creencia en el niño de una masa indiscriminada de pares. Son todos niños en una posicion simetrica con los adultos, con una apertura al goce autoerotico y una sobreexcitacion del cuerpo, que el niño no puede tramitar psiquicamente.

La primer interdicción de la función paterna es la que pone el limite al goce materno sobre el cuerpo del niño, aquella que permitirá a la madre y al niño abrir un surco entre ambos para que el niño pueda comenzar el derrotero por el camino del deseo. Sabemos que el goce materno es tanatico y que la función paterna esta al servicio de sostener la vida de ese bebe como un sujeto a advenir. Consideramos al colecho hasta los 4 años, como un modo de abuso del cuerpo del bebe por la falta de un adulto que limite tanto el mundo pulsional del niño como el propio (hablamos de abuso por exceso o por defecto). Es una sobreexcitacion que el psiquismo del niño no puede tramitar. Si bien la sexualidad siempre es traumatica, porque se despierta a partir de la sexualidad adulta de la madre como una violencia primaria (Aulagnier,2010) necesaria en el cuerpo del infans, tiene que operar una interdicción de parte del adulto que ponga limite a su propio goce para no ejercer una violencia secundaria que deje al niño en posición de objeto.

El deseo surge a partir de la ausencia, de una privación a la satisfacción de la demanda. La mitica experiencia de satisfacción, permite al psiquismo del bebe el camino alucinatorio a su regreso nunca logrado, es decir, abre el campo del desarrollo psiquico en el sendero de la representación (representación cosa primero y representación palabra después). La palabra surge porque hay una ausencia de objeto en la realidad, se nombra aquello que no esta presente. Lo que quiero significar, es que lo que permite al infans entrar al mundo humano, es justamente la dialectica entre presencia/ausencia del objeto.

Pensar que el colecho genera un apego seguro (Bowlby, 1989), es creer literalmente que lo que necesita el niño tal como el animal, es la cercania corpórea real, y no poder entender que lo que diferencia al humano del animal, es justamente el entramado representacional que tiene en el deseo de los padres. Desde ya que necesita el contacto físico, el baño libidinal de sus progenitores, la anticipación en el discurso materno. También necesita que un adulto le proporcione un cierto ordenamiento, una contención a su desborde pulsional.

Pienso en las postulaciones teóricas de Winnicott (1990) acerca de la madre suficientemente buena. El psicoanalista inglés plantea que un exceso de apego entre la madre y el hijo, puede resultar patológico. La madre o figura sustituta deberá “ilusionar” al bebé de que el pecho y el forman una unidad, pero también tendrá que “desilusionarlo” (cuando el pecho no está al instante de su necesidad) para permitirle progresivamente la percepción de que no es uno con la madre, y así entrar gradualmente a la realidad y a la generación de su propia subjetividad.

La madre “no toda”, permitirá desarrollar paulatinamente en el bebé la inexistencia de esa unidad mamá/hijo. El rompimiento de la diada madre-lactante (segundo parto) permitirá que el hijo logre espacios y objetos transicionales que sustituyan ilusoriamente a la madre y le permitan a él, cierta independencia y autonomía del cuerpo materno para apropiarse de su propio cuerpo.

Pensamos que no se puede disociar al sujeto del momento sociocultural y que estas técnicas que se divulgan en los medios, son parte de los síntomas de la época en la que vivimos. Satisfacer las demandas en la Sociedad de consumo, pasa a ser el señuelo para la felicidad.

La familia es una construcción histórica y cultural. Es un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y socialización de los hijos. Ahora bien, ¿cuáles son las contradicciones de los mensajes de la cultura y de la familia que se le dan al niño?

En principio que los medios divulguen “técnicas de crianza” como modelos ideales a seguir, propician que los padres se alienen en estos mandatos culturales y no respetan su propia subjetividad.

Veamos las contradicciones en los modos de crianza del Siglo XXI. Por una parte el niño es tratado como igual al adulto, se le pide opinión, se aceptan sus demandas, se trata que este siempre colmado de satisfacciones libidinales. Sin embargo, como plantea Bleichmar (2013) estamos en la era del “fin de la infancia”. Ya que también se le exige que trabaje arduamente (doble escolaridad, más actividades extracurriculares, etc). Es un niño que no puede disfrutar del ocio (este se convierte en demanda de consumo). Todas estas exigencias de los padres se deben al amor narcisista y al anhelo de que sus hijos logren el éxito y el reaseguro de un porvenir que ellos no pueden alcanzar y que de tenerlo, siempre están con la angustia de perderlo.

Como hemos visto en otras investigaciones realizadas en el Departamento de Ciencias Sociales y Proyectuales de UADE (Barimboim, et al, 2014), el hijo ocupa el lugar que ya Freud mencionara en Introducción del Narcisismo, de “his majesty the baby”. Este lugar de amor narcisista para padres y madres se extiende en la cronología del niño, debido a las frustraciones que padecen los adultos de hoy respecto a sus vínculos amorosos (vínculos de pareja temporales), la incertidumbre en el desarrollo de su carrera profesional y la sociedad de riesgo.

En la era del amor líquido, según Baumann (2005), el hijo pasa a ser el único objeto de amor que perdurara en el tiempo. “Su majestad el bebé” parece extenderse en la cronología del niño. Las frustraciones que padecen los padres frente a lo efímero e incierto que se vuelve todo en el siglo XXI, hace que proyecten en el hijo un ideal narcisista. El niño no “debe” frustrarse siendo la mayor aspiración de sus padres que sea un niño feliz, independiente y libre. Sin embargo, en la clínica recibimos niños tiranos, abulicos. con serias dificultades de concentración.

Pareciera que estas demandas narcisistas del niño, no son solo de él, sino que también los adultos se gratifican narcisísticamente y creen cumplir con el rol de ser buenos padres complaciendo siempre a sus hijos, sin registro que están obedeciendo a un mandato cultural que genera los síntomas mencionados en el párrafo anterior.

Conclusiones

Como contrapartida de la caída del autoritarismo patriarcal y la igualdad de género, las configuraciones familiares están sufriendo cambios radicales. Esto nos lleva a reflexionar sobre los vínculos íntimos y las nuevas subjetividades que se van construyendo en un contexto socioeconómico en constante cambio y máximo desamparo.

El regulador del psiquismo del Siglo XX fue la estructuración del sujeto a partir del sepultamiento del Complejo de Edipo. Los padres eran autoritarios, ejercían prohibiciones en exceso. Todo esto se encuadraba en mandatos culturales de orden y obediencia. Hoy observamos que se intenta educar en libertad, privilegiando las demandas del niño en todas sus expresiones.

Sin embargo recibimos el sufrimiento de padres/madres de hijos en latencia y adolescencia porque sus hijos presentan síntomas compulsivos, impulsivos, adictivos, etc. Hijos difíciles frente a padres desorientados (Rotenberg, 2008). Muchas veces llegan hasta el estadio donde es la escuela la que pone un límite (estudiantes repitentes), o las fuerzas de seguridad del Estado (sancionados por el abuso de sustancias, o accidentes automovilísticos), los que intentan poner un límite al desborde pulsional. El planteo de estos padres angustiados es el de “le hemos dado todo y no valoran nada”, o “nada les importa, no pueden cuidarse, se exponen siempre al riesgo del precipicio...”

Consideramos que la falta de límite pulsional (función que debieran cumplir los padres desde el nacimiento del niño) trae aparejado conductas de desborde de toda naturaleza. Sabemos que el cachorro humano necesita desde su nacimiento, la contención y el amor de otro significativo. Entendemos que la contención es significar su pulsionalidad dándole un cauce a la descarga total que sería la muerte del ser. Dar cauce es marcar el surco del camino, dejar correr el río pero con bordes. El propiciar el colecho, es fomentar la actividad autoerótica, borrar la asimetría lógica de los lugares simbólicos (niño/adulto), propiciar el goce narcisista de los adultos dificultando el encuentro con la propia genitalidad de la pareja parental.

Pensamos la técnica del colecho, como uno de las primeras conductas que propician el defecto de la voz de autoridad que todo niño necesita para registrar contención y amparo bajo en cuidado del adulto. La exclusión del lecho de los padres, inaugura en el niño la función simbólica del falo, el sufrimiento por ser el tercero excluido le permite caminar el derrotero de su deseo. En el psiquismo del niño, comienza con el rompimiento de la diada madre/hijo

Es necesario limitar los excesos de la pulsionalidad para que se constituya un sujeto psíquico, pero a la vez, los límites deben mantener un equilibrio con lo posible y con lo no arbitrario para no caer en los autoritarismos familiares de antaño. Motivo por el cual, no acordamos con ninguna “técnica de crianza” como modelo ideal, por considerar que estas serían mandatos superyoicos de la cultura que proponen un manual para ser “Buenos padres” y no toman en cuenta la singularidad de cada familia. Que los “padres” tengan que seguir ciertas normativas culturales, los posiciona en un lugar infantil, de alienación a un Otro (medios de comunicación, cultura) que se ubican en un lugar de poder. El autoritarismo, aunque velado, hoy lo llevan a cabo los medios masivos de comunicación, quienes dicen saber como hay que criar a un niño “feliz”. Generan así, obediencia en los padres sin respetar la subjetividad y el deseo de cada padre/madre por ese hijo.

Referencias bibliográficas

- Aulagnier,P, (2010) *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires,Edit. Amorrortu.
- Bauman, Z. (2005) *Amor Líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos* (1° Ed. 10° Reimp.) Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica
- Bauman, Z. (2008) *Vida de consumo* (1| Ed. Reimp.) Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica
- Beck, U. (1998) *La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós
- Berger, P. y Luckmann, T. (1972) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu
- Bleichmar,S, (2013) *Fundacion de lo inconciente*, Bs. As., Edit Amorrortu
- Bowlby, J, (1989) *Una base segura*, Bs. As., Edit. Paidos
- Colette Soler,(2014) *Lo que queda de la Infancia*,Bs. As., Letra Viva Editorial
- Freud,S.,(2007), *Obras Completas*, Argentina, Edit. Amorrortu, 24T
- Lipovetsky, G., (2006) *El Crepusculo del deber*, Bs.As., Editorial Anagrama

-
- Rotenberg,E. (2008) *Hijos difíciles padres desorientados. Padres desorientados hijos difíciles*, Bs. As., Lugar Editorial
- UADE (2014) *Tendencias egoístas en los jóvenes de hoy; sus consecuencias en los vínculos familiares y sociales*. Barimboim,D et al. Disponibe en <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/handle/123456789/4260?show=full>
- Winnicott,D, ,(1990) *Los bebés y sus madres*, Bs. As. Edit. Paidós

NORMAS PARA LOS AUTORES

Los artículos serán sometidos a evaluación por pares siguiendo las siguientes pautas:

1. **Remisión del manuscrito:** El texto debe dirigirse a través del correo electrónico a la Editorial de la Revista (revistapsi@kennedy.edu.ar). Se enviarán 2 archivos - uno con los datos del autor, y otro bajo anonimato (evitando que el nombre del autor figure en el texto y la bibliografía)

2. **Declaración de originalidad:** se solicita adjuntar una carta dirigida a la dirección de la Revista para dar fe pública de que el trabajo es original e inédito, que no se ha sometido simultáneamente a evaluación por otras revistas y que cumple con las normas internacionales de ética. En la carta, el autor/la autora principal transfiere, en el caso de su aceptación, los derechos de autor (copyright) a la revista.

3. **Formato de manuscritos:** todo trabajo debe seguir estrictamente el formato del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (APA, 2010, 3ª ed. en español, traducción de la 6ª edic. del original (www.apa.org)). Se aceptan trabajos con un mínimo de 2500 palabras y un máximo de 7500, o un máximo de 25 páginas, incluyendo referencias, tablas, imágenes, anexos, etc., digitados en hojas tamaño A4 con márgenes de por lo menos 2,54 cm, letra Arial 12 pts., texto a 1/5 espaciado y alineado a la izquierda, excepto en tablas y figuras, sangría a 5 espacios en todos los párrafos. El autor debe señalar el tipo de artículo que envía. El comité editorial evaluará la pertinencia de publicación de artículos con un mínimo menor o un máximo mayor.

El título y el resumen del artículo deben de presentarse en español y en inglés. El título, con una extensión máxima de 12 palabras, debe ser claro, preciso y reflejar la temática del artículo. Evitar el uso de siglas, acrónimos y abreviaturas.

El resumen no debe superar las 250 palabras, redactado en un solo párrafo, debe introducir de forma sucinta los aspectos más relevantes respecto a los objetivos, la metodología, los resultados y las conclusiones, sin entrar en detalles.

El resumen se acompañará de **palabras clave con un máximo de 5**, referentes al contenido del trabajo. Además, una versión en inglés tanto del resumen como de las palabras clave.

De los autores: nombre del autor o autores: los trabajos deberán acompañarse de una ficha de identificación del autor, que contenga los siguientes datos: nombre, título profesional de mayor grado, actividad, afiliación institucional y correo electrónico. Si son varios autores, definir el orden de publicación y designar el autor que se encargará de enviar y recibir la correspondencia. Adjuntar un breve CV del autor o de los autores, de no más 5 líneas para cada uno de ellos.

4. Del orden de la presentación

El orden de la presentación es el siguiente:

En la primera página estará configurada: 1. Título completo, 2. Datos del autor o autores: nombre, grado académico, correo electrónico, ocupación actual, institución u organismo al que pertenece, teléfono y dirección de contacto.

En la segunda página 1. Resumen 2. Palabras clave

En las páginas siguientes 1. Texto 2. Referencias 3. Anexos 4. Notas a pie, apéndices, tablas, figuras, en páginas separadas y en este orden (con solo una tabla o figura por página), y enumeradas secuencialmente.

5. Clasificación de contribuciones:

- **Artículo de investigación científica y tecnológica:** documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.
- **Artículo de reflexión:** documento que presenta resultados de una investigación terminada, desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

- **Artículo de revisión:** documento resultado de una investigación terminada, donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones, publicadas o no, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 20 referencias
- **Reporte de caso:** documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular, con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.
- **Presentación de material clínico:** Es responsabilidad de cada autor resguardar la confidencialidad del material clínico presentado de acuerdo a las normas éticas establecidas porque el ejercicio de la profesión y su difusión en ámbitos académicos se ajustará al modelo del consentimiento y/o al disfraz pertinente de los datos aportados: En la presentación de historiales clínicos como en la utilización de ejemplificaciones clínicas o viñetas como material ilustrativo requiere extremos cuidados para mantener la reserva sobre los datos que pudieran identificar a los pacientes aludidos. Se recomienda que se publique una vez que el tratamiento haya terminado, para evitar la intrusión en el mismo.

6. Acerca de los artículos

Introducción: contextualiza al lector. El texto debe exponer tanto los antecedentes en el área de investigación como la descripción del problema de investigación o pregunta, cuya justificación debe ser clara, coherente y basada en la literatura consultada. También menciona el propósito del artículo y sus principales objetivos.

- a. **Método:** describe el método empleado para el estudio (diseño, selección de la muestra, técnicas de recolección y análisis de datos, etc.). Asimismo, se deben mencionar los materiales y equipos utilizados en su realización; si se trata de pruebas psicológicas, se deben mencionar sus propiedades psicométricas.
- b. **Resultados:** esta sección presenta los principales resultados y hallazgos de la investigación. Se deben omitir los detalles periféricos y evitar repetir en el texto los resultados que se muestran en las tablas, cuadros e ilustraciones.
- c. **Discusión y Conclusiones:** toda discusión respecto a los resultados debe responder a las preguntas de investigación y hacerse a la luz de la literatura relevante. Asimismo, se deben presentar las conclusiones del estudio.
- d. **Citas y Referencias:** Al final del artículo solo se indicará el listado de referencias citadas en el cuerpo del trabajo. Se destaca que la información de los autores y obras citadas en el texto debe coincidir con las respectivas entradas en la lista de referencias. Todas las referencias y fuentes citadas deben seguir, de manera estricta, las normas APA.
- e. **Apéndices:** el texto puede incluir apéndices (páginas anexas) siempre y cuando sean considerados importantes y estrictamente necesarios para aclarar la comprensión del texto. En caso contrario, no se recomienda incluirlos.
- f. **Notas al pie de página:** son aclaraciones, y sus respectivas llamadas deben aparecer identificadas con un superíndice en forma consecutiva, en la parte inferior de las páginas
- g. **Tablas, cuadros, ilustraciones, etc.:** sirven para aclarar, ilustrar, complementar o sintetizar la información, pero se recomienda no utilizar un elevado número de cuadros. Este material gráfico debe explicarse por sí solo, para evitar replicar la información del texto. Se recomienda evitar repetir los mismos datos en el cuerpo del texto y en las tablas. Cada uno de estos elementos debe citarse en el artículo y estar identificado mediante numeración consecutiva y su respectivo título. Las tablas o figuras se deben incluir en el archivo Word y, además, adjuntar aparte el archivo original (.xls, .jpg,

.tiff). Se recomienda usar un lenguaje estándar para publicaciones científicas y evitar el uso de modismos propios de una región geográfica particular.

Los artículos que no sean un informe de investigación como tal y que no contengan la información anteriormente desglosada pueden figurar como revisiones de una temática, crítica de una teoría o de un estudio empírico, o desarrollo de una propuesta teórica. Estos artículos deben ser presentados teniendo en cuenta aquellos criterios generales de las normas APA en relación con títulos y subtítulos, resumen, estilo de redacción y citación de referencias. Adicionalmente, estos textos deben tener las siguientes características: 1. Problema claramente establecido que se desarrolle a lo largo de todo el texto. 2. Presentar de manera clara la importancia del tema o de la problemática analizada. 3. Argumentación y conclusiones claras y coherentes con el desarrollo del tema. 4. Referencias correspondientes a la temática estudiada y al tipo de estudio (para un artículo de revisión se esperan mínimo 20 referencias).

7. Proceso de selección y evaluación de artículos:

El Comité Editorial somete el manuscrito a revisión:

- a. Los artículos recibidos serán sometidos, sin excepción, a un proceso de evaluación por parte de pares académicos externos.
- b. La recepción y evaluación de los artículos no implica, necesariamente, su publicación.
- c. El proceso de selección comienza, para las colaboraciones que tengan la declaración de originalidad incluida, con la revisión, por parte del Comité Editorial, del cumplimiento de las presentes normas y la pertinencia del manuscrito con la política editorial. El autor será informado de las observaciones que surjan durante este proceso. La editorial otorga un número de identificación del manuscrito (ID) en cuanto su entrega esté completa de acuerdo con los requisitos de la editorial.
- d. Luego, el artículo será enviado a dos pares académicos, quienes dictaminarán acerca de la calidad científica y académica del mismo. El proceso de valoración será anónimo y a doble ciego. Los evaluadores podrán formular sugerencias al autor.
- e. Si los resultados de los dictámenes son contrarios, el artículo será remitido a un tercer par académico. No obstante, el Comité Editorial se reserva la última palabra sobre la aceptación de los escritos.
- f. El autor deberá realizar los ajustes sugeridos por los pares académicos y el Comité Editorial.
- g. Se publicarán los artículos que cuenten con el concepto favorable de los pares académicos y del Comité Editorial.
- h. La duración de este proceso es de aproximadamente ocho semanas.
- i. El artículo tiene el siguiente sistema de evaluación por parte de los árbitros:
 - 1) Está listo para su publicación.
 - 2) Debe llevarse a cabo algunas modificaciones para su publicación.
 - 3) Debe llevarse a cabo algunas modificaciones y volverlo a presentar para su evaluación.
 - 4) No se recomienda su publicación.

Los trabajos aceptados según el punto 2 y 3 serán enviados a los autores para su revisión, los cuales serán devueltos al comité editorial con una carta de conformidad para su publicación.

j. Los manuscritos recibidos no serán devueltos. Sin embargo, si el trabajo no es aceptado para su publicación, el autor puede enviarlo a otras revistas, con el mismo fin.

k. Las contribuciones enviadas para posible publicación en la Revista Psicología no pueden estar siendo evaluadas para su publicación en otra revista y/o libro, nacional o extranjero.

l. Una vez publicado el artículo en la Revista Digital Prospectivas en Psicología, el autor deberá abstenerse de enviarlo con el mismo fin a otra revista

m. Una vez publicado el artículo, se enviará en formato .pdf a los autores. Para retirar un artículo antes de su publicación, el autor deberá dirigir una solicitud por escrito (impreso) al editor, asimismo esta se hará efectiva únicamente con la respuesta del editor.

8. Pares de arbitraje:

Se entiende por arbitraje el grupo de expertos que en el marco de una publicación científica evalúa los artículos en forma anónima a fin de garantizar la validez de los contenidos académicos de la revista.

El árbitro es simétricamente anónimo. Esto significa que ni el autor sabe quién o quiénes van a revisar su trabajo, ni los referees conocen el nombre del autor.

El árbitro es ejercido por investigadores ampliamente reconocidos como especialistas destacados en el tema y la problemática presentada por el trabajo sometido a revisión. Es ejercido en forma individual. Aún cuando es común que un trabajo sea sometido a la revisión de dos referees, cada uno de ellos realiza esa tarea en forma personal y sin pedir la colaboración de terceros. Cada referee desconoce quiénes han sido designados para revisar el mismo trabajo.

El árbitro debe sostener sus conclusiones con argumentos sólidos a favor o en contra del trabajo presentado. Estos argumentos son remitidos por escrito y puestos en conocimiento de los autores de acuerdo al formulario que envía para tal fin el comité editor.

Las conclusiones del árbitro son recomendaciones destinadas al editor, que puede quedar supeditada a pedidos de correcciones o ampliaciones que el autor deberá realizar antes de acceder a una segunda revisión. También puede sugerir enmiendas o solicitar la eliminación de una parte del trabajo. Esta característica impone una separación entre las personas que evalúan el trabajo, y quienes toman la decisión final de aceptarlo o rechazarlo.

La actividad de los árbitros es gratuita. Si el árbitro considera que no está en condiciones de evaluar el trabajo, por escapar a su área de investigación, puede declinar su participación esgrimiendo precisamente esa razón. La elección de los árbitros no recae siempre sobre los mismos especialistas.

NOTA: El Comité Editor no se responsabiliza por las opiniones expresadas por los autores.