

Cuadernos de divulgación de investigación

UVAQ

2a



Eric Smith de la Universidad de York
Análisis de la política de apoyo al sector privado en el desarrollo tecnológico de los sectores productivos

María Elena Rodríguez
El emprendimiento generacional: creencias, determinantes de éxito y fracaso y consecuencias económicas para mujeres y hombres en la transición económica y social de América Latina y el Caribe

Araceli Rodríguez Cordero
El uso de recursos participativos en la gestión de un sistema de atención de salud comunitaria

Edna Kaimowitz
Innovación participativa: una experiencia prometedora en el sector agrícola de América Latina

Walter José Rodríguez Cordero
Diferencias, similitudes y limitaciones metodológicas en el uso de datos

Yajaira Ojeda Rodríguez
Alfabetización Lingüística Matemática: Impacto de la intervención GEM en la formación de competencias matemáticas en niñas y niños de zonas urbanas y rurales de la provincia de Bolívar

Enid Carolina Rodríguez Cordero
Modelos de Gestión de Recursos Humanos en el sector público: El caso de la Universidad del Valle, Colombia y el Distrito de Ciénega de Bogotá, Colombia

Delia Patricia Yáñez y Tereza de Castro
Análisis cualitativo de la gestión pública: el caso de la gestión pública en el sector salud en Colombia

Ecos del trauma: El impacto del abuso sexual infantil en la salud psicológica de los familiares primarios

Eva Jareth Alcaraz Rueda



Resumen

Este estudio de caso analiza el impacto del abuso sexual infantil en la salud psicológica de los familiares cercanos desde una perspectiva psicoanalítica. Se examina la experiencia de Ana, una mujer de 28 años cuya hermana menor fue víctima de abuso sexual por parte de su padrastro. El descubrimiento de este abuso desencadenó en Ana síntomas como depresión, ansiedad, insomnio, arritmias cardíacas, y un reciente aborto espontáneo.

El estudio describe intervenciones psicoanalíticas clave, como la construcción de una alianza terapéutica, la exploración de conflictos internos, la contención emocional y el manejo de la transferencia y contratransferencia. Basándose en las teorías de Freud, Klein y Winnicott, se subraya la importancia de la contención emocional y la interpretación de contenidos inconscientes para ayudar a Ana a procesar su dolor.

Además, se exploran las barreras para denunciar el abuso sexual infantil, tales como el miedo, la vergüenza y la preocupación por mantener el prestigio familiar. Este caso resalta la necesidad de intervenciones terapéuticas integrales para abordar el trauma indirecto en contextos familiares.

Palabras clave: Abuso sexual infantil, trauma, salud mental, psicoanálisis, mecanismos de defensa, contención emocional

Introducción

El abuso sexual infantil es una experiencia traumática que afecta no solo a la víctima directa sino también a sus familiares cercanos. Desde una perspectiva psicoanalítica, es crucial entender cómo estos eventos traumáticos influyen la psique de los familiares, generando conflictos internos y mecanismos de defensa inconscientes. Este artículo presenta el caso de Ana, una mujer de 28 años cuya salud mental se deterioró tras descubrir el abuso sexual sufrido por su hermana menor, Rita. A través de este estudio de caso, se describen las intervenciones psicoanalíticas aplicadas para tratar su trauma indirecto y se exploran las teorías psicoanalíticas que sustentan el análisis y la intervención.

El abuso sexual infantil deja una marca indeleble no solo en la víctima, sino también en su entorno inmediato. Los familiares de la víctima pueden experimentar trauma vicario o secundario. En el caso de Ana, el trauma de su hermana menor amplificó sus emociones de culpa, impotencia y dolor. Esta dinámica ha sido estudiada en diversas disciplinas, incluyendo la psicología y el psicoanálisis.

Sigmund Freud exploró cómo los traumas no elaborados pueden resultar en patologías psíquicas. En “Duelo y Melancolía” (1917), describe cómo los eventos traumáticos pueden llevar a un duelo patológico, donde la identificación inconsciente con el evento traumático puede llevar a una melancolía profunda (Freud, 1917). Melanie Klein introdujo conceptos como la envidia y la culpa primordial en situaciones traumáticas (Klein, 1946). Donald Winnicott destacó la importancia de un entorno facilitador para el desarrollo emocional saludable (Winnicott, 1965). La teoría de la transmisión intergeneracional del trauma sugiere que el trauma no resuelto puede transmitirse a través de generaciones (Herman, 1992).

Ana, como hermana mayor, se enfrenta a una carga emocional significativa. Su identificación con el dolor de su hermana y la impotencia percibida de no haberla protegido resultaron en síntomas psicósomáticos y emocionales. La intervención psicoanalítica se centró en la construcción de una alianza terapéutica sólida, exploración de conflictos inconscientes, interpretación de mecanismos de defensa y contención emocional. La

técnica de la asociación libre permitió explorar sentimientos y pensamientos inconscientes de Ana.

La contención emocional es esencial para proporcionar un entorno seguro donde Ana pueda procesar su dolor. La transferencia y contratransferencia juegan un papel central en el tratamiento psicoanalítico, permitiendo explorar y elaborar los conflictos inconscientes en la relación terapéutica.

Metodología

La metodología presentada en el artículo combina una revisión bibliográfica y análisis documental con una investigación cualitativa basada en el estudio de un caso clínico. Con ello se busca comprender los procesos psíquicos inconscientes que operan en los familiares de víctimas de abuso sexual infantil, así como explorar las barreras para denunciar estos casos. Para abordar estas preguntas, se utilizará un enfoque basado en dos componentes principales:

- **Revisión Bibliográfica y Análisis Documental:** Se realizará una revisión de la literatura existente sobre el impacto del abuso sexual infantil en los familiares, con un enfoque específico en las teorías psicoanalíticas de Freud, Klein y Winnicott.
- **Investigación Cualitativa:** Se describe a detalle el caso clínico de la paciente que vive de cerca el caso de abuso infantil de su hermana, para explorar sus experiencias, emociones y los factores que influyen en su decisión de guardar silencio o denunciar. Utilizando técnicas de análisis de contenido con una interpretación psicoanalíticas que parte de las teorías ya mencionadas.

Respecto a las técnicas en específico del caso clínico, estas se apoyan en el análisis de narrativas, el análisis del discurso, la codificación temática y el análisis de transferencia y contratransferencia (fig. 1).

Fig. 1. Técnicas empleadas en la investigación

Análisis de narrativas

- Esta técnica examina en profundidad los relatos del paciente durante la terapia, enfocándose en elementos simbólicos, metáforas, temas recurrentes y estructuras narrativas para descubrir contenidos inconscientes y conflictos.

Análisis de discurso

- Se enfoca en los patrones lingüísticos, elecciones de palabras, tonos y énfasis del discurso del paciente para identificar significados latentes, contradicciones y procesos psíquicos inconscientes.

Codificación temática

- Consiste en identificar y clasificar temas recurrentes en el material clínico, como emociones, creencias y experiencias.

Análisis de transferencia y contratransferencia

- Examina detalladamente las dinámicas de transferencia y contratransferencia, elementos centrales en la terapia psicoanalítica.

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación documental, 2024

En el caso de Ana, el análisis de narrativas se aplicó al examinar cómo describía los eventos y su relación con su hermana y padrastro, buscando simbolismos y metáforas que revelaran sus conflictos internos y mecanismos de defensa. El análisis de discurso se centró en las palabras que Ana elegía, los tonos que utilizaba y cómo enfatizaba ciertas ideas, lo cual reveló contradicciones y significados ocultos en su narrativa, indicando la presencia de procesos psíquicos inconscientes.

La codificación temática ayudó a identificar y clasificar los temas recurrentes en las sesiones de Ana, como sentimientos de culpa, protección, miedo y traición, permitiendo una organización sistemática de sus experiencias emocionales y psicológicas. Finalmente, el análisis de transferencia y contratransferencia fue crucial para entender cómo los sentimientos y conflictos de Ana se proyectaban en la relación terapéutica, y cómo las respuestas emocionales del terapeuta ofrecían *insights* sobre los conflictos inconscientes y mecanismos de defensa presentes en Ana.

Marco referencial

El abuso sexual infantil tiene repercusiones devastadoras tanto para la víctima directa como para sus familiares cercanos. El caso de Ana ilustra cómo el trauma sufrido por su hermana menor, Rita, ha impactado su vida emocional y física, manifestándose en síntomas graves como depresión, ansiedad, ira, insomnio y arritmias cardíacas. La imposición de silencio por parte de su madre, una respuesta común en situaciones de abuso sexual infantil tiene implicaciones significativas para la salud mental de todos los involucrados.

Uno de los factores que contribuyen al silencio de las madres es la vergüenza y el estigma social asociado al abuso sexual. En muchas culturas, el abuso sexual es un tema tabú que puede llevar a la estigmatización y marginación de la víctima y su familia. Las madres pueden sentir una profunda vergüenza al descubrir que sus hijos han sido abusados, temiendo que la divulgación manche la reputación de la familia. Este temor puede llevarlas a minimizar o negar el abuso, optando por el silencio en un intento de proteger el prestigio familiar (Herman, 1992). En el caso de Ana, su madre decidió no denunciar el abuso y pidió a sus hijas que guardaran silencio para evitar el estigma y la vergüenza.

Las madres a menudo experimentan una intensa culpa al descubrir que sus hijos han sido abusados, al sentir que no han podido protegerlos, lo que las lleva a una constante autorecriminación. En el caso de Ana, aunque su madre pidió silencio por miedo y vergüenza, es posible que también haya sentido una profunda culpa por no haber detectado el abuso a tiempo. Esta culpa puede ser tan abrumadora que prefieren no denunciar, ya que enfrentar la realidad del abuso también implica confrontar sus propios sentimientos de fracaso y culpabilidad (Freud, 1917).

El miedo a la retribución es otro factor crítico. En muchos casos, los perpetradores son figuras de autoridad o proveedores económicos dentro de la familia, y denunciar el abuso podría llevar a una pérdida de estabilidad financiera y seguridad física. En el caso de Ana, el padrastro que abusó de Rita se fugó tras el descubrimiento del abuso, lo que sugiere una dinámica de poder y control que pudo haber contribuido al silencio inicial de la

madre. El temor a la violencia del perpetrador y a las posibles repercusiones legales puede llevar a las madres a mantener el abuso en secreto (Courtois & Ford, 2009).

La falta de apoyo institucional y la desconfianza en el sistema judicial también juegan un papel crucial. Las madres pueden percibir que el sistema judicial es ineficaz, insensible o incluso corrupto, lo que les hace dudar de que la denuncia resulte en justicia efectiva. Esta desconfianza puede basarse en experiencias previas o en la percepción general de que el sistema no protege adecuadamente a las víctimas de abuso sexual. La falta de recursos, como servicios de apoyo, refugios y asistencia legal, también puede dificultar que las madres busquen ayuda y protección (Herman, 1992).

La salud mental de las madres que optan por el silencio frente al abuso sexual infantil es un aspecto crítico que necesita atención. Al ser figuras primarias de cuidado y protección, juegan un papel fundamental en la recuperación y el bienestar de sus hijos. Sin embargo, al no denunciar el abuso, enfrentan una carga emocional significativa que puede tener efectos perjudiciales tanto para ellas como para sus hijos.

Estas madres suelen experimentar una mezcla de emociones intensas, incluyendo culpa, vergüenza y miedo. Estas emociones pueden llevarlas a reprimir sus propios sentimientos y a evitar buscar ayuda, perpetuando un ciclo de sufrimiento y aislamiento. En el caso de Ana, el silencio impuesto por su madre no solo exacerbó sus síntomas emocionales, sino que también pudo haber deteriorado la salud mental de la madre, llevándola a un estado de autorecriminación y desesperación (Winnicott, 1965).

La contención emocional es esencial para las madres en estas situaciones. Las intervenciones psicoanalíticas pueden proporcionar un espacio seguro para que las madres exploren y procesen sus sentimientos. A través de la transferencia, pueden proyectar sus emociones de culpa y vergüenza hacia el terapeuta, permitiendo una elaboración y eventual liberación de estos sentimientos. La contratransferencia, manejada adecuadamente por el terapeuta, es crucial para mantener una relación terapéutica efectiva (Klein, 1946).

Educar a las madres sobre el impacto del abuso sexual en sus hijos y en ellas mismas es fundamental. Comprender los efectos a largo plazo del abuso puede motivarlas a buscar ayuda y adoptar medidas protectoras. El apoyo continuo a través de grupos de apoyo, terapia individual y recursos comunitarios puede ayudar a las madres a desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas y reducir el aislamiento emocional (Herman, 1992).

Las intervenciones psicoanalíticas pueden ayudar a las madres a fortalecer su resiliencia, permitiéndoles manejar el trauma y apoyar mejor a sus hijos. La exploración de los conflictos inconscientes y la interpretación de los mecanismos de defensa pueden ayudar a las madres a comprender y superar sus reacciones emocionales, facilitando un proceso de sanación tanto para ellas como para sus hijos (Winnicott, 1965).

El análisis del caso de Ana, desde una perspectiva psicoanalítica, revela la profunda interconexión entre el trauma individual y el colectivo dentro de la dinámica familiar. Las teorías psicoanalíticas de Freud, Klein y Winnicott ofrecen un marco valioso para comprender cómo el abuso sexual infantil y el silencio impuesto por la madre perpetúan un ciclo de sufrimiento y disfunción. La identificación con el dolor de su hermana, la represión de sentimientos y la proyección de culpa son mecanismos de defensa que Ana ha desarrollado en respuesta al trauma, reflejando una lucha interna profunda y la necesidad de un entorno contenedor y de apoyo. La salud mental de las madres, como figuras centrales en la respuesta al abuso, es crítica para la recuperación de toda la familia y requiere intervenciones específicas y recursos adecuados para superar las barreras estructurales y emocionales que perpetúan el silencio y el sufrimiento.

Análisis del caso y comparativo con la literatura psicoanalítica

El abuso sexual infantil es un problema profundamente arraigado y complejo que tiene repercusiones devastadoras tanto para la víctima directa como para sus familiares cercanos. El caso de Ana ilustra cómo el trauma sufrido por su hermana menor, Rita, ha impactado su vida emocional y física, manifestándose en síntomas graves como depresión, ansiedad, ira, insomnio y arritmias cardíacas. La imposición de silencio por parte de su madre es una respuesta común en situaciones de abuso sexual infantil, pero tiene implicaciones significativas para la salud mental de todos los involucrados.

El impacto del abuso sexual infantil no se limita a la víctima directa; se extiende a los familiares cercanos que están emocionalmente vinculados a la víctima. Ana, una mujer de 28 años, ha experimentado graves síntomas emocionales y físicos desde que se descubrió el abuso sufrido por su hermana menor, Rita. Este abuso, perpetrado por el padrastro, comenzó cuando Rita tenía siete años y salió a la luz cuando ella tenía doce. El descubrimiento fue un shock para Ana y su familia, y la decisión de la madre de imponer el silencio agravó los efectos traumáticos para todos.

Las madres a menudo sienten una intensa culpa al descubrir que sus hijos han sido abusados, ya que creen que no pudieron protegerlos, lo cual puede llevarlas a una constante auto-recriminación (Herman, 1992). En el caso de Ana, su madre impuso el silencio por temor y vergüenza, pero también es posible que sintiera una profunda culpa por no haber detectado el abuso a tiempo. Esta culpa puede ser tan abrumadora que prefieren no denunciar, ya que enfrentar la realidad del abuso también implica confrontar sus propios sentimientos de fracaso y culpabilidad (Freud, 1917).

El miedo a la retribución es otro factor crítico. En muchos casos, los perpetradores son figuras de autoridad o proveedores económicos dentro de la familia, y denunciar el abuso podría llevar a una pérdida de estabilidad financiera y seguridad física. En el caso de Ana, el padrastro que abusó de Rita se fugó tras el descubrimiento del abuso, lo que sugiere una dinámica de poder y control que pudo haber contribuido al silencio inicial de la

madre. El temor a la violencia del perpetrador y a las posibles repercusiones legales puede llevar a las madres a mantener el abuso en secreto (Courtois & Ford, 2009).

La salud mental de las madres que optan por el silencio frente al abuso sexual infantil es un aspecto crítico que necesita atención. Al ser figuras primarias de cuidado y protección, juegan un papel fundamental en la recuperación y el bienestar de sus hijos. Sin embargo, cuando no denuncian el abuso, enfrentan una carga emocional significativa que puede tener efectos perjudiciales tanto para ellas como para sus hijos (Winnicott, 1965).

La contención emocional es esencial para las madres que enfrentan estas situaciones. Las intervenciones psicoanalíticas pueden proporcionar un espacio seguro para que las madres exploren y procesen sus sentimientos. A través de la transferencia, pueden proyectar sus emociones de culpa y vergüenza hacia el terapeuta, permitiendo una elaboración y eventual liberación de estos sentimientos. La contratransferencia, manejada adecuadamente por el terapeuta, es crucial para mantener una relación terapéutica efectiva y proporcionar el apoyo necesario (Klein, 1946).

Educar a las madres sobre el impacto del abuso sexual en sus hijos y en ellas mismas es fundamental. Comprender los efectos a largo plazo del abuso puede motivarlas a buscar ayuda y adoptar medidas protectoras. El apoyo continuo a través de grupos de apoyo, terapia individual y recursos comunitarios puede ayudar a las madres a desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas y reducir el aislamiento emocional (Herman, 1992).

Las intervenciones psicoanalíticas pueden ayudar a las madres a fortalecer su resiliencia, permitiéndoles manejar el trauma y apoyar mejor a sus hijos. La exploración de los conflictos inconscientes y la interpretación de los mecanismos de defensa pueden ayudar a las madres a comprender y superar sus reacciones emocionales, facilitando un proceso de sanación tanto para ellas como para sus hijos (Winnicott, 1965).

El caso de Ana revela cómo el trauma del abuso sexual de su hermana ha afectado su vida emocional. Desde un enfoque psicoanalítico, se observan varios mecanismos de defensa, como la represión y la proyección. La culpa y la impotencia son sentimientos predominantes, exacerbados por la demanda de silencio impuesta por la madre.

Ana muestra una profunda identificación con su hermana menor, lo que se manifiesta en la transferencia de sus propios sentimientos de impotencia y culpa hacia el terapeuta. El silencio impuesto por su madre pudo haber intensificado estos sentimientos, creando una dinámica de represión y proyección que perpetúa el trauma. La identificación con la hermana víctima del abuso puede llevar a Ana a experimentar una forma de melancolía, donde su identidad y autoestima están profundamente afectadas por el trauma (Freud, 1917).

La represión y la proyección son mecanismos de defensa clave observados en Ana. La represión del trauma y la culpa pueden haber llevado a una somatización de su angustia, manifestándose en arritmias cardíacas e insomnio. La proyección de sus sentimientos hacia su hermana y el terapeuta puede ser una manera de manejar su propia angustia, aunque ineficaz a largo plazo. La represión le permite evitar enfrentar directamente el dolor del trauma, pero a costa de su bienestar emocional y físico (Klein, 1946).

La transferencia de sentimientos hacia el terapeuta es un elemento central en el tratamiento psicoanalítico. Ana proyecta sus sentimientos de culpa e impotencia hacia el terapeuta, buscando una figura contenedora que valide sus emociones y la ayude a procesar su trauma. La contratransferencia, en la que el terapeuta maneja sus propias respuestas emocionales, es crucial para mantener una relación terapéutica efectiva y evitar la reactivación del trauma. La transferencia permite a Ana explorar y elaborar sus sentimientos en un entorno seguro, facilitando su proceso de sanación y recuperación (Winnicott, 1965).

Sigmund Freud fue uno de los primeros en identificar el impacto del trauma en el desarrollo psíquico. En su obra "Duelo y Melancolía" (1917), describe cómo los eventos traumáticos pueden generar un duelo patológico, caracterizado por una identificación inconsciente con la persona perdida o el evento traumático, lo que puede llevar a una melancolía profunda. Freud enfatiza la importancia de elaborar el duelo para evitar la internalización patológica del trauma. En el caso de Ana, la repetición de los relatos de abuso de su hermana y la imposibilidad de procesar adecuadamente estos eventos han contribuido a su estado de duelo patológico. La culpa y la impotencia que siente Ana pueden entenderse como una

forma de melancolía, donde su identidad y autoestima están profundamente afectadas por la identificación con el trauma de su hermana.

Melanie Klein, en su obra “Envidia y Gratitude” (1946), introduce el concepto de la envidia primordial, que puede surgir en situaciones de trauma. La envidia es vista como una defensa contra el dolor y la impotencia, proyectando estos sentimientos hacia figuras externas. En el caso de Ana, la culpa y la impotencia podrían estar relacionadas con una envidia inconsciente hacia su hermana por ser la receptora de la atención y el cuidado, aunque de manera traumática. Esta envidia reprimida puede manifestarse como culpa y auto-recriminación, perpetuando el ciclo de sufrimiento. Klein también sugiere que la culpa puede ser una defensa contra la envidia, donde el individuo prefiere sentir culpa por no proteger a la víctima en lugar de enfrentar la envidia por la atención que la víctima recibe.

Donald Winnicott destaca la importancia de un entorno seguro y facilitador para el desarrollo emocional saludable. En su trabajo “El Proceso de Maduración en el Niño” (1965), subraya cómo la falta de un ambiente contenedor en situaciones de trauma puede llevar a una desintegración del sentido de sí mismo y a la incapacidad de manejar el estrés y las emociones negativas. Para Ana, la falta de apoyo y la imposición de silencio por parte de su madre han contribuido a su estado emocional deteriorado. La falta de un entorno que valide y contenga sus emociones ha exacerbado sus síntomas y ha dificultado su proceso de recuperación. Winnicott sugiere que el desarrollo de un falso *self* puede ser una respuesta a la falta de un ambiente facilitador, donde el individuo presenta una fachada adaptativa que oculta su verdadero sufrimiento y necesidades emocionales.

Las madres juegan un papel crucial en la dinámica familiar y en la respuesta al abuso sexual infantil. Diversos factores contribuyen a que las madres opten por el silencio en lugar de denunciar el abuso. Estos factores incluyen el temor a la retribución, la vergüenza, la culpa y la protección del prestigio familiar. Además, las madres pueden enfrentar barreras estructurales y sociales que dificultan la denuncia del abuso. El miedo a las posibles consecuencias de denunciar el abuso, como la violencia del perpetrador, la pérdida de apoyo económico o la desintegración familiar, puede llevar a las madres a optar por el silencio. Este miedo puede estar basado en experiencias previas de violencia o en la percepción de la impotencia frente al

sistema judicial. El temor a la retribución puede ser exacerbado por un entorno social y legal que no brinda suficiente protección a las víctimas y a sus familias.

La vergüenza y la culpa son emociones que pueden llevar a las madres a no denunciar el abuso, ya que reconocerlo implica aceptar que ha ocurrido dentro de su familia y enfrentar su incapacidad para proteger a sus hijos. Estas emociones, agravadas por el estigma social y la falta de apoyo, pueden causar auto-recriminación y deterioro de la salud mental. En muchas culturas, donde el prestigio y la reputación familiar son valores centrales, las madres optan por el silencio para proteger la imagen de la familia, lo que perpetúa el ciclo de trauma y sufrimiento.

Las barreras estructurales y sociales también juegan un papel crucial en la decisión de las madres de no denunciar el abuso. La falta de apoyo institucional, la desconfianza en el sistema judicial y la falta de recursos adecuados para la protección de las víctimas y sus familias pueden dificultar la denuncia. Estas barreras pueden llevar a las madres a sentirse impotentes y desamparadas, perpetuando el silencio y el sufrimiento.

La decisión de no incluir a todos los familiares primarios en la terapia puede basarse en varios factores. En algunos casos, los terapeutas pueden decidir centrarse en el individuo más afectado o en aquellos que están dispuestos a participar activamente en el proceso terapéutico. Además, la dinámica familiar y las relaciones interpersonales pueden influir en quiénes son incluidos en la terapia. La dinámica familiar puede ser compleja y conflictiva, lo que puede dificultar la inclusión de todos los miembros en la terapia. Las tensiones y los conflictos no resueltos pueden hacer que la terapia grupal sea contraproducente, especialmente si algunos miembros no están dispuestos a participar o no reconocen la necesidad de intervención. La presencia de miembros conflictivos o resistentes puede dificultar el proceso terapéutico y crear un ambiente no seguro para la exploración emocional. La disponibilidad y la voluntad de los familiares para participar en la terapia son factores cruciales. No todos los miembros de la familia pueden estar dispuestos o ser capaces de comprometerse con el proceso terapéutico. La resistencia a enfrentar el trauma o la negación del problema pueden impedir que algunos familiares se involucren en la terapia. La

disponibilidad emocional y física de los miembros de la familia puede influir en su capacidad para participar de manera efectiva en el proceso terapéutico.

En algunos casos, los terapeutas pueden optar por centrarse en el paciente principal para proporcionar una intervención más enfocada y efectiva. Esto puede ser especialmente relevante cuando el paciente principal muestra síntomas severos y necesita una atención más intensiva. La focalización en el paciente principal permite al terapeuta trabajar de manera más directa y profunda con los conflictos y defensas del individuo, facilitando un proceso de recuperación más eficaz.

La salud mental de la madre es un factor crítico en la recuperación de toda la familia después de un trauma como el abuso sexual infantil. Las madres desempeñan un papel fundamental en la mediación del impacto del trauma y en el apoyo a sus hijos. La falta de apoyo y la imposición de silencio pueden tener consecuencias devastadoras para la salud mental de las madres, perpetuando el ciclo de trauma y sufrimiento. El silencio impuesto puede exacerbar los sentimientos de culpa y vergüenza, llevando a las madres a una espiral de auto-recriminación y desesperación. La falta de un entorno que valide y apoye sus emociones puede llevar a un aislamiento emocional y a un deterioro de su salud mental. El impacto del silencio puede manifestarse en síntomas psicósomáticos y emocionales, incluyendo depresión, ansiedad y trastornos del sueño.

Las intervenciones psicoanalíticas pueden ser particularmente efectivas para las madres que han optado por el silencio en lugar de denunciar el abuso. Estas intervenciones pueden incluir la exploración de los conflictos inconscientes, la interpretación de los mecanismos de defensa y la contención emocional. La transferencia y la contratransferencia juegan un papel crucial en el tratamiento, permitiendo a las madres proyectar sus sentimientos de culpa e impotencia hacia el terapeuta y facilitando la exploración y elaboración de estos sentimientos en un entorno seguro.

Las barreras estructurales y sociales que impiden que las madres denuncien el abuso son numerosas y complejas. Estas barreras incluyen la falta de apoyo institucional, la desconfianza en el sistema judicial y la falta de recursos adecuados para la protección de las víctimas y sus familias. La falta de apoyo institucional puede ser una barrera significativa para la

denuncia del abuso. Las instituciones encargadas de proteger a las víctimas y sus familias pueden carecer de los recursos y la capacitación necesarios para proporcionar un apoyo adecuado. Esta falta de apoyo puede llevar a las madres a sentirse impotentes y desamparadas, perpetuando el silencio y el sufrimiento. La desconfianza en el sistema judicial puede impedir que las madres denuncien el abuso. La percepción de que el sistema judicial es ineficaz o corrupto puede llevar a las madres a creer que la denuncia no tendrá resultados positivos y que podría incluso poner en peligro a sus hijos y a ellas mismas. Esta desconfianza puede estar basada en experiencias previas o en la falta de acceso a información y recursos adecuados. La falta de recursos adecuados para la protección de las víctimas y sus familias puede ser una barrera importante para la denuncia del abuso. La ausencia de servicios de apoyo, refugios y asistencia legal puede dificultar que las madres busquen ayuda y protección. Es fundamental garantizar que las víctimas y sus familias tengan acceso a los recursos necesarios para su recuperación y protección. Esto incluye la provisión de servicios integrales de salud mental, apoyo legal y recursos comunitarios.

El análisis del caso de Ana, desde una perspectiva psicoanalítica, revela la profunda interconexión entre el trauma individual y el colectivo dentro de la dinámica familiar. Las teorías psicoanalíticas de Freud, Klein y Winnicott ofrecen un marco valioso para comprender cómo el abuso sexual infantil y el silencio impuesto por la madre pueden perpetuar un ciclo de sufrimiento y disfunción. La identificación con el dolor de su hermana, la represión de sentimientos y la proyección de culpa son mecanismos de defensa que Ana ha desarrollado en respuesta al trauma, reflejando una lucha interna profunda y la necesidad de un entorno contenedor y de apoyo. La salud mental de las madres, como figuras centrales en la respuesta al abuso, es crítica para la recuperación de toda la familia, y requiere intervenciones específicas y recursos adecuados para superar las barreras estructurales y emocionales que perpetúan el silencio y el sufrimiento.

Historia clínica y presentación del caso

Paciente: Ana, 28 años.

Motivo de Consulta: Ana acude a terapia debido a episodios de depresión, ansiedad, ira, insomnio y arritmias cardíacas. También sufrió un aborto reciente. Estos síntomas surgieron tras descubrirse el abuso sexual de su hermana menor, Rita, de 12 años, perpetrado por su padrastro.

Antecedentes: Hace dos años, Rita comenzó a mostrar comportamientos disruptivos y consumo de sustancias, lo que llevó a una intervención psicológica que reveló el abuso sexual, iniciado cuando Rita tenía siete años. El padrastro se fugó al descubrirse el abuso, y la madre de ambas pidió silencio sobre el caso por temor y vergüenza.

Evaluación Inicial: En la primera sesión, Ana relata el impacto emocional del abuso en su vida. Expresa sentimientos de culpa, impotencia y una profunda tristeza, exacerbados por la repetición de los relatos de abuso durante la denuncia legal. Estos eventos han generado en Ana una sensación de desvalorización y aislamiento emocional.

Tabla 1. Sesiones terapéuticas y análisis psicoanalítico

Sesión 1: Evaluación y Construcción de la Alianza Terapéutica
Descripción de la Sesión: En la primera sesión, se establece una relación terapéutica de confianza, permitiendo a Ana expresar libremente sus emociones y experiencias. Se exploran las fantasías inconscientes y los conflictos internos que surgen a raíz del trauma de su hermana. La alianza terapéutica es esencial para crear un espacio seguro donde Ana pueda comenzar a enfrentar y elaborar sus sentimientos reprimidos.
Análisis Psicoanalítico: Una sólida alianza terapéutica es crucial en el tratamiento psicoanalítico, ya que brinda al paciente un sentido de seguridad y comprensión, lo que facilita la apertura emocional y la expresión de contenidos reprimidos (Freud, 1917). En esta fase, el terapeuta ofrece un entorno emocional seguro, permitiendo a Ana explorar sus fantasías inconscientes y conflictos internos relacionados con el trauma de su hermana. La confianza establecida es vital para el éxito del tratamiento, ayudando a Ana a sentirse segura para enfrentar sus emociones reprimidas y experiencias traumáticas.
Sesión 2: Exploración del Inconsciente y del Trauma
Descripción de la Sesión: Durante la segunda sesión, se profundiza en el trauma sufrido por Ana al escuchar los relatos de abuso de su hermana. Se utiliza la técnica de la asociación libre para explorar los sentimientos reprimidos y los pensamientos inconscientes. Ana revela su profunda culpa e impotencia, proyectando su propio sufrimiento en el relato de su hermana.

Análisis Psicoanalítico: La técnica de la asociación libre ayuda a acceder a los contenidos inconscientes de Ana, permitiendo expresar sus sentimientos reprimidos (Freud, 1917). La culpa e impotencia que proyecta al hablar de su hermana revelan mecanismos de defensa como la identificación proyectiva y la represión. Explorar estos mecanismos es crucial para entender cómo maneja su angustia y las fuentes de su sufrimiento emocional, proporcionando una base para su posterior elaboración y procesamiento.

Sesión 3: Interpretación y Contención Emocional

Descripción de la Sesión: En la tercera sesión, se interpretan los contenidos inconscientes emergentes, ayudando a Ana a dar sentido a sus emociones y a las defensas que ha desarrollado. Se enfoca en la contención emocional, la elaboración del duelo por la pérdida de su bebé y la infancia protegida de su hermana.

Análisis Psicoanalítico: La interpretación de los contenidos inconscientes es fundamental en la terapia psicoanalítica, ya que ayuda a Ana a comprender y elaborar sus emociones y defensas. La contención emocional ofrecida por el terapeuta permite a Ana procesar su dolor de forma segura y efectiva. Según Donald Winnicott (1965), un entorno facilitador que brinde esta contención es esencial para un desarrollo emocional saludable y para manejar el estrés y las emociones negativas. Elaborar el duelo por la pérdida de su bebé y la infancia protegida de su hermana es crucial para la sanación de Ana, ayudándola a integrar sus experiencias traumáticas y reducir su angustia emocional.

Sesión 4: Transferencia y Contratransferencia

Descripción de la Sesión: Durante la cuarta sesión, se trabaja la transferencia, observando cómo Ana proyecta sus sentimientos hacia el terapeuta. Se maneja la contratransferencia para mantener una relación terapéutica efectiva. Ana comienza a comprender su papel en la dinámica familiar y su relación con la figura materna, quien pidió silencio sobre el abuso.

Análisis Psicoanalítico: La transferencia, donde los pacientes proyectan emociones y conflictos inconscientes en el terapeuta, es central en la terapia psicoanalítica. En el caso de Ana, proyectar sus sentimientos de culpa e impotencia en el terapeuta permite una exploración más profunda en un entorno seguro. La contratransferencia, la respuesta emocional del terapeuta, debe manejarse con cuidado para evitar reactivar el trauma y mantener una relación terapéutica efectiva. Comprender el papel de Ana en la dinámica familiar y su relación con la figura materna es crucial para su sanación, ayudando a desentrañar conflictos inconscientes y promoviendo una mayor autocomprensión y resiliencia emocional.

Fuente: Elaboración propia a partir de las sesiones terapéuticas, 2024

Discusión

La salud mental de las madres que no denuncian el abuso sexual infantil es fundamental y necesita atención específica, ya que desempeñan un papel crucial en la recuperación de sus hijos. Al no denunciar, enfrentan una carga emocional significativa que afecta tanto a ellas como a sus hijos, manifestándose en intensos sentimientos de culpa, vergüenza y miedo. Estas emociones pueden llevarlas a reprimir sus sentimientos y evitar buscar ayuda, perpetuando un ciclo de sufrimiento y aislamiento.

La contención emocional es esencial para ayudar a las madres a procesar estas emociones. Las intervenciones psicoanalíticas ofrecen un espacio seguro para explorar y manejar sentimientos de culpa y vergüenza a través de la transferencia, lo que facilita la elaboración y liberación de estas emociones. Un manejo adecuado de la contratransferencia por parte del terapeuta es crucial para mantener una relación terapéutica efectiva.

Es fundamental educar a las madres sobre el impacto del abuso sexual en sus hijos y en ellas mismas. Comprender los efectos a largo plazo del abuso puede motivarlas a buscar ayuda y tomar medidas protectoras. El apoyo continuo mediante grupos de apoyo, terapia individual y recursos comunitarios puede ayudar a las madres a desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas y reducir el aislamiento emocional.

Las intervenciones psicoanalíticas también pueden fortalecer la resiliencia de las madres, permitiéndoles manejar el trauma y apoyar mejor a sus hijos. Explorar conflictos inconscientes y comprender los mecanismos de defensa puede ayudar a las madres a superar sus reacciones emocionales, facilitando su proceso de sanación.

Numerosas barreras impiden que las madres denuncien el abuso sexual infantil, incluyendo la vergüenza, el estigma social, el miedo a las consecuencias de denunciar, y la desconfianza en el sistema judicial. Para abordar estas barreras, es vital reducir el estigma social mediante campañas de sensibilización y ofrecer un entorno seguro y de apoyo, como refugios y servicios de protección.

La desconfianza en el sistema judicial se puede abordar con reformas que promuevan la transparencia, la eficiencia y la sensibilidad hacia las víctimas de abuso. Además, es esencial garantizar que las madres y sus familias tengan acceso a recursos como servicios de salud mental, apoyo legal y recursos comunitarios para su recuperación y protección.

El caso de Ana ilustra cómo el abuso sexual infantil puede afectar significativamente a los familiares cercanos. Desde una perspectiva psicoanalítica, se observa cómo los efectos del trauma se manifiestan y perpetúan dentro de la familia. La imposición de silencio por parte de la madre, un fenómeno común en casos de abuso refleja el uso de mecanismos de defensa como la represión para evitar el dolor emocional y la culpa.

En el caso de Ana, la represión se manifiesta en síntomas de melancolía, con su identidad y autoestima afectadas por el trauma de su hermana. La madre de Ana temía perder el apoyo económico del perpetrador, lo que refuerza la represión y la negación del trauma. Este miedo a las consecuencias económicas llevó a la madre a sugerir que permanecieran con el agresor, creyendo que esto evitaría la desestabilización financiera y emocional.

La proyección es otro mecanismo de defensa presente en Ana, quien proyecta su culpa e impotencia en el terapeuta, buscando una figura que pueda validar y manejar estas emociones. Este proceso es central en la terapia psicoanalítica, permitiendo al paciente explorar sus sentimientos en un entorno seguro. La transferencia y contratransferencia son fundamentales para comprender y manejar los sentimientos proyectados.

El análisis del caso de Ana revela la interconexión entre el trauma individual y colectivo dentro de la dinámica familiar. La identificación con el dolor de su hermana, la represión de sentimientos y la proyección de culpa son mecanismos de defensa desarrollados en respuesta al trauma, reflejando una lucha interna profunda y la necesidad de un entorno contenedor y de apoyo. La salud mental de las madres es crítica para la recuperación de toda la familia y requiere intervenciones específicas y recursos adecuados para superar las barreras estructurales y emocionales que perpetúan el silencio y el sufrimiento.

Conclusiones

Este estudio de caso destaca la importancia de una intervención psicoanalítica integral para abordar los efectos del abuso sexual infantil en los familiares cercanos. Es esencial proporcionar un entorno seguro y contenedor desde el inicio de la terapia para las víctimas indirectas, como los familiares de la víctima. Una intervención temprana puede ayudar a mitigar la somatización de la angustia y otros síntomas psicósomáticos, como los que experimentó Ana.

Los familiares, especialmente las madres, deben ser educados sobre los efectos del abuso sexual y la importancia de abordar el trauma de manera abierta. Esto puede reducir el estigma y la vergüenza asociados con el abuso, alentando a las familias a buscar ayuda en lugar de reprimir los hechos. Las madres necesitan apoyo psicológico especializado para manejar el trauma y superar las barreras para denunciar el abuso. La terapia debe centrarse en explorar conflictos inconscientes y en interpretar mecanismos de defensa como la represión y la proyección.

Uno de los desafíos más complejos es cuando una madre se siente vulnerable, desamparada por la falta de apoyo económico y temerosa de no poder cubrir las necesidades de sus hijos. Este profundo miedo puede reforzar la represión y la negación del trauma, perpetuando el ciclo de silencio y sufrimiento. El temor de quedarse sola y sin el apoyo del perpetrador puede llevar a una racionalización del abuso, manteniendo una aparente estabilidad a costa de la salud mental de toda la familia.

Las intervenciones psicoanalíticas deben incluir estrategias para fortalecer la resiliencia de toda la familia, no solo de la víctima directa. Esto implica trabajar en la cohesión familiar y en la creación de una red de apoyo sólida que pueda sostener a los miembros afectados. Es fundamental abordar las barreras estructurales y sociales que impiden la denuncia del abuso, como la desconfianza en el sistema judicial y la falta de recursos. Las instituciones deben proporcionar servicios de apoyo adecuados, refugios y asistencia legal para las víctimas y sus familias.

Las intervenciones deben adoptar una perspectiva integral que contemple los aspectos psicoanalíticos, legales y comunitarios. Este enfo-

que multidimensional es crucial para romper el ciclo de sufrimiento y disfunción, y para fomentar un entorno de sanación y apoyo para todas las personas afectadas. Se requiere más investigación que abarque una mayor diversidad de casos y enfoques terapéuticos. Estudios longitudinales y de casos múltiples pueden ofrecer una comprensión más profunda de los procesos de recuperación y resiliencia en contextos de abuso sexual infantil.

A manera de cierre, podemos decir que este estudio subraya la necesidad de una intervención psicoanalítica integral y sostenida para las familias afectadas por el abuso sexual infantil. Las madres y otros familiares necesitan estrategias específicas y recursos adecuados para manejar el trauma y superar las barreras para denunciar, asegurando así una mejor salud mental y justicia para las víctimas.

Referencias

- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Tratando Trastornos de Estrés Traumático Complejo: Una Guía Basada en la Evidencia*.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas de Sigmund Freud. Disponible en: https://www.psicoanalisis.com.ar/pdf/Freud_Duelo_y_melancolia.pdf
- Herman, J. L. (1992). *Trauma y Recuperación: Las Secuelas de la Violencia - Desde el Abuso Doméstico hasta el Terror Político*. Disponible en: <https://traumarecovery.com>
- Klein, M. (1946). *Envidia y Gratitud*. Obras Completas de Melanie Klein. Disponible en: https://www.psicoanalisis.com.ar/pdf/Klein_Envidia_y_Gratitud.pdf
- Winnicott, D. W. (1965). *El Proceso de Maduración en el Niño: Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional*. Disponible en: https://www.psicoanalisis.com.ar/pdf/Winnicott_El_proceso_de_maduracion.pdf

El tratamiento psicoanalítico a través de técnicas de transferencia y contratransferencia, para mejorar el nivel de bienestar socioemocional de pacientes con síndrome de Asperger

Mayra Hernández



Resumen

Este artículo presenta la experiencia clínica del tratamiento psicoanalítico de un paciente con síndrome de Asperger (SA), denominado AJ, a lo largo de tres fases que abarcaron diferentes etapas de su desarrollo. El objetivo principal fue mejorar el bienestar socioemocional de AJ mediante el uso de técnicas de transferencia y contratransferencia. El marco teórico se basa en los conceptos de Margaret Mahler sobre el desarrollo infantil y la separación-individuación, así como en la aplicación de la psicoterapia psicoanalítica en pacientes con SA.

La metodología consistió en un estudio de caso longitudinal que incluyó evaluación diagnóstica, entrevistas con padres y maestros, y sesiones de terapia de juego. Durante la primera fase, se trabajó en la integración de objetos internos escindidos y en la reducción de mecanismos de defensa como la escisión, la negación y la identificación proyectiva. En la segunda fase, se abordaron las ansiedades relacionadas con la transición a la adolescencia y los cambios en el entorno escolar. La tercera fase se centró en una terapia breve para enfrentar los desafíos de la vida universitaria y las relaciones interpersonales.

Los resultados mostraron una mejoría gradual en la capacidad de AJ para comprender y verbalizar sus emociones, así como para establecer relaciones más satisfactorias. El análisis subraya la importancia de transformar la fantasía inconsciente en pensamiento consciente para mejorar la comprensión del entorno y alcanzar un mayor bienestar socioemocional. La discusión examina las ventajas del enfoque psicoanalítico en comparación con otras terapias y reconoce que los pacientes pueden necesitar regresar a terapia en distintos momentos de sus vidas.

Palabras clave: Psicoanálisis, asperger, transferencia, contratransferencia, bienestar socioemocional

Introducción

Este trabajo tiene como objetivo examinar la experiencia de un caso de Síndrome de Asperger (SA) y las dificultades en la aplicación de la psicoterapia psicoanalítica. Utilizando las técnicas de transferencia y contratransferencia, se logró mejorar el bienestar socioemocional de un paciente con SA, a lo largo de diferentes periodos que abarcaban distintas etapas de su desarrollo. Se abordarán aspectos como la condición del Síndrome de Asperger, el marco teórico consultado, las técnicas terapéuticas utilizadas (transferencia y contratransferencia), la presentación del caso, su análisis, y una discusión sobre el enfoque empleado en comparación con otros, así como las conclusiones. El Síndrome de Asperger es un trastorno del neurodesarrollo que ahora se incluye dentro del trastorno del espectro autista y puede ser tratado desde la perspectiva de la psicoterapia psicoanalítica. Esta perspectiva emplea las técnicas de transferencia y contratransferencia para mejorar el bienestar socioemocional del paciente.

Marco Teórico

El síndrome de Asperger se caracteriza por dificultades o alteración en la interacción social, comunicación no verbal, rigidez mental y conductual, patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos, torpeza y déficits en las habilidades motoras y habilidad cognitiva normal o alta. Faridi y Khosrowabadi (2017), en base a su estudio de marcadores conductuales, cognitivos y neuronales del síndrome de Asperger, encontraron que McAlonan define que el síndrome de Asperger se caracteriza por comportamiento estereotipado y obsesivo y anomalías en el comportamiento socioemocional y comunicativo. Estos síntomas generan en los pacientes con síndrome de Asperger una desventaja a nivel social, emocional y comunicativa que afecta su bienestar según su etapa de desarrollo.

Margaret Mahler, una de las autoras psicoanalíticas especializadas en el desarrollo infantil, introduce el concepto del estado autista y considera que el infante experimenta las siguientes fases y subfases (Enciclopedia Internacional de Matrimonio y la Familia, 2024):

1. **Fase autística normal (primeras semanas)** es cuando el neonato parece ser un organismo casi puramente biológico, que opera en un sistema cerrado, sin distinguir lo interno de lo externo, y que está protegido de la estimulación abrumadora por una barrera de estímulo. En esta fase, su vida se centra en la satisfacción de necesidades internas como el hambre y la reducción de tensiones corporales. La gratificación de las necesidades del bebé por parte del cuidador es fundamental, y es a partir de esta experiencia de gratificación que el bebé comienza a diferenciar las experiencias “buenas” de las experiencias dolorosas “malas”.
2. **Fase simbiótica normal (1-5 meses)** es en un estado de unión simbiótica con la madre que pasa por cuatro subfases (diferenciación, práctica, acercamiento y camino hacia la constancia del objeto). Durante esta etapa el infante es dependiente completamente de su madre y ligeramente consciente del mundo externo. Cada experiencia envuelve procesos de crianza de mutuo afecto a través de sonrisas, abrazos, alimentación, y otras muestras de cariño para que el infante logre una confianza básica. El objetivo es que la madre guíe al infante a un sentido de sí mismo completo.
3. **Fase de Separación-Individuación (5 meses a 2 años y medio)**- una vez que el infante logre un sentido de seguridad dentro de la unidad simbiótica a partir del cuidado de la madre, comienza a ser consciente de que la madre es un objeto externo y por ende a percibir una diferenciación entre el yo y el otro. Al interactuar con el objeto percibido es capaz de entender qué y quién se percibe como diferente del propio cuerpo.
 - a. **Diferenciación (primera subfase de los 4 a 10 meses)** es un nacimiento psicológico donde el infante es más alerta y logra diferenciarse fuera de la unidad simbiótica. Es importante que la madre esté disponible en esta etapa para que el infante confíe en su objeto primario y por ende en el mundo exterior.

- b. **Práctica (segunda subfase de los 6 hasta 18 meses)** representa un cambio a una autonomía más funcional donde es capaz de explorar su entorno, pero regresa a su objeto primario para reabastecerse emocionalmente y asegurarse de su disponibilidad y contención. El objetivo es tener un sentido narcisista sano y sentido de autonomía. Cuando los infantes no logran este objetivo buscan ser constantemente validados y admirados para reconfirmar su sentido de valor. Los individuos narcisistas se sienten con autoridad, pero a la vez emocionalmente dependientes de aquellas personas a quienes le muestran una falta de empatía o preocupación. Y cuando se sienten decepcionados de los demás se enfurecen.
- c. **Acercamiento (tercera subfase de los 15 a 25 meses)** se caracteriza por conductas ambivalentes donde el niño busca autonomía, pero a su vez es consciente de sus limitaciones omnipotentes y regresa por contención del objeto primario. Puede comportarse de manera agresiva o con apego ya que está luchando por conciliar los aspectos buenos y malos del self y del otro. En este periodo, recurre mayormente a los mecanismos de defensa conocidos como escisión e identificación proyectiva. Los mecanismos de defensa, desde el psicoanálisis, se presentan como recursos inconscientes utilizados por el ego para aminorar la ansiedad que viven por la lucha interna entre el superyó y el ello. La escisión ayuda a conservar los aspectos “buenos” del otro y alejar los aspectos “malos” u odiados del otro. La proyección se usa para eliminar los aspectos “malos” e indeseables de sí mismo y atribuir esas partes indeseables a otro.
- d. **Camino hacia la constancia objetal (cuarta subfase de los 24 a los 36 meses)** que involucra todos los aspectos de las fases previas, en particular la confianza y seguridad brindada de la fase simbiótica. Una vez que el niño logre avances en su nivel de maduración y el uso del lenguaje podrá apropiarse de una imagen interna del objeto primario gratificante que ahora será parte de su estructura interna.

Este logro es un prerrequisito para que el niño sea capaz de formar relaciones sanas en las cuales no se viva la separación como abandono ni la cercanía como amalgamiento.

Estas fases consolidan la estructura psíquica desde el vientre materno y buscan reproducir desde la psique las necesidades biológicas, químicas, psíquicas y objetales. Mahler resalta un período muy sensible del desarrollo, que subraya la relación primaria entre madre y bebé y su importancia en los procesos intrapsíquicos. Ella señala que la madre transmite de diversas maneras un “marco reflejado de referencia” al que el yo primitivo del bebé se ajusta automáticamente. Si la preocupación primaria de la madre por su bebé, su función de espejo durante la primera infancia es impredecible, inestable, ansiosa o hostil, y su confianza en sí misma como madre es débil, el niño en proceso de individualización debe arreglárselas sin un marco de referencia confiable para gestionar perceptiva y emocionalmente al otro simbiótico. Esto resulta en una perturbación del “sentimiento de sí mismo” primitivo, que podría haber surgido de una simbiosis placentera y segura, de la que el niño no quería separarse de manera prematura o abrupta (Mahler, 1967). Horner añade que quienes tienen dificultades para diferenciar entre el self y el objeto suelen manifestar una separación defensiva de los demás, baja autoestima y un self grandioso o pseudo autosuficiente que les ayuda a compensar la falta de conexión con los demás (Enciclopedia Internacional de Matrimonio y la Familia, 2024).

La terapia psicoanalítica es un enfoque de terapia que por su origen requiere más duración, profundización y conocimiento del contexto del paciente. Es decir, se requiere establecer un vínculo significativo para poner en marcha algunas técnicas que facilitan el entendimiento e interpretación de sus conductas, deseos, emociones, pensamientos y memorias. El terapeuta que se entrena en el psicoanálisis trabaja de manera cercana con el paciente para ayudarlo a obtener una comprensión más profunda sobre su vida y a descubrir y crear la posibilidad de establecer relaciones interpersonales más satisfactorias y a sanar el daño causado por trauma del pasado y del presente (APA, 2022).

La psicoterapia psicoanalítica hace uso de dos técnicas valiosas dentro del espacio terapéutico conocido como la transferencia y contra-transferencia. La transferencia que no se puede desprender por sí sola de

la contratransferencia, es una respuesta mayormente inconsciente del paciente hacia el analista por el cual proyecta representaciones de objeto afectadas por traumas, pasiones, fantasías y conflictos que desea revivificar o actualizar (IPA, 2024).

La contratransferencia abarca la totalidad de sentimientos actitudes y pensamientos que puede tener un terapeuta ante y hacia su paciente. Es aquella posibilidad de conectar con el “otro” de manera casi intuitiva y tener la posibilidad de introyectar con facilidad el deseo, la carencia, la necesidad puesta del otro para que él terapeuta la analice a nivel consciente o, en ocasiones, adquiera puntos ciegos en el inconsciente terapéutico. Al momento de esclarecer los elementos que surgen de la contratransferencia le es posible al terapeuta trabajar con esta información y ayudar al paciente confrontar y apropiarse de sus conflictos internos. Para ayudar esclarecer ambos términos se entiende que la transferencia se centra en los procesos psíquicos del paciente en relación con el analista y la contratransferencia en los del analista en relación con el paciente (Kinugasa, Barros, Jemstedt, & Papiasvili, 2017).

Cohler y Weiner (2012) demuestran que las perspectivas psicodinámicas son relevantes para el tratamiento de personas con síndrome de Asperger (SA). Señalan que un problema fundamental en estas personas es la dificultad para comprender su propia mente y la de los demás. La psicoterapia psicoanalítica es crucial para ayudarles a manejar las dificultades y frustraciones a lo largo de su vida. Citando a Fonagy, afirman que los pacientes con SA pueden no ver la mentalización como una forma de auto-protección en un mundo que perciben como abrumador y confuso. A medida que los pacientes experimentan el esfuerzo del terapeuta por comprenderlos, pueden aprender que conocer la mente de otros es algo que se puede desarrollar y no debe ser temido. Además, en la relación terapéutica, mediante la transferencia y contratransferencia, el paciente y el terapeuta comienzan a compartir un espacio imaginario y creativo, esencial para la psicoterapia. El objetivo del tratamiento psicoanalítico en pacientes con SA a través de estas técnicas es mejorar su bienestar socioemocional.

Metodología

Este artículo de investigación se basa en un estudio de caso que involucra a una familia con un hijo con síndrome de Asperger, con quien se trabajó de manera intermitente a lo largo de 10 años, divididos en tres fases. El proceso comenzó con una entrevista a los padres, seguida de una evaluación diagnóstica, una devolución de los hallazgos y el establecimiento de los objetivos terapéuticos. Una vez iniciada la terapia, el paciente AJ fue atendido semanalmente, ya sea de manera presencial o en línea (modalidad adoptada después de la pandemia de COVID-19), hasta que se recomendaba un cierre basado en los objetivos alcanzados.

En la etapa inicial, se recopiló información a través de entrevistas con los padres y maestros, utilizando una batería de pruebas para evaluar las áreas de maduración cognitiva, funcional, social y emocional. Las sesiones se realizaron en un consultorio de psicoterapia, utilizando dibujos, juguetes y manualidades para facilitar la interacción con AJ en el espacio terapéutico. Las notas de las sesiones se tomaron en hojas y libretas, y se conservaron algunos dibujos realizados para su posterior interpretación. Se llevaron a cabo sesiones de supervisión para explorar y analizar el caso, tomando en cuenta las recomendaciones que beneficiaran el progreso del caso clínico.

La terapia psicoanalítica desarrolla una teoría enfocada en los niños, que permite encontrar simbolismo en la manifestación del inconsciente. A través de la terapia de juego, es posible identificar los conflictos internos y exponerlos al terapeuta mediante una observación completa y una escucha activa. La terapia de AJ se estructuró en tres fases que abarcaron diferentes etapas de su desarrollo. La primera fase fue la más extensa y profunda, mientras que las fases siguientes fueron más breves, pero igualmente importantes para ayudar a AJ a recuperar su estabilidad emocional y enfrentar los desafíos propios de cada etapa de su desarrollo.

En este análisis, comentaré sobre cada fase: su estado emocional, los objetivos terapéuticos, las técnicas utilizadas, los hallazgos y avances logrados, y el cierre realizado en cada etapa con AJ y sus padres, incluyendo los logros y desafíos enfrentados en cada fase.

Presentación del caso

Me reuní por primera vez con los padres de AJ en diciembre de 2011, donde aprendí más sobre los conflictos emocionales y sociales que AJ enfrentaba en el ámbito escolar y familiar. En las sesiones posteriores, se realizó una evaluación psicológica utilizando una batería de pruebas psicométricas y proyectivas, incluyendo la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger, la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC), y pruebas proyectivas (dibujo de persona, casa y familia). Estas pruebas apoyaron en el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico.

AJ asistió a su primera sesión acompañado de su familia. Era un niño de complexión mediana, con altura y peso acordes a su edad, tez morena clara, cara redonda, ojos grandes de color café oscuro, cabello negro y nariz puntiaguda. Su apariencia era ordenada y su discurso elocuente y formal. Sin embargo, su motricidad carecía de fortaleza, caminando con cierta torpeza. La familia se percibía como un núcleo unido (Figura 2), con un padre que solía ser el portavoz, de complexión grande, tez morena, maestro de profesión y dedicado a su familia y trabajo. La madre, más pasiva, mostraba cierto aplanamiento emocional y se mantenía distante. El hermano menor tenía una complexión más débil, era observador y cauteloso, y llamaba menos la atención que AJ.

Entrevista con papás

Su padre, quien me contactó por teléfono, expresó una preocupación inicial al llevar a su hijo a terapia. En la escuela le habían comentado sobre las dificultades de AJ para desarrollar relaciones sociales y sus reacciones inusuales y difíciles de manejar en ocasiones. La madre describió a AJ como un chico bueno e inteligente, con un interés particular en moldear figuras de plastilina. Sin embargo, su principal preocupación se centraba en el ámbito escolar, ya que AJ mostraba dificultades para relacionarse con sus compañeros. Mencionó que desde preescolar las maestras habían señalado que AJ no encajaba socialmente, aunque destacaban su inteligencia: “Desde pequeño ha sido muy inquieto y recuerdo que a los 2 o 3 años ya armaba rompecabezas de 500 piezas. Siempre ha sido un niño de 10, pero

últimamente esto ha cambiado. Desde que empezó cuarto de primaria, sus calificaciones han bajado a 6 o 7.”

Comentó que los niños de la escuela solían agredirlo y que ella tuvo que hablar con la maestra y con otros padres para que le ayudaran. Estas agresiones le preocupaban porque veía a AJ más distraído, angustiado y también muy irritable. Empezaba a cuestionarse si lo había descuidado sin darse cuenta. Esta preocupación se acentuó cuando en una revisión con el pediatra les sugirió cuidar el peso de AJ, ya que estaba aumentando. Recordó que después de esa visita, fueron al supermercado, y AJ pidió un pan grande; al regresar al auto, pidió permiso para comérselo, a lo que su padre respondió rápidamente: “No, ¿no ves que estás gordo?”. Ella le pidió que no le hablara de esa manera, pero el padre se justificó diciendo que a él también le hablaban así de niño. La madre mencionó que a menudo se siente como intermediaria, siendo más condescendiente con AJ, mientras que su padre es más estricto en su trato. Cuando llegaron a casa y AJ tomó un plátano, su padre le dijo: “O es el plátano o es el pan”. AJ se angustió y dijo que prefería no comer nada y que mejor vomitaría para no estar gordo.

Continuando con la entrevista, la madre mencionó que AJ había estado en terapia anteriormente durante un año, pero la terapeuta había considerado que estaba bien. Aunque las agresiones de sus compañeros habían cesado, AJ seguía percibiéndolos como agresivos y, a veces, se quejaba de que le hacían cosas que no eran verdad. Al finalizar la entrevista, se estableció un encuadre, acordando comenzar con una evaluación diagnóstica para entender mejor sus necesidades afectivas y determinar cómo abordar las sesiones posteriores.

Evaluación diagnóstica

Se consideraron todas las entrevistas y la batería de pruebas que se realizaron. Además, se analizó los dibujos proyectivos que hizo en las sesiones y se añadió toda la información al informe psicológico. En cuestión de su desarrollo cognoscitivo obtuvo un C.I. Total de 140 que lo ubica dentro de un rango superior al promedio, mostrando una capacidad para realizar y ejecutar actividades escolares y de la vida cotidiana. Los resultados de la escala Verbal (149) y la escala de Ejecución (76) muestran una correlación común en niños con síndrome de Asperger.

En cuestión del área socioemocional, AJ se mostró con rasgos generales de ansiedad, enojo, tristeza y dependencia emocional. Con la ejemplificación de los dibujos proyectivos (Figuras 1 y 2) se logró una interpretación más profunda de su yo en función a su entorno. Dada la edad de AJ, se observa un pensamiento concreto y fantasioso (figura 1), con bases psicoafectivas limitadas, dificultad para intimar o establecer vínculos y una tendencia a la desconfianza. AJ muestra signos de ansiedad, baja tolerancia a la frustración, y rasgos de agresión e impulsividad. Existe una falta de integración adecuada entre sus emociones y su intelecto. En términos de identidad, AJ presenta conflictos relacionados con su cuerpo y género.

Figura 1. Dibujo proyectivo de AJ



Fuente: Dibujo elaborado por AJ durante la etapa diagnóstica, 2011

En el dibujo, se observa un personaje agresivo y persecutorio, junto con cuatro figuras que idealizan al protagonista. Simbólicamente, esto representa la escisión entre un yo bueno e idealizado y un yo malo y agresivo. Ambas perspectivas se fusionan en un personaje que se eleva, pero tiene cuernos y una mirada diabólica, reflejando ansiedad y temor ante un mundo percibido como hostil. Al mismo tiempo, se evidencia una desconexión entre estos dos mundos y una sensación de grandiosidad, buscándose elementos de protección.

En el dibujo de la familia (figura 2) se observa una familia unida, pero con poca diferenciación e individuación entre sus miembros. AJ se

representa en el centro, entre su hermano menor y su padre, con quien parece tener una relación más cercana. Su hermano menor extiende el brazo para protegerlo, lo que indica una relación sobreprotectora. Aunque la madre no está excluida del núcleo familiar, no muestra una conexión directa con AJ. También incluye a su mascota, a quien percibe como una figura protectora y central.

Figura 2. Dibujo proyectivo de AJ, Familia



Fuente: Dibujo elaborado por AJ durante la etapa diagnóstica, 2011

Con base a los resultados de las pruebas que se realizaron se fundamentó el diagnóstico de síndrome de Asperger según el DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2006).

Tabla 1. Contraste de los criterios para el diagnóstico de síndrome de Asperger según el DSM-IV TR y los síntomas que presentó AJ

Criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)	Ejemplos de los síntomas que presentó AJ
A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada <i>al menos por dos</i> de las siguientes características:	Manifiesta 3 de 4 características
1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social	Muestra dificultad para sostener contacto visual, su postura corporal es rígida y carece de gestos reguladores y afectivos.
2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto	Desde muy pequeño han reportado sus maestros que tiene dificultad para establecer vínculos con sus compañeros
3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas, objetos de interés)	No aplica
4. ausencia de reciprocidad social o emocional	Se le dificulta responder a situaciones socioemocionales
B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:	Manifiesta 4 de 4 características
1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo	En la terapia de juego y en casa mostraba mayor interés por algún juego en particular durante un periodo de tiempo extenso (figuras de plastilina, personajes de Plantas vs Zombies, Minecraft, etc.)
2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales	Cada vez que experimentaba un cambio de rutina o ritual mostraba angustia, baja tolerancia a la frustración o crisis de ansiedad
3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)	Cuando tenía una crisis de ansiedad se colocaba en posición fetal y mecía su cuerpo
4. preocupación persistente por partes de objetos	Mostraba preocupación elevada hacia objetos y personas
C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.	AJ mostraba dificultad para establecer relaciones en todos los ámbitos lo cual le generaba conflictos o aislamiento

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).	AJ se expresa con un vocabulario amplio y formal que desarrollo desde muy pequeño.
E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.	Su CI es superior al promedio, muestra independencia en sus actividades cotidianas y puede adaptarse a diferentes ámbitos, aunque no sean de su agrado.
F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.	Se descartó cualquier otro trastorno del desarrollo

Fuente: Elaboración propia a partir del DSM-IV de APA, 2006 y sesiones diagnósticas de AJ, 2011

Discusión

Diversos estudios endógenos indican que el síndrome de Asperger es un trastorno del neurodesarrollo y que la genética juega un papel fundamental en las condiciones físicas, mentales y socioemocionales de una persona. Sin embargo, no podemos ignorar el contexto en el que una persona crece y se desarrolla, ni los objetos primarios a los que está expuesta. Aunque AJ nace con una condición neurodesarrollativa, la falta de un objeto primario capaz de proporcionar contención emocional contribuye al desarrollo de un cuadro clínico complejo. La madre de AJ también parece tener la misma condición, lo que sugiere la posible existencia de una predisposición genética en generaciones anteriores.

La terapia psicoanalítica requiere un tratamiento más profundo y prolongado en comparación con otros enfoques. A menudo es menos preferida debido a que muestra resultados a corto plazo menos evidentes. Por otro lado, el modelo cognitivo-conductual se enfoca en ayudar al paciente a comprender la relación entre conducta, emociones y sus consecuencias en un plazo más breve. Aunque los cambios rápidos en conductas inapropiadas, especialmente en niños, son beneficiosos, la terapia psicoanalítica sostiene que se necesita más tiempo, constancia y comprensión de lo

inconsciente para llegar a la raíz del conflicto y abordar las problemáticas subyacentes.

Es relevante mencionar que la teoría de Mahler ha sido criticada por algunos colegas, quienes argumentan que los bebés están preprogramados para relacionarse desde el nacimiento y no experimentan una fase autista o simbiótica. Estos críticos sugieren que los bebés buscan proximidad con sus cuidadores en lugar del apego ambivalente y la agresión descritos por Mahler. Sin embargo, cada teoría aporta un marco valioso que enriquece nuestra comprensión de las fases del desarrollo. Las investigaciones proporcionan fundamentos, evidencias y entrenamiento útiles para los profesionales de la psicoterapia. Al adaptar y aplicar estas teorías a los casos clínicos específicos, podemos comprender mejor las necesidades y objetivos terapéuticos de cada paciente.

Es importante señalar que, en un proceso terapéutico, el cierre no implica necesariamente un bienestar absoluto. Habrá momentos en los que el paciente pueda necesitar regresar a terapia. Es esencial que los pacientes sepan que siempre tienen la posibilidad de volver si es necesario. Mahler y su equipo creían que la dificultad para establecer límites y mantener una identidad propia podía resurgir en distintas etapas de la vida. En el caso de AJ, esta posibilidad se mantuvo abierta, y el regresar a terapia fue una forma de buscar equilibrio emocional y bienestar.

Hallazgos

Con el tiempo, el padre de AJ expresó la necesidad de iniciar su propio tratamiento. Se sentía identificado con AJ por el rechazo social que él mismo había sufrido desde niño y que necesitaba abordar. Su semblante reflejaba tristeza y vacío. Al conocer más a AJ y sus ciclos de depresión, culpa, rechazo y ansiedad, se hizo evidente la identificación con la figura paterna y la importancia de que el padre también recibiera tratamiento psicológico para reparar su propio daño emocional y, en consecuencia, ofrecer a AJ una perspectiva diferente.

La madre de AJ también se identificó con las características observadas en la evaluación diagnóstica, mencionando antecedentes de autismo en su familia, lo que sugiere una posible herencia genética. Aunque no

buscó terapia formalmente, utilizaba el deporte y la meditación para enfrentar sus desafíos sociales. Su dedicación al trabajo y disciplina en sus actividades indican que, aunque AJ recibió amor, la falta de habilidades de la madre para ofrecer contención y apoyo emocional adecuados pudo haber influido en el desarrollo de AJ desde una edad temprana.

Conclusión

El tratamiento psicoanalítico de pacientes con síndrome de Asperger (SA), aunque complejo, puede mejorar significativamente su bienestar socio-emocional. El caso de AJ ilustra cómo un proceso terapéutico extenso y profundo puede ayudar a estos pacientes a integrar aspectos fragmentados de sí mismos y de los demás, reducir la confusión y ansiedad que experimentan en su entorno, y desarrollar habilidades de autorregulación emocional e interacción social.

La aplicación de técnicas como la transferencia y la contratransferencia facilita la creación de un espacio seguro donde el paciente puede explorar y reestructurar su mundo interno. Es crucial que el terapeuta mantenga una actitud empática y contenedora, capaz de tolerar y analizar las proyecciones del paciente sin perder de vista los objetivos terapéuticos.

Este estudio destaca también la relevancia de considerar el contexto familiar y los posibles factores transgeneracionales en el abordaje del SA. La identificación de patrones similares en los progenitores puede abrir nuevas vías para un trabajo terapéutico más amplio que beneficie al sistema familiar en su conjunto.

Finalmente, se concluye que el éxito terapéutico debe medirse únicamente por la resolución completa de todos los síntomas, sino por la capacidad del paciente para manejar mejor sus dificultades, buscar apoyo cuando sea necesario y mantener un sentido de identidad más integrado. La terapia psicoanalítica proporciona un marco valioso para acompañar a las personas con SA en las distintas etapas de su desarrollo, promoviendo una adaptación más satisfactoria a los desafíos vitales.

Referencias

- APA. (2022, Agosto). Psychoanalysis. Retrieved from American Psychological Association: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/psychoanalysis>
- Cohler, B. J., & Weiner, T. (2012). La fortaleza interna: síntoma y significado en el Síndrome de Asperger. *Aperturas psicoanalíticas: revista internacional de psicoanálisis*(40), 208-221.
- Enciclopedia Internacional de Matrimonio y la Familia. (2024, mayo 15). Separación-Individuación. Retrieved from Encyclopedia.com: <https://www.encyclopedia.com/reference/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/separation-individuation>
- Faridi, F., & Khosrowabadi, R. (2017). Behavioral, Cognitive and Neural Markers of Asperger Syndrome. *Basic and Clinical Neurosciences*, 8(5), 349-359.
- IPA. (2024, febrero 24). Diccionario enciclopédico interregional de psicoanálisis de la API. Retrieved from International Psychoanalytical Association: www.ipa.world/IPA/Diccionario_enciclopédico_de psicoanálisis
- Kinugasa, T., Barros, E. M., Jemstedt, A., & Papiasvili, E. D. (12 de Abril de 2017). Diccionario enciclopédico interregional de psicoanálisis de la API. (C. e. interregional, Productor) Recuperado el Abril de 2024, de International Psychoanalytical Association: www.ipa.world/encyclopedic_dictionary
- Mahler, M. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 15(4), 740-763.
<https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/000306516701500401>
- Rubin, E. (2014). Addressing Social Communication in Asperger Syndrome: Implementing Individualized Supports across Social Partners and Contexts. In J. C. McPartland, A. Klin, F. R. Volkmar, & M. A. Felder,

Assesing and Treating High-Functioning Autism Spectrum Disorders
(pp. 179-208). New York: The Guilford Press.

El uso de recursos psicoterapéuticos aprendidos en un paciente de reincidencia clínica ambulatoria

Ivonne Hernández Gómez



Resumen

Asistir a un proceso de psicoterapia es sumamente importante, a pesar de los mitos y creencias aún presentes en la actualidad. La psicoterapia humanista es una corriente psicológica que se centra en el cliente o paciente, considerándolo como un ser único más allá de sus vivencias y contextos. El enfoque se basa en fomentar una conexión consigo mismo en un ambiente de confianza, respeto y responsabilidad, creando un vínculo psicoterapéutico abierto al trabajo. La reincidencia, lejos de ser vista como algo negativo, ofrece la oportunidad de reconectar con lo aprendido en procesos previos, potenciando así el desarrollo personal. El caso de Luis utiliza un enfoque cualitativo, a través de un método de estudio de caso clínico. Como resultado de este proceso de acompañamiento, el paciente pudo identificar sus propias habilidades o recursos innatos, reconocerlos y aplicarlos para resolver el motivo principal de su consulta y mejorar otros aspectos de su vida.

Palabras clave: Recursos personales, psicoterapia humanista, reincidencia psicoterapéutica.

Introducción

El enfoque humanista de la psicología se basa en la premisa de que cada persona posee un potencial inherente para el crecimiento y la autorrealización. Carl Rogers, uno de los principales exponentes de esta corriente, sostiene que “la cura no es un proceso de intelecto, sino de corazón” (Arias, 2015). Desde esta perspectiva, la terapia busca facilitar que el paciente se conecte consigo mismo, explore sus emociones, pensamientos y creencias, y aprenda a tomar decisiones conscientes y autónomas para superar sus dificultades y alcanzar un mayor bienestar emocional (Porta, 2015).

Las raíces del humanismo psicológico se encuentran en la fenomenología y en las ideas existencialistas de pensadores como Soren Kierkegaard, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre y Albert Camus. Estas ideas forman un movimiento que busca estudiar la conciencia humana como esencia (Arias, 2015).

Dentro de este enfoque psicológico son considerados cuatro aspectos que dan cuenta de la imagen de la persona; los cuales coinciden y dan pertenencia a este modo de hacer y pensar psicológico (figura 1).

Figura 1. Aspectos de la imagen de la persona en el enfoque humanista

Autonomía e independencia social

- La persona se ve como un ser activo capaz de influir en su propio desarrollo y asumir responsabilidad por su vida.

Autorrealización

- Es la tendencia hacia el crecimiento y la realización personal.

Orientación por la meta y el sentido

- Toda conducta es intencional, ya sea consciente o inconsciente, lo que influye en la construcción del Yo y la identidad.

Totalidad

- El ser humano es visto como un todo integrado, en conexión con su entorno.

Fuente: Elaboración propia a partir de Rosso y Lebl, 2006.

La psicoterapia es esencial para ayudar a los pacientes con problemas recurrentes a explorar y comprender sus conflictos internos, emociones y patrones de comportamiento que les impiden llevar una vida plena. El enfoque humanista de la psicoterapia destaca la importancia del individuo como un ser único y valioso, capaz de gestionar su propio crecimiento personal (Ortega, 2015).

Las principales ventajas del enfoque humanista en la terapia incluyen la promoción de la empatía, la aceptación incondicional y la congruencia por parte del terapeuta hacia el paciente. Según Rogers, “cuando una persona se siente comprendida y aceptada, tiene la capacidad de comprender y aceptarse a sí misma” (Rogers, s.f. en Ortega, 2015). Esto crea un entorno seguro en el que el paciente puede expresar sus emociones, confrontar sus miedos y encontrar formas de afrontar sus problemas. Rogers también afirma que “el proceso terapéutico consiste en ayudar al paciente a encontrar dentro de sí mismo las respuestas que busca” (Rogers, s.f. en Barceló, 2012).

Otra ventaja del enfoque humanista es su énfasis en el “aquí y ahora”, centrando la atención en la experiencia presente del paciente. Como señala Fritz Perls, “el proceso terapéutico se encuentra en el darse cuenta, en la toma de conciencia de lo que está sucediendo en el momento presente” (Perls, s.f. en Villegas, 2017).

Las reacciones humanas a los eventos de la vida varían y cambian constantemente, influenciadas por factores como la experiencia de vida, la resiliencia y la personalidad. La experiencia muestra que quienes han pasado por psicoterapia afrontan los problemas de manera diferente a quienes no lo han hecho. A pesar de los mitos persistentes sobre la psicoterapia, los beneficios de este acompañamiento son claros, aunque estos mitos a menudo dificultan que las personas busquen ayuda (Besora, 2001).

Este artículo analiza, a través de un caso clínico específico, los beneficios de la psicoterapia, especialmente cuando el paciente ha utilizado previamente recursos psicoterapéuticos. Se presenta un caso de reincidencia clínica ambulatoria debido a un duelo, destacando la importancia de la psicoterapia en la integración de experiencias y el manejo de situaciones difíciles.

Planteamiento del caso clínico

El propósito de este artículo es destacar las ventajas y diferencias que pueden presentarse en una persona durante un segundo proceso terapéutico en comparación con un proceso terapéutico inicial.

Luis, un joven de 27 años, acudió a mi consultorio en mayo de 2021, enfrentando un proceso de duelo tras la ruptura de una relación amorosa. Se sentía muy triste, desmotivado, con ganas de llorar constantemente, y creía que su vida había perdido sentido, pensando que nunca superaría este acontecimiento. Proveniente de una familia de clase media de Lázaro Cárdenas, Michoacán, Luis vivía solo en Morelia, Michoacán, donde estaba realizando su internado. Luis es médico y trabaja en empleos relacionados con la medicina, aunque su situación laboral es inestable. Manifiesta buena salud física, se identifica como cisgénero y tiene preferencia homosexual. Durante los momentos de crisis, experimenta rasgos de ansiedad, impulsividad, dependencia emocional y usa marihuana para aliviar su ansiedad.

Uno de los principales objetivos de la terapia era ayudarlo a superar el duelo y los “síntomas” asociados, como la tristeza y la falta de motivación. Trabajamos juntos durante un año y medio, tiempo en el que también surgieron otros temas importantes, como problemas familiares, dependencia, baja autoestima, inseguridad personal y el proceso de aceptación de su sexualidad. Estos factores contribuían a los sentimientos de tristeza y desesperanza que experimentaba durante su duelo, por lo que también era crucial abordarlos en la terapia.

Otro objetivo clave era que Luis reconociera herramientas que no solo lo ayudaran a superar su duelo actual, sino que pudiera emplear en cualquier momento de su vida cuando las necesitara. Al cumplir estos objetivos, decidimos seguir con el tratamiento para luego concluir su proceso terapéutico.

Un año y medio después del alta, Luis regresó al consultorio tras la pérdida de su pareja actual, enfrentando de nuevo un duelo por ruptura. Noté que algunas características y síntomas que había mostrado en la primera terapia reaparecían: tristeza, facilidad para llorar, desmotivación, consumo de marihuana, ansiedad y falta de sentido de vida. Cabe destacar

que muchas de estas manifestaciones son típicas del proceso de duelo. Sin embargo, también observé ciertas diferencias, especialmente en su perspectiva hacia el futuro. Luis reconocía que podía salir adelante, entendiendo que ya había superado una situación similar antes y creyendo que podía hacerlo nuevamente, aunque necesitaba ayuda para lograrlo.

Después de una sesión de entrevista y de identificar los recursos personales y áreas de oportunidad, comenzamos a trabajar con técnicas humanistas. A través de este enfoque y del uso de recursos psicoterapéuticos, ambos comenzamos a notar las diferencias y ventajas de haber vivido un proceso terapéutico previo.

Metodología

La metodología de este artículo se basa en un enfoque cualitativo a través de un estudio de caso. Durante el proceso terapéutico, se aplicaron diversas técnicas principalmente humanistas, como la escucha activa, el análisis de la información proporcionada por el paciente tanto verbal como no verbal, asignación de tareas, fantasías guiadas, técnica de la silla vacía, escritura de cartas, y el uso del reflejo y análisis de frases. Todo esto se realizó dentro de un clima terapéutico de confianza y respeto.

Los recursos personales del paciente se categorizaron siguiendo lineamientos generales de su comportamiento, lo que permitió realizar un análisis comparativo del impacto de ambos procesos de acompañamiento psicoterapéutico (ver Tabla 1). La información se recopiló a través de notas de seguimiento de cada sesión y bitácoras del proceso de acompañamiento en ambos momentos (documentación privada). Luego, se organizó en un cuadro comparativo por categorías, donde se registraron los datos de cada momento de atención psicoterapéutica: inicial y de reincidencia, para su posterior análisis. Esto facilitó la comparación de los recursos personales del paciente en cada etapa del tratamiento.

Resultados

Para el análisis de los momentos de acompañamiento psicoterapéutico se establecieron categorías a partir de la observación en el paciente, tomando en cuenta los principales recursos personales en los que se vieron mayor cambio tras el abordaje, lo que nos permite identificar la importancia de retomar elementos trabajados en procesos de acompañamiento psicoterapéuticos previos si existen en la persona, pues nos brindará una pauta de avance significativo para la solución del conflicto o motivo de consulta, así como la mejora de la calidad de vida del mismo. Por lo que en la siguiente tabla se muestran las ocho categorías identificadas y los elementos característicos que presentan cada una en cada momento de acompañamiento psicoterapéutico.

Tabla 1: Comparativo de los recursos en las dos ocasiones del proceso psicoterapéutico

Categorías	Primera vez que asistió a psicoterapia	Reincidencia en psicoterapia
Nivel de conciencia para identificar las afectaciones que siente.	Bajo. No sabe qué quiere, ni qué hacer. Siente que no tiene habilidades ni herramientas de solución.	Medio-Alto. Sabe lo que quiere lograr y reconoce sus habilidades y herramientas
Herramientas personales para solución.	No reconoce herramientas personales y siente que no puede con el proceso de duelo.	Reconoce herramientas y sabe que puede salir de ahí.
Lugar que se da a sí mismo.	Prioriza a los demás y busca que se sientan orgullosos de él.	Él es la prioridad o el primer lugar ante las situaciones o vivencias.
Responsabilidad: Posición propia ante la toma de decisiones.	Toma decisiones desde las opiniones y órdenes de los demás.	Toma decisiones desde lo que él quiere y necesita.
Prioridades	Como prioridad busca	Identifica la importancia

	satisfacer las opiniones, gustos y necesidades de los demás; y las propias las deja de lado, con frecuencia no las ve.	de ponerse y reconocerse primero ante los otros; lo que le gusta, lo que desea y lo que necesita y quien es como persona.
Relación con sus emociones	Las emociones las reprime, no las acepta y no las expresa.	Identifica y prioriza sus emociones, las acepta y las expresa adecuadamente.
Apego	Manifiesta apego ansioso en sus relaciones. Necesidad de modificar y controlar todo lo que él es para encajar con su pareja.	Manifiesta apego sano. Establece límites claros
Comunicación	No expresa lo que siente, quiere, necesita, lo que le duele, no quiere, es decir manifiesta una comunicación pasiva.	Comunica activa y asertivamente.

Fuente: Elaboración propia a partir del proceso psicoterapéutico, 2024

En la reincidencia al proceso de acompañamiento terapéutico que estoy llevando con mi paciente me pude percatar que presenta grandes diferencias y ventajas en comparación con el acompañamiento que proporcioné en primer instancia, por ejemplo; tiene un auto conocimiento mucho más elevado de sí mismo y de las situaciones que le rodean o acontecen en su contexto, lo que permite que reconozca en él las cualidades, habilidades, virtudes y herramientas con las que cuenta y que hacen que se valore o motive para seguir trabajando en él, buscando lograr su estabilidad emocional y superando el proceso de duelo de ruptura amorosa. Esto lo llevó a elevar su autoestima y comenzar a verse y escucharse primero a él para identificar qué es lo que quiere para sí mismo, así como las maneras o formas para lograrlo, sintiéndose más seguro de sus capacidades y decisiones.

Otra diferencia significativa es que Luis identificó los pendientes que le quedaron con la persona (expareja) y los resolvió de una manera asertiva y responsable, al igual que pudo establecer límites claros y sobre todo poniéndose a él en primer lugar; Luis logró no solo resolver el duelo por el cuál acudió a terapia; sino que también obtuvo herramientas

necesarias para afrontar diferentes situaciones en la vida y así mismo poder aplicar esas estrategias cuando las requiera a lo largo de su vida.

Además de lo mencionado o resultado anteriormente, Luis pudo identificar por medio de una tarea o actividad que tras este segundo encuentro de acompañamiento puede sentir y expresar lo siguiente: “Me reconozco, me celebro y vivo con orgullo la persona que soy” y que, por tanto, “Si hay alguien que me procura, soy yo”. (Luis, 2024)

Discusión

El caso de Luis ilustra de manera significativa el valor y la eficacia de la psicoterapia, especialmente en situaciones de reincidencia clínica. La comparación entre la primera intervención y la actual revela mejoras sustanciales en diversos aspectos del funcionamiento psicológico del paciente.

La notable mejora en el autoconocimiento de Luis demuestra cómo la terapia puede proporcionar herramientas para la introspección y el análisis de las propias experiencias. Este aumento en la conciencia de sí mismo no solo facilitó el proceso de duelo, sino que también contribuyó a una mayor estabilidad emocional general. La capacidad de Luis para identificar sus cualidades, habilidades y recursos internos sugiere un fortalecimiento de su autoestima y resiliencia.

La habilidad adquirida por Luis para resolver asuntos pendientes con su expareja de manera asertiva y responsable indica un desarrollo significativo en sus habilidades de comunicación y resolución de conflictos. El establecimiento de límites claros, priorizando su propio bienestar, refleja un cambio positivo en su autoconcepto y en la forma de relacionarse con los demás.

Un hallazgo particularmente relevante es la capacidad de Luis para aplicar las herramientas aprendidas en terapia a diversas situaciones de su vida. Esto sugiere que la terapia no solo abordó el problema específico del duelo, sino que también proporcionó estrategias de afrontamiento generalizables, lo cual es un indicador de la eficacia a largo plazo del tratamiento.

Las declaraciones de Luis sobre reconocerse, celebrarse y vivir con orgullo quién es, indican un cambio profundo en su autopercepción y autoestima. Este fortalecimiento de la identidad puede considerarse un logro terapéutico fundamental, con potenciales beneficios a largo plazo en múltiples áreas de su vida.

La resolución más rápida y eficiente del duelo en esta segunda intervención sugiere que las habilidades y conocimientos adquiridos en la terapia anterior fueron retenidos y aplicados efectivamente. Esto resalta la importancia de la psicoeducación y el desarrollo de habilidades como componentes clave de la terapia.

Conclusiones

Este caso demuestra que la reincidencia en terapia no debe verse como un fracaso del tratamiento anterior, sino como una oportunidad para reforzar y ampliar los beneficios terapéuticos. La segunda intervención no solo fue más eficiente, sino que también produjo resultados más profundos y duraderos.

Más allá de la resolución de problemas específicos, la psicoterapia se revela como un poderoso instrumento para el crecimiento personal y el desarrollo de habilidades de vida. El caso de Luis ejemplifica cómo la terapia puede conducir a una mayor autoconciencia, autorregulación emocional y capacidad para enfrentar desafíos futuros.

Los resultados observados sugieren que los beneficios de la psicoterapia pueden extenderse mucho más allá del período de tratamiento, proporcionando herramientas y estrategias que el paciente puede aplicar de forma autónoma en diversas situaciones de la vida.

Este caso respalda la idea de que la psicoterapia no debe limitarse a situaciones de crisis, sino que puede ser una valiosa herramienta para el mantenimiento y mejora de la salud mental en general. Fomenta una visión proactiva de la salud mental, donde el autoconocimiento y el desarrollo personal son objetivos continuos.

La eficacia observada en este caso subraya la importancia de adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades específicas y a la historia previa de cada paciente, aprovechando los aprendizajes y experiencias anteriores para potenciar los resultados del tratamiento actual.

Pese a los estigmas que aún persisten respecto a la salud mental y su tratamiento, este caso proporciona evidencia convincente del valor de la psicoterapia como una herramienta transformadora, capaz de promover no solo la resolución de problemas específicos, sino también un crecimiento personal integral y duradero. Sugiere que la inversión en salud mental a través de la psicoterapia puede tener beneficios significativos y de largo alcance, tanto para los individuos como para la sociedad en su conjunto.

Referencias

- Arias Gallegos, W. L. (2015). Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Avances en Psicología*, 23(2), 141–148. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.158>
- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 70(136), 123-160.
- Besora, M. V. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: El proceso del cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12(46/47), 73-118.
- Luis. (2024). [Bitácora de seguimiento del paciente]. Archivo personal.
- López Ortega, M.A. (2009). La psicoterapia humanista, *Psicología.com*, 13(1), 1-13.
- Rosso, M. A., & Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenológica. *Revista Ajayu*, 4(1), 90-117.
- Sendra, T. D. (2020). *Inteligencia Emocional: Lo que poco se explica de nuestra vida afectiva*. Cerrando Círculos Digital.
- Porta, L. (2015). Narrativas sobre la enseñanza en torno a la “didáctica de autor”. Las maravillas cotidianas que abren a la percepción en el aula universitaria. *Revista del IICE*, (37), 41-54.
- Villegas López, P. (2017). El darse cuenta. Diferencias y similitudes entre la terapia Gestalt y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Tesis de licenciatura, Universidad de Almería

Intervención psicoanalítica breve en estrés postraumático: caso de un adolescente tardío

Alicia Huante Govea



Resumen

Este estudio de caso presenta la intervención psicoanalítica breve en un paciente de 21 años diagnosticado con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) tras un grave accidente automovilístico. Se utilizó la Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) junto con el modelo CASIC para evaluar y tratar las áreas conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva. El tratamiento, que duró 16 sesiones, resultó en una significativa reducción de los síntomas de TEPT y mejora en el funcionamiento general del paciente. Un seguimiento a los 8 años mostró resultados positivos a largo plazo. Este caso destaca la eficacia de la PPB en el tratamiento del TEPT en adolescentes tardíos y la importancia de una intervención temprana y focalizada.

Palabras clave: Psicoterapia psicoanalítica breve, trastorno por estrés post-traumático (TEPT), adolescente tardío, modelo CASIC.

Introducción

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en adolescentes tardíos representa un desafío clínico significativo, especialmente cuando se origina a partir de eventos traumáticos que amenazan la vida, como los accidentes automovilísticos graves. Este estudio de caso tiene como objetivo evaluar la eficacia de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) en el tratamiento del TEPT en esta población específica.

Según el CIE-10 F43.1, el TEPT surge como una respuesta retardada a un suceso o situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, capaz de causar angustia generalizada en casi cualquier persona. La psicoterapia breve permite abordar conjuntamente los desafíos del proceso adaptativo, en coordinación con el tratamiento médico, para evitar estancamiento o retroceso y prevenir estados patológicos. Esto se realiza teniendo en cuenta los indicadores biológicos específicos de los pacientes con TEPT para personalizar el tratamiento.

Este trabajo presenta el caso de Miguel, un joven de 21 años identificado como adolescente tardío, diagnosticado con TEPT tras haber sufrido un grave accidente automovilístico que puso su vida en peligro. El accidente le causó traumatismo craneoencefálico, lesión ocular izquierda y fracturas en el hombro y pierna izquierda, exponiéndolo a un riesgo significativo de muerte. Estas lesiones provocaron una alteración considerable en su equilibrio psicológico y fisiológico, afectando su homeostasis y salud, lo cual representó un desafío crítico en su desarrollo. Mediante entrevistas psicológicas iniciales y complementarias, tanto directas como indirectas, se identificó la estructura de personalidad neurótica de Miguel, y se utilizó el modelo CASIC para evaluar las áreas de afectación.

El TEPT se manifestó aproximadamente seis semanas después del accidente, evidenciando la necesidad de un proceso adaptativo que empleara los recursos personales del paciente para enfrentar la situación. Desde la perspectiva del tratamiento psicoanalítico, mediante psicoterapia breve y utilizando el modelo CASIC para guiar las intervenciones, el objetivo fue lograr estabilidad y control emocional, reducir la angustia, restablecer el funcionamiento normal del paciente y retornar a un estado anterior al

TEPT. La finalidad de presentar este caso es mostrar la evolución y mejoría del paciente.

Es importante destacar que, como parte de las consideraciones éticas, se obtuvo el consentimiento informado del paciente para su tratamiento y para la publicación de este caso, asegurando la confidencialidad mediante la modificación de detalles identificativos.

Marco Teórico

Para comprender e intervenir en el TEPT, el proceso psicoterapéutico destaca la importancia de la transferencia y contratransferencia, así como la motivación que lleva a una persona a buscar ayuda profesional (Ingelmo Fernández, 2019). Según la teoría del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), los eventos estresantes pueden resultar en dos posibles resultados: la superación de adversidades, que puede llevar a un crecimiento personal y mejorar la calidad de vida, o un estado de estancamiento, retroceso o fracaso en la adaptación a una nueva realidad. Por lo tanto, la intervención psicoterapéutica debe enfocarse no solo en reducir síntomas, sino también en fortalecer la capacidad del individuo para superar adversidades y restablecer su equilibrio psicológico.

En el caso de un adolescente en fase tardía, es crucial considerar los desafíos propios de esta etapa, que, según Inhelder y Piaget (1958), implica un desarrollo significativo del pensamiento abstracto y la capacidad de razonamiento hipotético-deductivo. No obstante, la exposición a un evento traumático puede impactar negativamente en el desarrollo físico, psicológico y emocional de un adolescente (Comas-Díaz y otros, 2019).

Mediante una intervención psicoanalítica breve, que integra aspectos transferenciales y contratransferenciales en la relación terapeuta-paciente, se facilita el proceso terapéutico al identificar y trabajar con los aspectos inconscientes del paciente (Freud, 1912; Santamaría Ambriz, 2002). Los conflictos internos se utilizan para promover los cambios necesarios, reconociendo las experiencias pasadas y presentes del paciente, así como el apoyo familiar y las relaciones objetales. Esto incluye la figura de una

madre “suficientemente buena” para lograr las metas terapéuticas (Winnicott, 1965).

La Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) se basa en un esquema referencial psicoanalítico que concibe la salud y la enfermedad como el resultado de la interacción de dos ejes (Parres, 1997): uno vertical, que abarca las etapas de la evolución de la libido, desde la etapa oral hasta la genital; y uno horizontal, relacionado con la evolución de las relaciones ob-jétales.

De acuerdo con S. Freud, H. Kohut, H. Rosenfeld, y A. Green (Sánchez-Domínguez J. P., 2007), la PPB aborda la evolución de la libido y el desarrollo de posiciones psíquicas, desde el narcisismo hasta las posiciones esquizoparanoide y depresiva, culminando en una integración saludable (Tubert Oklander, 1999; Fairbairn, 2013; Klein, 1964).

El modelo CASIC (Slaikeu K. A., 1996) se emplea para evaluar cinco subsistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo. Este modelo proporciona una visión integral del funcionamiento del paciente, relacionando su sentido de sí mismo y su percepción del mundo externo, lo cual es esencial en el tratamiento de TEPT.

Descripción del caso y evaluación diagnóstica

Miguel, un joven de 21 años, perteneciente a un estrato socioeconómico medio-bajo y con antecedentes de neurosis, fue remitido a terapia psicoanalítica en estado de crisis tras haber sufrido un accidente automovilístico que lo puso en riesgo de muerte. Miguel relata que, mientras conducía su vehículo y avanzaba con el semáforo en verde, fue embestido por un coche cuyo conductor, a exceso de velocidad, ignoró la señal de alto. Este accidente le provocó un traumatismo craneoencefálico, una lesión ocular en el ojo izquierdo con riesgo de pérdida del órgano, y fracturas en el hombro y la pierna izquierda (tibia y peroné). Miguel estuvo aproximadamente dos semanas en estado de inconsciencia médica, intubado debido al traumatismo craneoencefálico. Al recuperar la conciencia y la percepción de la

realidad, comenzó a manifestar síntomas de estrés postraumático (TEPT), los cuales se intensificaron al regresar a su domicilio.

Miguel acudió a su primera consulta en septiembre, poco más de un mes después del accidente. Durante esa sesión, narró entre lágrimas lo sucedido. Tras el evento traumático, Miguel experimentó miedo constante, reviviendo repetidamente el accidente. Manifestó inquietud ante los cambios en su vida, llanto frecuente tanto de día como de noche, alteraciones en el sueño, un estado de ánimo persistentemente negativo, anhedonia, culpa y respuestas de sobresalto exageradas. Según los criterios del DSM-5 para TEPT, Miguel presentaba síntomas de reexperimentación del evento traumático, evitación de estímulos relacionados con el trauma, alteraciones cognitivas y emocionales negativas, y cambios en la alerta y reactividad.

Estos síntomas persistieron de manera significativa durante todo el mes, representando un riesgo para su recuperación física y psicológica, y afectando la dinámica familiar. Esta situación causó un malestar clínico significativo, cumpliendo con los criterios diagnósticos para TEPT.

Para evaluar y tratar las áreas afectadas, se utilizó el modelo CASIC. En el aspecto conductual, se trabajó en la restauración de rutinas diarias y comportamientos adaptativos. En lo afectivo, se abordaron los sentimientos de miedo, tristeza e impotencia. En el ámbito somático, se integró la terapia psicológica con la rehabilitación física. En lo interpersonal, se fortaleció el apoyo familiar y social. Finalmente, en el aspecto cognitivo, se trabajó en la reestructuración de pensamientos negativos y creencias disfuncionales relacionadas con el trauma.

Abordaje Terapéutico

Los objetivos establecidos para este caso incluyen la modificación de los síntomas, la eliminación del sufrimiento y las inhibiciones que dificultan una vida normal, así como la activación y fortalecimiento de las funciones vitales del paciente. Se buscó lograr modificaciones favorables, lo cual es factible en este caso debido a que se trata de un paciente neurótico con antecedentes de adaptación.

El proceso de Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) se planificó con una duración de entre 3 y 6 meses. Inicialmente, las sesiones se realizarían dos veces por semana durante las primeras cuatro semanas, y luego una vez por semana, para asegurar la continuidad y el beneficio del tratamiento para el paciente. El enfoque del tratamiento se centró en establecer una relación terapéutica segura y contenedora, facilitar la expresión emocional y la elaboración del trauma, identificar y abordar los conflictos inconscientes subyacentes, y fortalecer las funciones egoicas y los mecanismos de afrontamiento.

Se estableció que el tratamiento debía avanzar de manera regresiva, utilizando transferencia tanto positiva como negativa, para acceder a la neurosis del paciente. Se adoptó una pauta de atención flotante combinada con intervenciones más directivas en la asociación libre. Además, se mantuvo contacto con la familia según fue necesario y conveniente. Se permitió la regresión solo hasta el punto en que favoreciera la obtención de *insight* tanto para el paciente como para su familia, prestando especial atención a los mecanismos de defensa. La interpretación psicoanalítica fue cuidadosamente aplicada, con un enfoque en los objetivos específicos del tratamiento, manteniendo siempre una relación de confianza y armonía entre el terapeuta y el paciente. Se subrayó la importancia del apoyo de un psicoterapeuta con formación en análisis personal.

La gravedad de las lesiones y síntomas de Miguel, así como su impacto en su vida cotidiana, determinaron la necesidad de una intervención psicoanalítica intensiva, con sesiones de 50 minutos dos veces por semana durante las primeras cuatro semanas. La terapia se centró inicialmente en proporcionar un espacio terapéutico donde Miguel pudiera expresar libremente sus experiencias traumáticas. Se utilizaron técnicas de escucha activa, empatía y contención emocional. A medida que avanzaban las sesiones, se identificaron conflictos inconscientes relacionados con sentimientos de indefensión, vulnerabilidad y desamparo, vinculados a experiencias tempranas con sus cuidadores primarios. La asociación libre permitió acceder a este material reprimido.

Durante las sesiones, en la transferencia, Miguel tendía a repetir patrones de desconfianza y miedo, especialmente en relación con su recuperación física y mental y con los recursos necesarios para afrontar posibles

secuelas permanentes del accidente. Manifestaba tristeza, impotencia y la necesidad de actuar de inmediato frente a las exigencias de su autocuidado y los tratamientos médicos y de rehabilitación. Estos patrones fueron interpretados y relacionados con ansiedades de separación y abandono no resueltas de etapas previas de su desarrollo.

Resultados y seguimiento

Después de seis semanas de intervención intensiva, que incluyeron un total de 16 sesiones, Miguel mostró una notable mejoría en su sintomatología de TEPT. Hubo una reducción significativa de los síntomas de reexperimentación y evitación, una mejora en su estado de ánimo, y una disminución de la ansiedad. Además, se observó un claro progreso en su rehabilitación física y neurológica, así como avances significativos en su reincorporación gradual a actividades académicas y sociales.

La cánula endotraqueal fue retirada a la semana de iniciar el tratamiento, lo que permitió a Miguel desarrollar notables mejoras en su lenguaje verbal, a pesar de las reservas médicas iniciales sobre un posible daño en el lóbulo frontal izquierdo. Aunque se había diagnosticado un posible daño irreversible sin certeza del grado de afectación, posteriormente se descartó la pérdida ocular, y la visión borrosa mejoró paulatinamente, permitiéndole retomar la lectura, siempre bajo autorización médica. Miguel también logró resolver problemas matemáticos, comenzando con operaciones básicas y progresando a operaciones complejas.

El apoyo de su madre, maestra de nivel medio superior especializada en fisicomatemáticas, fue fundamental para establecer un vínculo sólido que apoyó su recuperación neurológica, tanto en la lectoescritura como en el restablecimiento de sus funciones motoras. Para su rehabilitación, se destacó la importancia de mantener una actividad física sistematizada como parte de un plan de vida preexistente, ajustado según las directrices médicas. Se aumentó gradualmente el número de repeticiones en las actividades de rehabilitación, siempre bajo supervisión médica.

Aunque Miguel aún presentaba síntomas residuales, como sentimientos de tristeza, su evolución física y emocional mejoró continuamente. Estos síntomas fueron disminuyendo gracias al apoyo médico y a la integración de actividades que fortalecieron su motivación y le ayudaron a encontrar un nuevo sentido de vida, centrado en su recuperación total. Este proceso culminó con el alta médica y, posteriormente, con el alta en el espacio de consulta de psicoterapia. Como muestra de agradecimiento, Miguel elaboró una figura de barro.

Ocho años después, Miguel solicitó una entrevista informal de seguimiento, en la que compartió que es un profesional preparado en ingeniería civil. Habló de sus logros y expresó su agradecimiento por el tratamiento recibido, manifestando sentirse muy satisfecho con la vida que lleva actualmente.

Conclusiones

La psicoterapia psicoanalítica es una disciplina amplia en su conceptualización, y las formas de abordar lo psíquico también lo son, lo que sugiere que, más que una escuela fija, es una orientación metodológica diversa. Según Lopera, esta orientación integra diversas propuestas que tienen sus raíces en el psicoanálisis freudiano. Algunas corrientes se basan en los fundamentos del psicoanálisis clásico, otras han sido reformuladas de manera radical, y algunas ocupan una posición intermedia, conservando ciertos principios fundamentales mientras desarrollan nuevos conceptos para el abordaje psicoterapéutico.

El modelo CASIC se ha demostrado como una herramienta eficaz para abordar casos de estrés postraumático en situaciones críticas, no solo al enfocarse en los síntomas del TEPT, sino también al facilitar la adaptación psicosocial post-trauma. Este modelo ofrece una continuidad en el tratamiento y ayuda a prevenir el abandono prematuro, subrayando la importancia de una intervención temprana desde los primeros signos del cuadro clínico.

Este caso demuestra el potencial de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve (PPB) combinada con el modelo CASIC en el tratamiento del TEPT en adolescentes tardíos. Los resultados sugieren que este enfoque puede ser efectivo para reducir los síntomas de TEPT y mejorar el funcionamiento general, con beneficios a largo plazo. Además, estos resultados son consistentes con la literatura que indica que las intervenciones tempranas y focalizadas pueden prevenir la cronificación del TEPT (van der Kolk y otros, 2014).

Aunque este estudio de caso proporciona información valiosa, tiene limitaciones en cuanto a su capacidad de generalización. Se necesitan estudios con muestras más grandes para confirmar la eficacia de este enfoque terapéutico en poblaciones similares. Futuros estudios podrían explorar la combinación de la PPB con otras modalidades terapéuticas para el tratamiento del TEPT.

Referencias

- American Psychiatric Assotiation. (2013). DSM- 5. Estados Unidos de Norteamérica: Medica Panamericana.
- APA, A. P. (2013). DSM-5. Estados Unidos de Norteamérica: Medical panamericana.
- Bareiro, J., & Bertorello, A. M. (2011). *Ontología de las relaciones objetales en Winnicott: útil, obra de arte y cosas*. Obtenido de III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: <https://www.academica.org/000-052/707>
- Bellak, L. (2013). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual Moderno.
- Blos, P. (2011). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Amorrortu.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida: Edición renovada*. Morata.
- Comas-Díaz, L., Nagayama Hall, G., Salón, & Neville, H. A. (enero de 2019). Racial trauma: Theory, research, and healing: Introduction to the special issue. *PubMed*, 1(5), 1-5. <https://doi.org/10.1037/amp0000442>
- Etchegoyen, R. H. (2005). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.
- Fairbain, W. R. (2013). *Psychoanalytic studies of the personality*. Routledge & Kegan Paul.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Amorrortu.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Amorrortu.
- Freud, S. (1912). *El concepto del inconsciente en el psicoanálisis*. Amorrortu.
- Freud, S. (1973). *Tres Ensayos para una Teoría sexual*. Biblioteca Nueva.

- Freud, S. (1976 a 1985). Psicoanálisis y Teoría de la libido (1922), *Obras Completas* (Vol. 18). Amorrortu.
- Freud, S. (1991). *El yo y el ello y otras obras: En obras completas*, Tomo XIX. Amorrortu.
- Galán Rodríguez, A. (2016). La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 36(129), 45-61.
- García Arenzo, M. E. (1997). La psicoterapia psicoanalítica breve o focalizada. *Revista cubana de psicología*, 14(1), 121-126. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-cubana-de-psicologia>
- García Arzeno, M. E. (1997). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Impresiones Sudamérica.
- Hartmann, & Heinz. (2010). *La Psicología del Yo y el problema de adaptación*. Paidós.
- Ingelmo Fernández, J. (2019). Abordaje psicoanalítico del trauma I. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis* (61). <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001070>
- Jung, C. G. (2023). *El hombre y sus símbolos*. Paidós.
- Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y fortalecimiento controversias. (O. Kernberg, Ed.) *Revista psicoanalisis*, XXVIII(N°1), 145-148.
- Kernberg, O. (2004). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. Manual Morderno.
- Kernberg, O. (2017). Convergencias y Divergencias en la Técnica Psicoanalítica. *Revista CES*, 10(1), 83-98.
- Klein, M. (1964). *Contribuciones al psicoanálisis*. Home.
- Lacan, J. (1966). *Escritos I*. Siglo XXI Editores.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

- Lopera Ecjavarría, J. D. (2015). A propósito del programa de psicología de la Universidad de Antioquia en sus 40 años. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 7(2), 61-176.
- Mannoni, M. (2002). *Un saber que no se sabe: La experiencia analítica*. Gedisa.
- Michel, S. A. (2007). Contribuciones al psicoanálisis relacional. *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*, 1-23.
- Miller, J. A. (2009). *Conferencias porteñas*, Tomo I. Paidós.
- Noble, D. (2008). Claude Bernard, the first systems biologist, and the future of physiology. *Experimental Physiology*, 93(1), 16-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1113/expphysiol.2007.038695>
- Parres, J. (Diciembre de 1997). Intervención en crisis y psicoanálisis. *Acheronta*(6). <https://www.acheronta.org/acheronta6/interv-crisis.html>
- Rendón, M. I., & Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. *Hallazgos*, 8(16), 219-242.
- Sanchez. Dominguez, J. P. (2016). Estudio de caso: una manera de investigar en psicoanálisis. *Ajayu*, 14(1), 7-22.
- Sánchez-Domínguez, J. P. (2007). Transferencia y clínica psicoanalítica. *Antropos Moderno: Revista de psicoanálisis y cultura* (24)1.
- Sánchez-Domínguez, J. P. (2013). Pierre Rivière: Un caso de parricidio descrito por M. Foucault. *Semantic Scholar*, 40-51. <https://doi.org/https://api.semanticscholar.org/CorpusID:191710623>
- Santamaría Ambriz, R. (2002). Acerca del método psicoanalítico de investigación. *Universidades* (23), 49-63.
- Slaikou, K. A. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. Manual moderno.
- Tubert Oklander, J. (1999). Proceso psicoanalítico y relaciones objetales. Aperturas psicoanalíticas: *Revista de psicoanálisis* (3).

- UNAM. (22 de febrero de 2023). *Homeostasis*. Obtenido de Facultad de Medicina de la UNAM: <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/FuncionesGenerales/Homeostasis/Homeostasis.html>
- UNICEF. (7 de septiembre de 2023). *¿Qué es la adolescencia?* Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
- van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), 559-565. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08561>
- Winnicott, D. W. (1965). El proceso de maduración en el niño: Estudios para una teoría del desarrollo emocional del niño. *Laia*.
- Winnicott, D. W. (1979). *Juego y realidad*. Gedisa.
- Winnicott, D. W. (2007). *Desarrollo emocional primitivo*. Paidós.
- Zimbrón Flores, M. (2017). Psicoanálisis en intervención en crisis. *Elementos de Psicología Clínica*, 1-6.

Depresión, autolesiones e ideación suicida en el adolescente, un caso clínico

Javier Ángel Montaña Liévanos



Resumen

Este estudio de caso clínico explora la relación entre depresión, autolesiones e ideación suicida en un adolescente de 16 años, evaluando las intervenciones psicoterapéuticas psicoanalíticas que resultaron efectivas. Analiza la estructura psíquica del paciente, las dinámicas psicológicas propias de la adolescencia, la evolución sintomatológica y las intervenciones terapéuticas mediante el análisis de tres sesiones representativas.

Los resultados revelan una estructura de personalidad limítrofe con fluctuaciones entre integración y difusión de identidad. Se observa una progresión desde dinámicas dependientes hacia unas más independientes, con disminución de síntomas depresivos y autolesivos. Las intervenciones evolucionaron desde la clarificación y la obtención de información a la facilitación de autoexploración y autoaceptación.

El estudio concluye que la estructura psíquica, las dinámicas adolescentes y la propiedad de las intervenciones son cruciales en el tratamiento. La creación de un ambiente terapéutico no juicioso permitió abordar aspectos vulnerables de la identidad. Se destaca la importancia de considerar la complejidad estructural, proporcionar un espacio seguro para autoexploración y adaptar las intervenciones a las necesidades cambiantes. La alianza terapéutica y la aceptación incondicional son clave para el éxito terapéutico. El estudio también plantea interrogantes sobre la relación entre exploración de identidad de género y sintomatología depresiva-autolesiva.

Palabras clave: Depresión, autolesiones, ideación suicida, adolescencia, intervenciones psicoterapéuticas

Introducción

La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo humano caracterizada por intensos cambios físicos, emocionales y sociales. Durante este periodo, muchos jóvenes enfrentan desafíos significativos que pueden influir en su salud mental y bienestar general. Entre los problemas más alarmantes se encuentran la depresión, autolesiones y el suicidio, fenómenos que, aunque pueden parecer manifestaciones aisladas de angustia, suelen estar profundamente interconectados y arraigados en complejos procesos psicológicos y emocionales.

La depresión en los adolescentes es a menudo subestimada y malinterpretada, puede presentar síntomas que van desde la tristeza persistente y la pérdida de interés en actividades cotidianas hasta sentimientos de inutilidad y desesperanza. En algunos casos, esta condición puede llevar a comportamientos autodestructivos como las autolesiones, que pueden ser vistas por los jóvenes como un mecanismo para aliviar el dolor emocional intenso o recuperar un sentido de control, incluso puede desembocar en la muerte.

Este artículo explora estas problemáticas a través de un caso clínico específico, explorar la relación entre la depresión, las autolesiones y la ideación suicida en la adolescencia, a través del análisis de un caso clínico, así como las intervenciones que resultaron pertinentes en la mejoría de la sintomatología. Basándonos en el trabajo de autores como (Laufer, 1998), (Aberastury & Knobel, 1988) o (Kernberg, 1987), se examinan los factores predisponentes y las influencias psicológicas propias de la adolescencia que contribuyen a estos comportamientos. A través del análisis de un caso clínico, se pretende ofrecer una comprensión más profunda de estos fenómenos y subrayar la importancia de una intervención temprana y adecuada para prevenir desenlaces trágicos.

Adolescencia

Peter Blos define y diferencia la adolescencia de la pubertad, ya que a menudo se utilizan como sinónimos, “el término pubertad se emplea aquí para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual... El término adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad” (Blos, 1971, pág. 15).

Se refiere al hecho de que la pubertad, es decir la serie de cambios físicos y hormonales, produce la necesidad de cambios psíquicos con la intención de adaptarse a lo físico, sin embargo, el proceso de la adolescencia no necesariamente sigue el curso de la pubertad y de esta forma es posible encontrar a jóvenes en fases muy entradas de su desarrollo biológico, pero en términos psicológicos, siguen atados a procesos más propios de edades más tempranas. Por otro lado, (Aberastury & Knobel, 1988), definen la adolescencia de la siguiente manera:

Periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo... situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez (pág. 38-39).

Con (Aberastury & Knobel, 1988) se encuentran dos elementos nuevos, la búsqueda de la identidad en la adolescencia y la elaboración de los duelos por los padres infantiles, por el cuerpo infantil y por el rol infantil perdidos con la llegada de la pubertad, para poder lograr una nueva identidad. El elemento de la identidad refiere directamente al ámbito social y sobre este elemento los autores mencionan que la adolescencia se vivirá de modo distinto en diferentes sociedades, y esto depende en gran medida del reconocimiento que se les dé a los individuos en esta etapa de transición.

En ambas definiciones se entiende que el proceso adolescente concluirá cuando el joven pueda adaptarse psíquicamente en el nuevo rol que le impone su cuerpo maduro, es decir, el establecimiento de una identidad adulta, lo que incluye su sexualidad, el establecimiento de otro tipo de relaciones interpersonales, gratificaciones y su nuevo rol en la sociedad.

Los retos de la adolescencia

De lo anterior tenemos que los retos y dificultades de la adolescencia provienen de tres fuentes, la biológica, la social y la interna psicológica. El proceso de adaptación al cambio puede ser complicado para quienes rodean al adolescente, “Pienso que la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta “patológica” que, según mi criterio debemos considerar inherente a la evolución normal de esta etapa de la vida” (Aberastury & Knobel, 1988), nuestros autores llaman el síndrome de la adolescencia normal a este comportamiento que en cualquier otro momento de la vida pudiera llamarse patológico, y que sin embargo, en la adolescencia es parte de lo esperado, he incluso, el no presentar dichas conductas pudiera ser indicio de problemas en el curso de esta etapa. Este síndrome según nuestros autores tendría las siguientes características:

1) búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) tendencia grupal; 3) necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5) desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario; 6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; 7) actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad; 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida; 9) una separación progresiva de los padres, y 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo (Aberastury & Knobel, 1988, pág. 45).

Por otra parte, (Laufer, 1998, págs. 29 - 35) establece ocho criterios para discriminar entre el comportamiento normal y el que se podría considerar una señal de peligro: 1) las formas infantiles de comportamiento, como la dependencia, ponen en riesgo el tránsito a comportamientos más adultos; 2) rigidez en el comportamiento; 3) Relaciones sociales; 4) importancia de los amigos vs los padres; 5) apropiada expresión de sentimientos; 6) juicio y comparación de reacciones externas e internas; 7) Actitud hacia el futuro; 8) Fantasías y funcionamiento.

(Laufer, 1998, págs. 18 - 19) menciona que lo anteriormente descrito se puede concretar en tres factores de especial influencia en el desarrollo del adolescente, y estos son: 1) La relación con sus padres; 2) La

relación con sus compañeros y 3) La visión que el adolescente tiene de sí mismo como una persona físicamente madura.

En el mismo orden de ideas, (Aberastury & Knobel, 1988, pág. 15) mencionan que la tarea a la que se enfrenta el adolescente en esta etapa es la elaboración de los duelos por la pérdida del cuerpo infantil, de la identidad infantil y de los padres infantiles, la elaboración de estas pérdidas le abrirá la posibilidad de establecer nuevas relaciones con el mundo y sus padres. La incapacidad del adolescente para adaptarse a estas nuevas exigencias de la vida son las que van a propiciar la aparición de la verdadera patología de este periodo y que entre otras podría dar origen a la siguiente sintomatología.

Depresión, autolesiones e ideación suicida

En el DSM V se definen los trastornos depresivos de la siguiente manera (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 155):

Los trastornos depresivos incluyen el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor (incluido el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y el trastorno depresivo no especificado. La característica común de todos estos trastornos es la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios relacionados que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo (p. ej., cambios somáticos y cognitivos en el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente). Lo que difiere entre ellos son cuestiones de duración, momento o presunta etiología.

Dicho manual nos brinda los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos, estos criterios son descriptivos, el por otro lado (Freud, 2008, pág. 242) define la melancolía, forma en que se denominaba a lo que ahora llamamos depresión de la siguiente manera:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una

rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.

Para (Laufer, 1998, pág. 37), es normal que los adolescentes se sientan deprimidos en ocasiones, muy diferente es cuando la depresión se vuelve una constante y afecta el funcionamiento total del adolescente cuando debe preocupar, el adolescente que se aísla evitando a los demás, el que parece haberse dado por vencido y es descuidado con su aspecto, estos adolescentes pueden estar expresando algo grave y estar desesperados.

Por otro lado, las autolesiones son el acto de lastimar el propio cuerpo de manera intencionada, por ejemplo, mediante cortes, golpes o quemaduras, generalmente sin la intención de causar la propia muerte, (Laufer, 1998, pág. 44) menciona que “La capacidad para expresar ira externamente por un tiempo y la ira puede, en su lugar, ser dirigida hacia dentro, hacia la propia persona”, precisamente es el factor en común entre las autolesiones y el suicidio, la diferencia radica en que en el segundo caso la intención es provocarse la muerte.

Psicoterapia psicoanalítica

Para (Coderch, 2016, pág. 55), “psicoterapia es aquel procedimiento que pretende resolver el conflicto intrapsíquico a través de la relación interpersonal entre la persona que lo sufre y un experto en este tipo de ayuda”, utiliza una metodología sistematizada y fundamentos teóricos para reducir el sufrimiento y los trastornos de comportamiento. En el caso de la psicoterapia psicoanalítica dicha metodología proviene del cuerpo de ideas del psicoanálisis, en dicho cuerpo de ideas se parte del supuesto de que parte del conflicto intrapsíquico permanece fuera de la conciencia del paciente. Las herramientas para lograr la resolución del conflicto intrapsíquico es la relación terapéutica y las intervenciones verbales del terapeuta, estas intervenciones verbales son la confrontación, la clarificación y la interpretación y de manera secundaria la sugestión, la abreacción y la consejería.

Estructuras psíquicas

Según (Kernberg, 1987, pág. 2), “las estructuras... son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales” el propone la existencia de tres estructuras amplias que corresponden a los niveles de organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. Así mismo, propone tres criterios para su diagnóstico basado en las características del paciente, estas son 1) integración de la identidad, 2) su patrón defensivo habitual y 3) su capacidad de prueba de realidad. La siguiente tabla explica la relación entre dichas características y las estructuras de la personalidad:

Tabla 1. Diferenciación de la organización de la personalidad

Crterios estructurales	Neurótico	Límite	Psicótico
Integración de la identidad	Representación del sí mismo y de los objetos precisamente delimitados.		
		Difusión de identidad: aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás pobremente integrados y mantenidos aparte.	
	Identidad integrada: imágenes contradictorias del sí mismo y de los demás integrada en concepciones comprensivas.		Las representaciones del sí mismo y de los objetos están delimitados pobremente, o de otro modo hay una identidad de delirio.
Operaciones defensivas	Represión y defensas de alto nivel: formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización.	Principalmente defensas de escisión y de bajo nivel: idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación.	
	Las defensas protegen al paciente del conflicto intrapsíquico. La interpretación mejora el funcionamiento.		Las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la fusión si mismo/objeto. La interpretación conduce a la regresión.
Prueba de realidad	La capacidad de prueba de realidad se preserva: diferenciación del sí-mismo del no-sí-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de las percepciones y estímulos.		
		Ocurren alteraciones en relación con la realidad y en los sentimientos de realidad.	
	Existe capacidad para evaluar al sí mismo y a los demás en forma realista y con profundidad.		La capacidad de prueba de realidad se pierde.

Fuente: Kernberg, 1987, pág. 17

Presentación del caso clínico

Gerardo, un joven de 16 años, fue referido a mi consulta por su madre debido a que presentaba una conducta depresiva que en su caso se caracterizaba por pasar la mayor parte del día dormido y despierto en buena parte de la noche, una baja autoestima, estaba cansado todo el tiempo, así como dificultad para tomar decisiones sobre su vida, se cortaba los brazos y le preocupaba a tal grado, que no querían dejarlo solo en casa, por temor a que pudiera terminar con su vida, ya que él afirmaba que estarían mejor si él no viviera, la madre menciona que el padre de su esposo se quitó la vida, es un secreto familiar y no lo han contado a sus hijos. Había reprobado el primer semestre de la preparatoria y difícilmente logró salir de la secundaria ya que no entregaba trabajos, estos síntomas tenían a decir de la madre desde finales de la educación primaria cuando tenía entre 10 y 11 años, pero se agudizaron a partir de la pandemia. La madre de Gerardo comenta que se trata de un joven brillante que aprendió a leer a la edad de 3 años en el preescolar y que por esa razón le resulta muy desconcertante su actitud actual. La madre también compara sus hábitos actuales de desorden con los de su infancia, cuando refiere que era un niño muy ordenado, a decir de ella el joven seguido les reprocha que esperan mucho de él y que cree que todo lo que hace está mal.

El proviene de una familia de clase media baja, ambos padres trabajaban la mayor parte del día para poder hacer frente a las obligaciones familiares. Es el segundo de tres hermanos, un hermano 4 años mayor y una hermana 2 años menor. Gerardo recuerda una infancia feliz y normal, con amigos y disfrutar la escuela, era apreciado por sus buenas notas en casa y la escuela, recuerda que aprendió a leer en preescolar y esto le dio la impresión de que se esperaban grandes cosas de él, aproximadamente a la edad de 11 años empezó a perder amigos hasta quedarse solo, sus compañeros se burlaban de él y lo agredían físicamente sin que hiciera el mínimo esfuerzo por defenderse, recuerda con especial dolor el que su anterior mejor amigo se uniera a los demás en esta práctica, sentía que de alguna forma lo merecía, tal vez algo estaba mal en él pensaba, se aislaba y trataba de pasar lo más desapercibido posible, para evitar las agresiones.

Al ingresar a la secundaria tenía la esperanza de que algo pudiera cambiar, pero al tener algunos compañeros de la primaria, pronto la misma dinámica se volvió repetir, a finales de su segundo año de secundaria inicia la declaratoria de emergencia en México por motivo de la pandemia y partir de abril deja de asistir presencialmente a la escuela, terminará la secundaria con la estrategia pedagógica a distancia, la cual consistía en que los docentes enviarían los trabajos por medio de redes sociales como WhatsApp, gradualmente deja de realizar los trabajos que enviaban en la secundaria, pero aun así logra concluir la secundaria gracias a que no se podía reprobar alumnos. En este periodo pasa la mayor parte del día dormido y en la noche le cuesta trabajo conciliar el sueño, lo que le produce un fuerte sentimiento de inadecuación, aunque no hace nada para cambiar dicho patrón, no colabora en las labores del hogar y cuando se le pide algo no lo realiza, si se le confronta por ello se siente mal, culpable y les dice a sus padres que sería mejor si el no estuviera, llora y sus padres se sienten culpable y molestos por la situación.

Concluida la secundaria logra ingresar al bachillerato aun a distancia, pronto se repite la misma dinámica, no sale de casa, duerme mucho durante el día, no entrega trabajos, él piensa que será igual que en la secundaria y se le aprobará, al final del semestre se da cuenta de que reprobó la mayoría de las materias, se queda en casa, sus padres lo presionan para que haga algo, finalmente, después de casi un año sin estudiar sus padres logran convencerlo de continuar estudiando en una preparatoria de pago que tiene horario y semestres reducidos. Su primer acercamiento a tratamiento fue con un médico quien recetó algunos antidepresivos, pero el tratamiento farmacológico fue abandonado debido a que la sensación de somnolencia que le producían. Unos meses después de retomar sus estudios, acepta la propuesta de su madre de recibir apoyo psicológico.

Durante las tres primeras sesiones correspondientes a la etapa diagnóstica se encuentra lo siguiente, se trata de un chico de tez morena, corpulento, usaba sudadera con capucha en tiempo de calor, sus movimientos eran lentos y se le percibía con un nivel bajo de energía, presentaba cierto descuido en el cuidado de su persona, por ejemplo; su cabello necesitaba un corte y tenía un ligero aroma a ropa húmeda, aunque la ropa era adecuada para su edad, daba la impresión de querer ocultarse con ella. El tono de voz no correspondía a su corpulenta imagen, era muy bajo y

lento, en momentos apenas audible, le costaba mucho trabajo expresarse y tendía a dejar el peso de la conversación en el terapeuta, en ocasiones podía dar la impresión de que creía que el terapeuta sabía lo que él pensaba.

Él buscó terapia para mejorar su autoestima y sus dificultades para relacionarse. Al principio, describió sus relaciones familiares como positivas, excepto con su hermano, con quien tenía conflictos. Durante las sesiones, se reveló su dificultad para expresar sus estados emocionales, características y gustos. Predominaban defensas como la escisión, que lo llevaba a ver todo en términos de bueno o malo, y la identificación proyectiva, donde atribuía su agresión a los demás, posicionándose como víctima. Su prueba de realidad estaba intacta, sin delirios ni alucinaciones. Dependía emocionalmente de sus padres, no podía salir de casa y tampoco permitía que ellos lo dejaran solo, lo que generaba culpa y resentimiento. Sentía que no cumplía las expectativas de sus padres, proyectando en ellos su propio sentimiento de rechazo y no ser “lo suficientemente bueno”. Experimentaba un fuerte desagrado por sí mismo, creyendo que no tenía valor. Tenía pocos amigos, mayormente contactos en redes sociales, y escaso contacto cara a cara. Llevaba cicatrices en los brazos de heridas autoinfligidas, y cuando se le preguntaba sobre ellas, simplemente respondía con frases como “así, nada más”. Estos comportamientos reflejan una profunda insatisfacción y lucha con su identidad y autoestima.

Por sus signos y síntomas se empezó a pensar en Gera como poseedor de una estructura límite de la personalidad de tipo paranoide y que en el momento cursaba por un fuerte episodio depresivo. Pronto se identificaron como primeros objetivos terapéuticos el aligerar las fuertes agresiones que provenían de su superyó, lo que se esperaba mejorara su estado anímico y promover la autoestima, sobre todo la más concreta que hace referencia a lo corporal ya que en ese momento su propio cuerpo él era el depositario de su agresión vuelta hacia sí mismo, una forma pertinente sería promoviendo la libidinización se propio cuerpo, es decir que pueda sentir que su cuerpo es valioso y habitarlo es correcto. Otro objetivo era el de promover la integración de su identidad promoviendo el autoconocimiento de sí mismo.

Metodología del estudio de caso

El objetivo general de la investigación fue evaluar la relación entre la depresión, las autolesiones y la ideación suicida en la adolescencia, a través del análisis de un caso clínico, así como las intervenciones que resultaron pertinentes en la mejoría de la sintomatología. Como objetivos específicos se presentan los siguientes:

- Analizar el factor predisponente de la estructura psíquica del paciente, que contribuyen a la depresión y las conductas autolesivas en adolescentes.
- Proveer una visión comprensiva de las dinámicas psicológicas y emocionales que deben enfrentarse en el periodo de la adolescencia y que promueven patología depresiva, así como sintomatología autolesiva, a fin de facilitar intervenciones terapéuticas adecuadas.
- Describir la evolución de los síntomas depresivos y las conductas autolesivas en el paciente, durante el curso del tratamiento.
- Describir las intervenciones realizadas para abordar la depresión, las autolesiones y la ideación suicida, así como las dirigidas a los factores predisponentes de esta patología.

La presente investigación es de tipo cualitativo, el método de investigación es el estudio de caso con un adolescente varón de 16 años al inicio del tratamiento.

Categorías de análisis

Estructura psíquica como factor predisponente para desarrollar depresión y conductas autolesivas, como se mencionó anteriormente, la estructura psíquica es una organización relativamente estable de los procesos mentales, dicha estructura es imaginaria en el sentido de que no existe una correlación en las estructuras físicas del cerebro, es decir pertenece al área de la metapsicología. Dichas estructuras que (Kernberg, 1987) delimita son la neurótica, límite y psicótica. Con el propósito de poder distinguir con mayor facilidad entre estas estructuras identifica las siguientes características que dan pie al diagnóstico.

Dinámicas psicológicas de la adolescencia que agravan la sintomatología depresiva y las conductas autolesivas, (Laufer, 1998) menciona tres factores comunes que ejercen una influencia mayor en la dificultad del adolescente para superar su tránsito por la adolescencia, dichas dificultades se suman a las ya existentes y dan pie a la aparición de síntomas que antes de este periodo eran prácticamente inexistentes, como es el caso de las autolesiones o los intentos suicidas. Estos son: 1) La relación con sus padres, poder realizar la transición de la dependencia infantil a la independencia emocional de ellos, 2) La relación con sus compañeros, ser capaz de relacionarse con otros adolescentes que promuevan su desarrollo y 3) La visión que el adolescente tiene de sí mismo como una persona físicamente madura, relación del adolescente con su self como persona masculina o femenina, así como el cambio de imagen de self de niño que está al cuidado de sus padres, a la de alguien que comienza a sentir que es propietario de su propio cuerpo.

Describir la evolución de los síntomas depresivos y las conductas autolesivas en el paciente, durante el curso del tratamiento, en este caso la referencia es a síntomas depresivos que incluyen estado de ánimo triste, pérdida de interés en lo externo, pérdida de la capacidad de amar, baja autoestima que se evidencia en autorreproches y auto denigración y espera de castigo. inhibición de la productividad y del pensamiento. Autolesiones que consiste en producirse daño por diferentes medios, típicamente contundentes o cortantes e ideación suicida o incluso intentos de suicidio. Intervenciones psicoterapéuticas efectivas para abordar la depresión, las autolesiones y la ideación suicida en adolescentes.

Instrumentos de recolección de información

Se eligieron para su análisis, tres sesiones representativas para el proceso terapéutico, la primera corresponde a la primera sesión y es parte de la fase de diagnóstico, la segunda es la sesión número 14 y es parte de la etapa inicial del tratamiento y refleja ya algunos cambios favorables, presumiblemente debido a las intervenciones realizadas con los objetivos propuestos al inicio del trabajo y la tercera es la sesión número 22, esta por reflejar un momento decisivo dentro de la terapia. También se hace uso de las exploraciones psicopatológicas del paciente, así como de la historia clínica del mismo, todas recabadas durante el proceso terapéutico. Para su procesamiento se crearon cuatro categorías de análisis, así como los códigos necesarios dentro de cada una de ellas, una vez categorizada la información se procede al vaciado en tablas de la información representativa de lo encontrado en las sesiones para realizar su análisis y discusión de una forma ordenada.

Resultados del análisis

Tabla 2. Estructura psíquica

Código: Integración de la identidad			
Categoría	Sesión inicial	Sesión intermedia	Sesión final
Estructura psíquica	<p>Difusión de identidad:</p> <p>Terapeuta: si a ellas les preguntaran cómo es leo ¿qué dirían?</p> <p>Paciente: no sé</p> <p>Terapeuta: y ellas que dirían de ti, tú las describiste bien.</p> <p>Paciente: no sé, tal vez buena persona, por lo que me han dicho.</p>	<p>Identidad integrada:</p> <p>Terapeuta: ¿se ocupa preparación no? Y tu cuerpo te da para eso.</p> <p>Paciente: sí ahí andamos. Me escucho y voy bien.</p> <p>-Segundo momento-Paciente: no sé, también son cosas mías, yo le mando mensajes y no me había contestado, pero a val sí, entonces me había dicho que le castigaron el cel y yo pensé que era porque no quería hablar conmigo, otra vez.</p> <p>Terapeuta: otra vez, qué interesante que lo pienses.</p>	<p>Difusión de identidad:</p> <p>Terapeuta: cuéntame y tu cambio de look (viene vestido con ropa de mujer, mallas, una falda y blusa, peluca negra y cubrebocas) Paciente: Ah pues magia, pues así, no sé, me siento más a gusto así.</p>

Código: Mecanismos de defensa

Categoría	Sesión inicial	Sesión intermedia	Sesión final
Estructura psíquica	<p>Defensas de bajo nivel, proyección: Terapeuta: tú crees que tus papás dirían cosas buenas de ti, muy bien, eso es lo que tú crees, ¿qué más? Paciente: bueno lo que yo creo, diría que no, que se decepcionan de mí por cosas</p>	<p>Defensas de alto nivel, racionalización: Paciente: sí, la razón por la que volvimos a hablar fue por Mayra, ella ahorita tiene una situación que amerita que val y yo volvamos a estar bien para ayudarla. Terapeuta: ajá, conveniente. Segundo momento-Paciente: no sé, también son cosas más, yo le mando mensajes y no me había contestado, pero a val sí, entonces me había dicho que le castigaron el cel y yo pensé que era porque no quería hablar conmigo, otra vez. Terapeuta: otra vez, qué interesante que lo pienses.</p>	<p>Defensa de bajo nivel, negación: Terapeuta: cuéntame y tu cambio de look (viene vestido con ropa de mujer, mallas, una falda y blusa, peluca negra y cubrebocas). Paciente: Ah pues magia, pues así, no sé, me siento más a gusto así.</p>
Categoría	Sesión inicial	Sesión intermedia	Sesión final
Estructura psíquica	<p>Prueba de realidad preservada. Terapeuta: ¿Porque por algo lo quieres cambiar, de qué manera crees que te afectan? Paciente: problemas para socializar.</p>	<p>Prueba de realidad preservada: Terapeuta: para poder tocar así necesitas habilidades, en las manos, en los labios, condición por lo del aire. Paciente: no condición no tanto. Terapeuta: podría llegar cualquiera y lo hace. Paciente: no. -Segundo momento-Terapeuta: tú dime, jajaja. Paciente: y pues así, ya en el caso de que aún si te encontraban iban a pensar que estabas dormido y se iban a trabajar y te iban a encontrar hasta la noche del día siguiente (sus padres) y ya la tenías prácticamente asegurada.</p>	<p>Prueba de realidad preservada: Paciente: sí, aparte que empecé a hablar con ella y así, aparte, entre semana no quiero ir así por situaciones. Terapeuta: ¿qué situaciones? Paciente: varios compañeros, también como mi familia, son bien así. Terapeuta: ¿así? ¿Le ponemos un nombre? Paciente: se la pasan criticando, burlándose.</p>
Fuente: Elaboración propia, 2024			

El paciente presenta una estructura de personalidad con elementos de difusión de identidad, especialmente en situaciones de autoexpresión y autoimagen. Sin embargo, también muestra momentos de mayor integración de identidad y uso de defensas de alto nivel, como la racionalización. La

prueba de realidad está preservada, indicando que el paciente puede evaluar situaciones y sus implicaciones con precisión. En conjunto, estos fragmentos sugieren una personalidad en desarrollo con fluctuaciones entre la confusión y una mayor coherencia, reflejando una lucha interna para encontrar una identidad estable y una autoimagen positiva. En términos de la estructura de la personalidad, Gera podría estar ubicado en una posición limítrofe, donde existe una fluctuación entre la integración y la difusión de la identidad.

Tabla 3. Estructura psíquica

Código: La relación con sus padres			
Categoría	Sesión 1	Sesión 14	Sesión 22
Dinámicas psicológicas propias de la adolescencia	<p>Relación con su padres, dependencia.</p> <p>Terapeuta: ok, mira tu mamá se pone en contacto conmigo porque dice que está preocupada por ti, que te ve triste y que te cuesta mucho relacionarte, te saliste de la escuela, también me dijo que antes de traerte habló contigo y tú le dijiste que estabas interesado en venir.</p> <p>Paciente: pues sí es eso.</p> <p>Terapeuta: tú crees que tus papás dirían cosas buenas de ti, muy bien, eso es lo que tú crees, ¿qué más?</p> <p>Paciente: bueno lo que yo creo, diría que no, que se decepcionan de mí por cosas.</p>	<p>Relación con sus padres, negativa.</p> <p>En el primer momento solo habla de sus amistades mostrando independencia de sus padres.</p> <p>--- Segundo momento---</p> <p>Terapeuta: tú dime, jajaja</p> <p>Paciente: y pues así, ya en el caso de que aún si te encontraban iban a pensar que estabas dormido y se iban a trabajar y te iban a encontrar hasta la noche del día siguiente (sus padres) y ya la tenías prácticamente asegurada.</p>	<p>Relación con sus padres, independencia.</p> <p>Terapeuta: ¡cómo crees!, ¿qué te dijeron en tu casa?</p> <p>Paciente: hay un tío trabajando en la casa y estaban desayunando, sólo bajé y no dije nada, salí sin voltear, al rato mi mamá me mandó un mensaje y me dijo que qué mala onda, le dije, ¿de qué? Y me dijo, no te hagas, sabes a qué me refiero.</p>

Código: La relación con sus compañeros			
Categoría	Sesión 1	Sesión 14	Sesión 22
Dinámicas psicológicas propias de la adolescencia	Relación con sus compañeros, negativa. Terapeuta: ¿Porque por algo lo quieres cambiar, de qué manera crees que te afectan? Paciente: problemas para socializar.	Relación con sus compañeros, positiva. Terapeuta: qué padre pines (en su mochila) Paciente: sí, son de One Piece, este me lo regaló val, no, no, ya estamos hablando otra vez. -Segundo momento— Paciente: no sé, también son cosas mías, yo le mando mensajes y no me había contestado, pero a val sí, entonces me había dicho que le castigaron el cel y yo pensé que era porque no quería hablar conmigo, otra vez. Terapeuta: otra vez, qué interesante que lo pienses.	Relación con sus compañeros, positiva. Paciente: sí, cuando empecé a tomarlo un poco más en serio, pasar a la acción, platicarlo fue con Mayra, primero en broma. Terapeuta: ¿qué hablabas?

Código: La visión que tiene sobre sí mismo y su identidad como persona masculina o femenina

Categoría	Sesión 1	Sesión 14	Sesión 22
Dinámicas psicológicas propias de la adolescencia	Percepción sobre sí mismo, negativa. Terapeuta: ¿se te hace difícil encontrar algo por qué venir? ¿Porque yo sé que quiere tu mamá, pero tú tienes alguna motivación propia para venir? ¿O que quieres trabajar? Paciente: tal vez la autoestima baja, falta de confianza.	Percepción sobre sí mismo, positiva. Terapeuta: ¿se ocupa preparación no? Y tu cuerpo te da para eso. Paciente: sí ahí andamos. Me escucho y voy bien (explica sobre música). --Segundo momento— Terapeuta: ¿qué estás haciendo leo? Paciente: no sé, ya mejor fíum (pone su mano en la cabeza simulando una pistola y que se dispara) y adiós para qué tanto estrés.	Percepción sobre sí mismo, positiva. Terapeuta: cuéntame y tu cambio de look (viene vestido con ropa de mujer, mallas, una falda y blusa, peluca negra y cubrebocas). Paciente: Ah pues magia, pues así, no sé, me siento más a gusto así.

Fuente: Elaboración propia, 2024

A lo largo de las sesiones, se observa una progresión desde dinámicas más dependientes y negativas hacia unas más independientes y positivas. El paciente parece estar desarrollando mayor autonomía respecto a sus padres, mejorando sus relaciones sociales y explorando su identidad de una manera más libre y positiva. La terapia parece estar proporcionando un

espacio seguro para esta exploración, permitiéndole confrontar sus inseguridades iniciales y avanzar en su capacidad de autodefinición. El cambio en la presentación de género en la última sesión es particularmente significativo, pues sugiere que el paciente está ganando confianza para expresar aspectos de su identidad que quizás antes mantenía ocultos.

Tabla 4. Evolución de la sintomatología

Código: Sintomatología			
Categoría	Sesión 1	Sesión 14	Sesión 22
Evolución de la sintomatología	<p>Síntomas depresivos. Terapeuta: ¿se te hace difícil encontrar algo por qué venir? ¿Porque yo sé que quiere tu mamá, pero tú tienes alguna motivación propia para venir? ¿O que quieres trabajar? Paciente: tal vez la autoestima baja, falta de confianza.</p>	<p>Visión positiva de la vida. Terapeuta: ¿cómo estás? Paciente: al 1,000,000. Terapeuta: órale, ni siquiera al 100, al 1,000,000, qué bien cuéntame. Paciente: pues no lo sé, la tocada de la otra vez, al rato otra tocada. --Segundo momento-- Paciente: no sé, también son cosas más, yo le mando mensajes y no me había contestado, pero a val sí, entonces me había dicho que le castigaron el cel y yo pensé que era porque no quería hablar conmigo, otra vez. Terapeuta: otra vez, qué interesante que lo pienses.</p>	<p>Visión positiva de la vida. Terapeuta: cuéntame y tu cambio de look (viene vestido con ropa de mujer, mallas, una falda y blusa, peluca negra y cubrebocas). Paciente: Ah pues magia, pues así, no sé, me siento más a gusto así. Terapeuta: ¿aquí también tienes miedo de ser rechazado? Paciente: no.</p>

<p style="text-align: center;">Sintomatología recuperada de la exploración psicopatológica</p>	<p>Usaba sudadera con capucha en tiempo de calor, su postura era encorvada, sus movimientos eran lentos y se le percibía con un nivel bajo de energía, presentaba cierto descuido en el cuidado de su persona, por ejemplo; su cabello necesitaba un corte y tenía un ligero aroma a ropa húmeda, aunque la ropa era adecuada para su edad, daba la impresión de querer ocultarse con ella. El tono de voz no correspondía a su corpulenta imagen, era muy bajo y lento, en momentos apenas audible, le costaba mucho trabajo expresarse y tendía a dejar el peso de la conversación en el terapeuta. Su expresión afectiva era de tristeza.</p>	<p>Continúa usando sudadera, pero ya no trae puesta la capucha y trae las mangas arriba, mostrando las cicatrices de las lesiones autoinfligidos, muestra buena higiene y aliño personal, la vestimenta es adecuada para su edad, su postura es relajada, es decir se reclina en el sillón y cambia de posición, sus movimientos son rítmicos, muestra un nivel de energía en sus movimientos, el ritmo de voz es adecuado, aunque el tono continúa siendo bajo en ocasiones. Su expresión afectiva era de alegría</p>	<p>Se presenta con ropa de mujer, mallas, una falda, blusa, peluca negra y cubrebocas. Se encuentra aliñado, su postura es relajada y con un nivel de energía adecuada, el tono de su voz es adecuado. Su expresión afectiva es de alegría y nerviosismo.</p>
<p>Fuente: Elaboración propia, 2024</p>			

A lo largo de las sesiones, se observa una disminución significativa de los síntomas depresivos iniciales. El paciente pasa de una presentación con claros indicadores de depresión (baja energía, descuido personal, aislamiento, tristeza) a una donde predomina un estado de ánimo más positivo, mayor energía, mejor cuidado personal y una expresión afectiva de alegría. Paralelamente, parece haber una progresión hacia una mayor autoexploración y autoaceptación, evidenciada por la forma en que muestra las cicatrices de autolesiones pasadas, pero, sobre todo, por cómo experimenta con su expresión de género.

La terapia parece estar proporcionando un espacio seguro donde el paciente puede explorar aspectos de su identidad que antes resultaban demasiado amenazadores y trabajar en la superación de sus dificultades iniciales. La mejoría en los síntomas depresivos va de la mano con una mayor apertura a la autoexploración y la expresión personal. Sin embargo, es importante notar que el nerviosismo mencionado en la última sesión sugiere que, aunque hay una clara mejoría, el proceso de autoexploración y cambio puede generar cierta ansiedad. Esto es esperable y no

necesariamente negativo, ya que indica que el paciente está saliendo de su zona de confort y enfrentando nuevos desafíos.

Tabla 5. Intervenciones del terapeuta

Código: Intervenciones del terapeuta.			
Categoría	Sesión 1	Sesión 14	Sesión 22
Intervenciones del terapeuta	<p>Clarificaciones con la intención de conocer más sobre la problemática del paciente y su estructura psíquica.</p> <p>Terapeuta: me podrías poner un ejemplo, ¿cuándo te pasa?</p> <p>Paciente: no se me viene nada a la mente.</p>	<p>Intervenciones sobre las dinámicas psicológicas y la sintomatología problemática identificada.</p> <p>Terapeuta: para poder tocar así necesitas habilidades, en las manos, en los labios, condición por lo del aire.</p> <p>Paciente: no condición no tanto.</p> <p>Terapeuta: podría llegar cualquiera y lo hace.</p> <p>Paciente: no.</p>	<p>El paciente llega con atuendo femenino, se trata de clarificar el significado de la conducta y posteriormente la aceptación del paciente.</p> <p>Terapeuta: cuéntame y tu cambio de look (viene vestido con ropa de mujer, mallas, una falda y blusa, peluca negra y cubrebocas)</p> <p>Paciente: Ah pues magia, pues así, no sé, me siento más a gusto así.</p> <p>Terapeuta: bueno, bienvenida.</p> <p>Paciente: gracias.</p>
Fuente: Elaboración propia, 2024			

A través del avance de la psicoterapia, se observa que las intervenciones del terapeuta evolucionan desde un enfoque inicial centrado en la recopilación de información y la clarificación, hacia intervenciones más complejas que abordan dinámicas psicológicas profundas, y finalmente hacia intervenciones que facilitan y validan la autoexploración y autoaceptación del paciente. Esta progresión sugiere que durante el trabajo en las sesiones se pudo establecer una sólida alianza terapéutica, permitiéndole adaptar sus intervenciones a las necesidades cambiantes del paciente. Las intervenciones pasan de ser más directivas (buscando información) a ser más facilitadoras (promoviendo la reflexión y aceptación). Además, las intervenciones reflejan una postura no juiciosa y aceptante por parte del terapeuta, lo cual es fundamental para que el paciente se sienta seguro explorando aspectos vulnerables de su identidad.

Discusión

Los resultados de este estudio de caso subrayan la importancia de considerar la complejidad de la estructura psíquica en el abordaje de la depresión y las conductas autolesivas en adolescentes. La fluctuación entre la integración y la difusión de la identidad sugiere que las intervenciones terapéuticas deben ser flexibles y adaptarse a estas variaciones, proporcionando tanto contención en los momentos de mayor fragilidad como apoyo para la individuación cuando el paciente muestra mayor cohesión.

El caso ilustra cómo las dinámicas propias de la adolescencia pueden exacerbar la vulnerabilidad a la depresión y las autolesiones y como los predisponentes previos al periodo adolescente pueden sentar las bases para que dichas dinámicas adolescentes exacerben el conflicto de la dinámica adolescente, pero también cómo pueden ser canalizadas positivamente en un entorno terapéutico adecuado. Es decir, se espera que la adolescencia sea complicada lo que implica momentos de depresión, pero cuando a esto sumamos conflictos anteriores en este caso el trastorno límite de la personalidad, podemos entrar en un círculo vicioso que podemos identificar si somos precavidos por medio de la sintomatología que presenta el adolescente. La mejoría sintomatológica parece estar íntimamente ligada a los avances en la consolidación de la identidad y la mejora de las relaciones interpersonales, lo que resalta la necesidad de abordar estos aspectos en el tratamiento.

La evolución de la sintomatología depresiva y autolesiva muestra que, si bien estos síntomas pueden ser graves al inicio del tratamiento, existe un potencial significativo de mejoría cuando se proporciona un espacio terapéutico que facilita la autoexploración y la expresión emocional. El caso sugiere que la reducción de síntomas va de la mano con un aumento en la capacidad de autocomprensión y autoaceptación.

Las intervenciones del terapeuta destacan la importancia de la alianza terapéutica y la aceptación incondicional en el tratamiento de adolescentes con esta sintomatología. La capacidad del terapeuta para adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente y validar su experiencia parece ser crucial para el éxito del tratamiento.

Este estudio también plantea interrogantes sobre la relación entre la exploración de la identidad de género y la sintomatología depresiva y autolesiva en la adolescencia. La mejoría sintomática coincidente con una mayor libertad en la expresión de género sugiere que la negación de aspectos de la identidad propia podría contribuir a la patología, mientras que su aceptación y expresión podrían ser terapéuticas.

Conclusiones

El estudio de caso clínico mediante psicoterapia psicoanalítica ha proporcionado valiosas perspectivas sobre la relación entre la depresión, las autolesiones y la ideación suicida en la adolescencia. A través del análisis detallado de las sesiones terapéuticas, se ha logrado una comprensión más profunda de los factores predisponentes, las dinámicas psicológicas y la evolución sintomatológica del paciente, así como de las intervenciones terapéuticas que resultaron efectivas.

La investigación revela que la estructura psíquica del paciente, caracterizada por elementos de difusión de identidad, pero también por momentos de mayor integración, juega un papel crucial en la manifestación de la sintomatología depresiva y autolesiva. Esta fluctuación entre la confusión y la coherencia refleja la lucha interna propia de la adolescencia por encontrar una identidad estable y una autoimagen positiva.

Las dinámicas propias de la adolescencia, como la búsqueda de autonomía, el desarrollo de relaciones interpersonales y la exploración de la identidad, se manifestaron claramente en el proceso terapéutico. La evolución desde dinámicas más dependientes hacia unas más independientes y positivas sugiere que la terapia proporcionó un espacio seguro para la autoexploración y el crecimiento personal, la transición del desprecio y agresión a su propio cuerpo a la libidinización del mismo mediante el poder apreciarlo por sus capacidades como lo son el poder permitirle tocar un instrumento y posteriormente el permitirse vivir de otra forma su cuerpo lo que se refleja en la posibilidad de sentirse una mujer y verse como tal.

La disminución significativa de los síntomas depresivos, junto con la aparente reducción de las conductas autolesivas y la ausencia de referencias a la ideación suicida en las sesiones posteriores, indica que las intervenciones terapéuticas fueron efectivas. El cambio en la presentación personal del paciente, especialmente en cuanto a su expresión de género, muestra un aumento en la autoaceptación y la confianza para expresar aspectos previamente ocultos de su identidad.

Las intervenciones del terapeuta, que evolucionaron desde la clarificación inicial hasta la validación y aceptación de la autoexploración del paciente, así como la *catectización* de su cuerpo parecen haber sido fundamentales en este proceso. La creación de un ambiente terapéutico no juicioso y aceptante facilitó que el paciente pudiera abordar y superar gradualmente sus dificultades.

Referencias

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal*. Paidós.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5 ed.)*. American Psychiatric Association.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Joaquín Mortiz.
- Coderch, J. (2016). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Herder.
- Freud, S. (2008). *Obras completas: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico: Trabajos sobre metapsicología y otras obras: 1914-1916 (Vol. 14)*. Amorrortu.
- INEGI. (2022). Banco de indicadores. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/>
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. Manual Moderno.

Impacto de la coenzima Q10 en la resistencia a la insulina en mujeres activas con síndrome de ovario poliquístico: una revisión sistemática

Tania Quintero Zamora

Mariana Gómez Mariño



Resumen

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es trastorno endocrino común que afecta a las mujeres en etapa reproductiva (15-49 años). Su diagnóstico presenta tres características principales como hiperandrogenismo, anovulación, quistes en los ovarios y resistencia a la insulina. De tal manera que la resistencia a la insulina es una condición en donde las células del cuerpo no responden adecuadamente a la insulina, una hormona que regula los niveles de glucosa en sangre. Los niveles elevados de insulina pueden estimular a los ovarios a producir más andrógenos contribuyendo a los síntomas del SOP y aumentar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Así mismo, los estudios experimentales, epidemiológicos y de intervención han demostrado efectos beneficiosos con el consumo de la coenzima Q10 en la mejora de la sensibilidad a la insulina y la función ovárica. En este trabajo se revisan aspectos de la estructura de la Coenzima Q10, mecanismo de acción en el SOP y dosis diarias recomendadas.

Palabras clave: SOP, Coenzima Q10, resistencia a la insulina, actividad física.

Introducción

Hoy en día el síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno hormonal prevalente que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, según las estimaciones, afecta entre el 8% y el 13% de las mujeres en edad de reproducción. Alrededor del 70% de las mujeres afectadas a escala mundial no están diagnosticadas (Organización Mundial de la Salud , 2023).

Esta condición se distingue por una serie de síntomas que incluyen ciclos menstruales irregulares, niveles elevados de andrógenos, aparición de múltiples quistes en los ovarios y se encuentra relacionado con la resistencia a la insulina, lo que significa que el cuerpo necesita producir más insulina para mantener estables los niveles de glucosa en sangre, esta situación puede llevar a un aumento de los niveles de insulina en el cuerpo produciendo hiperinsulinemia. Cabe destacar que incluso los niveles altos de insulina pueden estimular los ovarios para producir más andrógenos dando como consecuencia un agravamiento de los síntomas del SOP, como el acné, hirsutismo e irregularidades menstruales.

Además, el SOP es una de las principales causas de infertilidad en mujeres y puede influir considerablemente en su calidad de vida. En cuanto a la resistencia a la insulina, esta representa una preocupación significativa en la población con Síndrome de Ovario Poliquístico, ya que está estrechamente vinculada a diversas complicaciones metabólicas y de salud. Sin embargo, no solo tiene implicaciones para la salud, sino que también tiene un impacto en la economía de la persona.

Un estudio publicado en el Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism (2021) encontró que la prevalencia de resistencia a la insulina, medida mediante el índice HOMA-IR, es de aproximadamente el 34.5% en adultos mexicanos, relacionado a factores riesgo tales como la obesidad, estilo de vida sedentario y una dieta rica en azúcares refinados y grasas saturadas (Valverde & Prieto, 2021).

De tal manera que se ha estudiado el impacto de una adecuada suplementación en las enfermedades crónicas, y el cómo, es esencial para asegurar que el cuerpo reciba nutrientes necesarios para funcionar correctamente y/o coadyuvar con la sintomatología de la misma. En cuanto a la

suplementación en el SOP diversas investigaciones recientes han explorado el uso de la Coenzima Q10 (CoQ10) como una posible intervención en el manejo de la misma patología antes mencionada, debido a que sus propiedades antioxidantes, beneficios sobre la función mitocondrial y mejora de la sensibilidad a la insulina pueden ayudar a aliviar algunos de los síntomas y complicaciones asociadas al SOP. Otros estudios sugieren que la CoQ10 puede mejorar la calidad de los ovocitos y la función ovárica en mujeres con SOP, lo que puede beneficiar la fertilidad.

Metodología

Se realizaron búsquedas en Pubmed, Redalyc, Dialnet, así como en el World Health Organization hasta el mes de julio 2024, sin restricciones de idioma. También se realizaron búsquedas manuales en las referencias y bibliografías de las revisiones sistemáticas. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados y compararon la dosis de administración de la Coenzima Q10 y los efectos que producían en las personas que participaban en dichos estudios. Se incluyeron 22 fuentes bibliográficas, 12 de las cuales fueron fuentes primarias y 10 secundarias, un autor y un coautor de la revisión de forma conjunta evaluaron los estudios para su inclusión, extrajeron los datos y evaluaron la validez de estos.

Resistencia a la insulina

La insulina es una hormona anabólica polipeptídica compuesta por 51 aminoácidos, secretada por las células β de los islotes de Langerhans. Está formada por dos cadenas polipeptídicas, denominadas A y B, conectadas por enlaces disulfuro. Una de las funciones principales de esta hormona es aumentar la absorción de glucosa desde la sangre hacia los tejidos musculares y adiposos, y disminuir la producción de glucosa en el hígado, lo que en conjunto ayuda a regular la homeostasis de la glucosa y prevenir el síndrome de ovario poliquístico (SOP) (Gonzalez-Mujica, 2017).

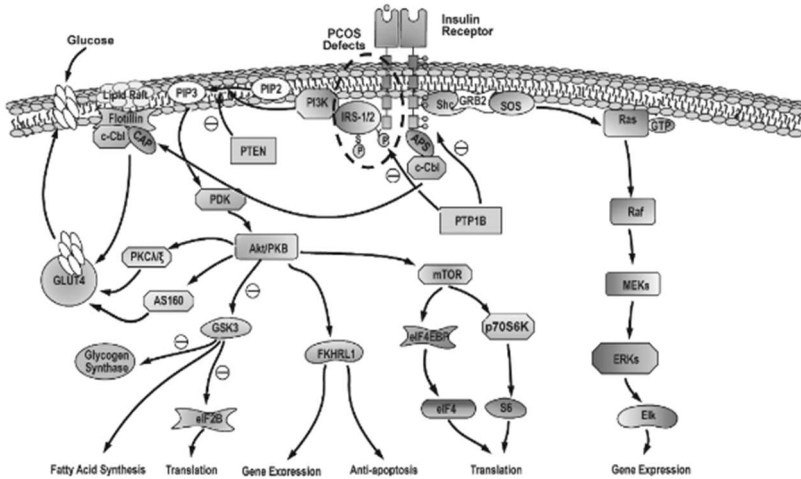
Además, tiene la función de síntesis de glucógeno y proteínas en el músculo esquelético, la adipogénesis y la formación de triglicéridos en el tejido adiposo, así como la inhibición de la glucogenólisis, la cetogénesis y la gluconeogénesis en el hígado (Gutierrez-Rodelo, Roura-Guiberna, & Olivares-Reyes, 2017).

De tal manera que es importante definir a la resistencia a la insulina (RI) como una condición en la cual la insulina tiene una actividad reducida a nivel celular. Esta condición afecta diferentes rutas metabólicas, especialmente en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas. Los órganos más impactados son el hígado, los músculos y el tejido adiposo, aunque también puede involucrar a otros sistemas del cuerpo (Santos, 2022).

La RI es un factor subyacente en la disfunción cardiometabólica asociada con la obesidad. Esto incluye condiciones como la hipertensión, el síndrome metabólico (SM), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), el hígado graso no alcohólico (HGENA), el síndrome de ovario poliquístico (SOP), la apnea obstructiva del sueño y también ciertas neoplasias malignas, como el carcinoma de endometrio (Santos, 2022).

Sin embargo, numerosos estudios indican que el mecanismo principal involucrado en la resistencia a la insulina es la inhibición del receptor de insulina o del sustrato del receptor de insulina 1 (IRS-1) mediante la fosforilación de serinas (Figura 1). Se sugiere que esta fosforilación es llevada a cabo por una serina quinasa externa al receptor o por alguna quinasa de la vía MAPK (mitogen-activated protein kinases), como resultado de esta inhibición, las acciones mitogénicas y esteroidogénicas de la insulina no se ven afectadas por la resistencia, a diferencia de sus acciones metabólicas. Por esta razón, se presentan problemas en la captación de glucosa, pero no en la promoción de la síntesis de andrógenos ni en la modulación de la expresión génica en los ovarios (Calcaterra, y otros, 2021).

Figura 1. Mecanismo de inhibición de la señalización en la resistencia a la insulina en el síndrome de ovario poliquístico (SOP)



Fuente: Creo, 2022

Existen diversas técnicas para medir la resistencia a la insulina. Una de las técnicas más precisas para evaluar la sensibilidad insulínica en las células β del páncreas es la pinza euglucémica-hiperinsulinémica (Singh & Giacobini, 2022). Esta técnica implica la inducción de un estímulo hiperglucémico controlado y la cuantificación de la glucosa metabolizada. Sin embargo, debido a su complejidad y alto costo, este método se utiliza únicamente en estudios a pequeña escala y no en la práctica clínica (Amisi, 2022).

Por esta razón, se han desarrollado métodos más simples, como los marcadores antropométricos y los índices biológicos, entre los que se incluyen el FIRI (índice de resistencia a la insulina en ayunas) y el HOMA-IR (índice de resistencia a la insulina basado en el modelo homeostático) (Amisi, 2022). A continuación, se describa más a fondo cada uno:

En cuanto a la circunferencia de muñeca, existe una correlación positiva entre la hiperinsulinemia y el aumento de la masa ósea debido a la interacción de la hormona osteocalcina, que participa en la homeostasis de la glucosa al promover la síntesis de insulina. Actualmente, se considera el único marcador antropométrico adecuado para diagnosticar la resistencia

a la insulina en mujeres con SOP, tanto delgadas como obesas. Sin embargo, hay pocas publicaciones y podría no ser suficientemente preciso (Amisi, 2022). El índice de resistencia a la insulina en ayunas (FIRI) es un modelo matemático que calcula un valor a partir de la fórmula (Glucosa en ayunas x insulina en ayunas)/25 (Singh & Giacobini, 2022).

Así mismo, el índice HOMA-IR es un modelo matemático que permite calcular los valores de resistencia a la insulina utilizando las concentraciones basales de insulina y glucosa en sangre en ayunas. La fórmula es: $HOMA-IR = \text{insulina (mU/L)} \times \text{glucosa (mmol/L)} / 22,5$. Los valores normales están entre 0,23 y 2,5. Este índice proporciona una estimación de la sensibilidad a la insulina en el hígado a partir de una muestra de sangre (Condorelli, Calogero, Di Mauro, & La Vignera, 2017).

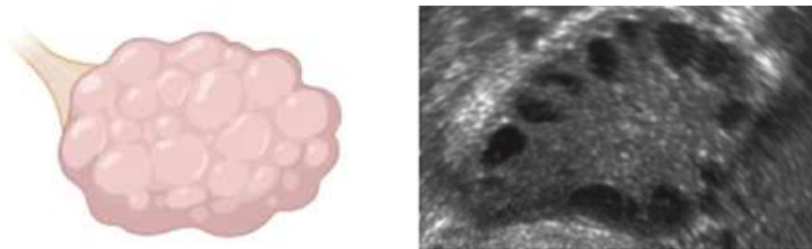
Las mujeres con SOP a menudo presentan resistencia a la insulina, que puede ser evaluada mediante el índice HOMA-IR. La resistencia a la insulina juega un papel clave en la patogénesis del SOP y contribuye a sus manifestaciones clínicas. La hiperinsulinemia (niveles elevados de insulina en sangre) puede aumentar la producción de andrógenos por los ovarios, exacerbando los síntomas de hiperandrogenismo (Alvarez Ovalle, 2022).

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno hormonal común en mujeres de 15 a 49 años. Está relacionado con cambios en los niveles de estrógeno y progesterona, las hormonas que regulan los ciclos menstruales, y de andrógenos, una hormona masculina presente en pequeñas cantidades en mujeres. Este desequilibrio hormonal aumenta el riesgo de infertilidad y problemas cardiovasculares, cerebrovasculares y metabólicos (Alvarez Ovalle, 2022).

Hasta la fecha, la causa específica del SOP sigue siendo desconocida. No obstante, se cree que es el resultado de una interacción entre factores genéticos, hormonales y ambientales, con una alta producción de andrógenos como uno de los principales desencadenantes en las mujeres (Mantle & Dybring, 2020). Se realizaron estudios para identificar un posible componente genético, pero no han sido concluyentes. Existen al menos tres tipos de alteraciones interrelacionadas descritas por Sánchez en 2019:

- **Disfunción neuroendocrina:** La hipersecreción de LH causa un desequilibrio en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, aumentando la liberación de hormona liberadora de gonadotropinas y, por lo tanto, la LH y la relación LH/FSH, resultando en un exceso de andrógenos circulantes.
- **Trastorno metabólico:** La insulina estimula la producción de andrógenos en los ovarios, que son hipersensibles a la insulina, y la hiperinsulinemia reduce la producción hepática de globulina ligadora de hormonas sexuales, aumentando los niveles de testosterona libre. Además, el SOP se asocia con dislipidemia aterogénica, obesidad, resistencia a la insulina y síndrome metabólico.
- **Disfunción de la esteroidogénesis y foliculogénesis ovárica:**
 1. Oligo/anovulación, manifestada clínicamente como oligomenorrea o amenorrea.
 2. Hiperandrogenismo, clínico y bioquímico.
 3. Ovarios poliquísticos detectados por ecografía, definidos por la presencia de 12 o más folículos de 2-9 mm de diámetro y/o un volumen ovárico mayor de 10 mm como se puede observar en la Figura 2 (Sanchez Gaitan, 2019).

Figura 2. Ovarios con quistes detectados por ecografía



Fuente: Sánchez, 2019

Como se menciona es conocido que por los efectos y complicaciones que se llegan a presentar, en especial la infertilidad en las mujeres, otros también comunes son efectos metabólicos, cardiovasculares, cerebrovasculares y efectos en la fertilidad (Alvarez Ovalle, 2022).

- **Metabólicos:** obesidad, sobrepeso, resistencia a la insulina, diabetes mellitus 2, hiperandrogenismo, síndrome metabólico,

dislipidemia, hipertensión arterial, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

- Sistema reproductivo y fertilidad: irregularidad menstrual, amenorrea, anovulación (Alvarez Ovalle, 2022).

Como diagnóstico se sugiere usar los criterios de Rotterdam acompañados de una descripción detallada del fenotipo de las pacientes usando la siguiente tabla 1. Esto surge de una reunión de 29 expertos que tuvo lugar en 2012, donde revisaron evidencia para utilizar criterios más amplios (Orias Vazquez, 2021).

Tabla 1. Fenotipos de síndrome de ovario poliquístico

Fenotipo	Hiperandrogenismo	Oligoovulación	Criterio ecográfico
A. Clásico	+	+	+
B. Clásico	+	+	-
C. Ovulatorio	+	-	+
D. Normoandrogénico	-	+	-

Fuente: Orias Vazquez, 2021

Por otro lado, la obesidad también se considera un factor de riesgo, ya que potencia los efectos negativos del SOP, debido al estado inflamatorio de baja intensidad causado por la acumulación de adipocitos, lo que lleva a una hipoxia y subsecuente necrosis. Esto ocurre debido a una desregulación y aumento de las células inmunitarias y la producción de factores proinflamatorios (Alvarez Ovalle, 2022).

Para el abordaje y tratamiento del Síndrome de Ovario Poliquístico se ha visto que los cambios en el estilo de vida como la alimentación y actividad física tienen mejores resultados comparados con el tratamiento farmacológico. Por lo tanto, se ha considerado como manejo de primera línea (Pereira Calvo, Pereira Rodriguez , & Quiros Figueroa, 2020).

Al combinar plan de alimentación y el ejercicio como resultado tenemos una pérdida de peso, lo cual podría resultar en restaurar los ciclos menstruales de anovulatorios a ovulatorios y por lo tanto lograr un menor

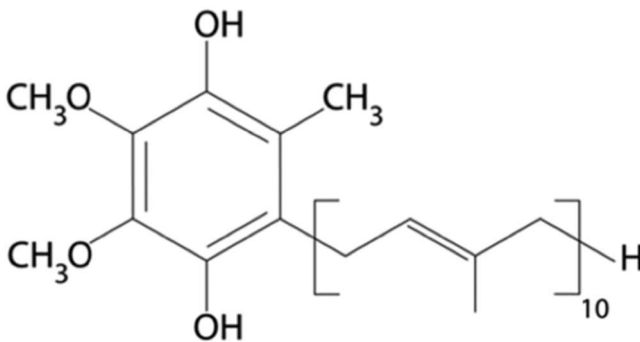
riesgo metabólico a largo plazo y consiguiendo tasas más altas de embarazos, reduciendo hasta 5% del peso corporal (Pereira Calvo, Pereira Rodríguez, & Quiros Figueroa, 2020).

Así mismo, la suplementación juega un papel crucial en el manejo del Síndrome de Ovario Poliquístico debido a que una adecuada suplementación puede ayudar a aliviar los síntomas, mejorar la resistencia a la insulina y apoyar la salud hormonal.

La coenzima Q10 (CoQ10) es una molécula liposoluble formada por un núcleo de benzoquinona al que se une una cadena lipídica de 10 unidades de poliprenilo. El anillo de benzoquinona contiene sitios activos redox, mientras que la cadena de poliprenilo sitúa la CoQ10 dentro del plano medio de la bicapa lipídica en varias membranas celulares tal como se puede observar en la Figura 3 (Hargreaves, Heaton, & Mantle, 2020)

El cuerpo humano puede producir CoQ10 en diversos tejidos. La síntesis de CoQ10 implica tres pasos principales: la formación de la estructura de benzoquinona a partir de 4-hidroxibenzoato (derivado de tirosina o fenilalanina), la creación de la cadena de poliprenilo a partir de acetilcoenzima A (CoA) mediante la vía del mevalonato, y la unión de estas dos estructuras para formar CoQ10. Posteriormente, el anillo de benzoquinona se modifica mediante hidroxilación, metilación y descarboxilación para convertirse en CoQ10 (Hargreaves, Heaton, & Mantle, 2020).

Figura 3. Estructura química de la coenzima Q10



Fuente: Hargreaves, Heaton, & Mantle, 2020

Se ha demostrado que puede prevenir la peroxidación de lípidos en las membranas biológicas y proteger las proteínas y el ADN mitocondriales del daño oxidativo. Es el único antioxidante lipofílico que las células pueden sintetizar de novo y que cuenta con mecanismos enzimáticos para regenerarse en su forma reducida (Arenas-Jal, Suñe-Negre, & Garcia-Montoya, 2020)

La CoQ10 tiene varias funciones celulares vitales, especialmente en las mitocondrias, dentro de ellas desempeña un papel crucial como transportador de electrones (desde los complejos I y II al complejo III) en la cadena de transporte de electrones mitocondrial durante la fosforilación oxidativa (Hargreaves, Heaton, & Mantle, 2020).

Además, actúa como un antioxidante liposoluble importante que protege las membranas celulares, tanto mitocondriales como extramitocondriales (aparato de Golgi, lisosomas, retículo endoplásmico, peroxisomas) del estrés oxidativo inducido por radicales libres. Además, participa en la regeneración de los antioxidantes vitamina C y vitamina E (Hargreaves, Heaton, & Mantle, 2020).

Así mismo, se ha mencionado que tiene un papel como mediador de la inflamación, en el metabolismo del colesterol, en el mantenimiento del pH lisosomal, en el metabolismo del sulfuro como cofactor de la sulfuro quinona oxidorreductasa y en el metabolismo de los aminoácidos (como cofactor de la colina deshidrogenasa y la prolina deshidrogenasa en la síntesis de glicina y prolina/arginina, respectivamente) (Hargreaves, Heaton, & Mantle, 2020).

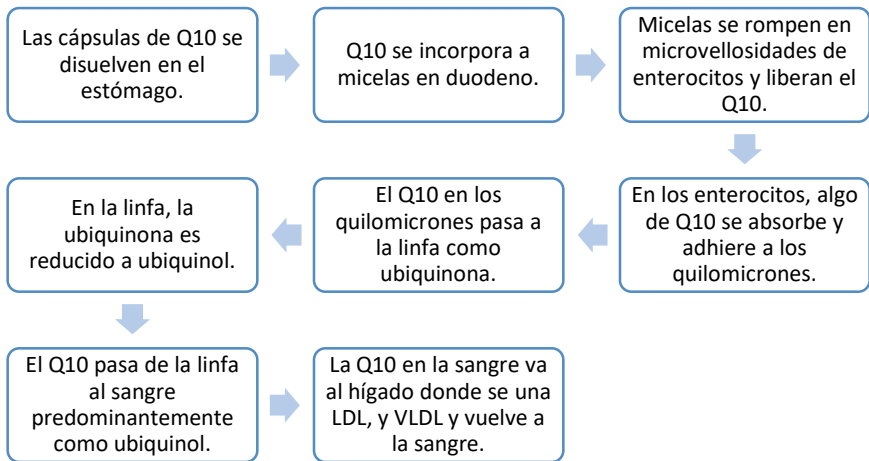
En cuanto a su mecanismo de absorción después de la ingestión de la CoQ10, pasa por el estómago y al llegar al duodeno entra en un proceso de micelización. Las estructuras esféricas se difunden por las vellosidades intestinales, antes de descomponerse para liberar moléculas individuales de CoQ10 junto a la superficie de las células enterocíticas responsables de su absorción (Mantle, Lopez-Llunch, & Hargreaves, 2023).

En el artículo titulado “Coenzyme Q10 Metabolism: A Review of Unresolved Issues” se menciona que necesita un transportador para facilitar su entrada a los enterocitos y se ha sugerido que podría ser el

transportador de colesterol NPC1L1 (Niemann-Pick C1 Like 1) (Mantle, Lopez-Llunch, & Hargreaves, 2023).

Una vez dentro de los enterocitos, las moléculas de la coenzima se incorporan a los quilomicrones. Se sintetizan en el retículo endoplásmico y se liberan al sistema linfático, ingresan a la circulación sanguínea y posteriormente los quilomicrones llevan la CoQ10 al hígado (Figura 4) donde se agregan partículas de lipoproteínas LDL (lipoproteínas de baja densidad) y VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad) para su transporte por todo el cuerpo (Mantle & Dybring, 2020).

Figura 4. Absorción de la CoQ10



Fuente: Mantle, Lopez-Llunch, & Hargreaves, 2023

Se ha relacionado en diferentes estudios el suplemento de CoQ10 en su forma de ubiquinona, con enfermedades cardiovasculares (Mantle & Dybring, 2020).

Discusión

Hay evidencia de que la suplementación con CoQ10 puede mejorar el estado clínico en pacientes con diabetes tipo II, enfermedad renal crónica y enfermedad hepática. Como se reporta en un artículo del 2020 por los autores Hargreaves, Heaton & Mantle, en donde se encontró que con una suplementación con CoQ10 de 200 mg/día durante tres meses, redujo significativamente los niveles de HbA1c en diabéticos tipo II (Hargreaves, Heaton, & Mantle, 2020).

De manera comparativa, con una dosis similar en un estudio doble ciego, probabilístico se administró a un grupo placebo y al grupo experimental una dosis de 200 mg/día por 8 semanas, al finalizar el tratamiento el HOMA-IR disminuyó significativamente únicamente en el grupo suplementado con CoQ10 y la diferencia entre ambos grupos fue significativa (Ja-Young & Keun-Sang, 2018).

También en un Metaanálisis se menciona que la suplementación de coenzima Q10 puede mejorar la resistencia a la insulina (HOMA-IR), insulina en ayunas, glucosa plasmática en ayunas, mejorar los niveles de hormonas sexuales (FSH), testosterona y mejorar los lípidos en sangre como lo son triglicéridos, colesterol total, LDL-C, HDL-C (Zhang, y otros, 2022). En otro artículo mencionan hallazgos que apoyan la investigación del potencial terapéutico de la CoQ10 en el tratamiento del SOP donde a nivel celular, la patogénesis del SOP se ha relacionado con la disfunción mitocondrial, el estrés oxidativo y la inflamación (Mantle & Hargreaves, 2023).

En el presente artículo de revisión se busca comparar los diversos estudios en pacientes que presentan SOP y RI para obtener una recomendación más acertada del uso de la CoQ10. Se ha suplementado CoQ10 en diferentes dosis y periodos de tiempo, tanto sola como combinada con otros tratamientos. Por ejemplo, algunos estudios han utilizado una dosis de 100 mg diarios durante 12 semanas o 3 meses, mientras que otros han empleado una dosis de 200 mg diarios durante 2 meses (Mantle & Hargreaves, 2023).

Tabla 2. Comparativa de estudios

Estudio	Dosis CoQ10	Tiempo	Resultado
Refaeey, et al. 2014	150 mg/día	10 días antes	La coenzima Q10 es un agente ovulatorio prometedor cuando se combina con citrato de clomifeno.
Rahmani, et al. 2017	20 mg/día	12 semanas	Aumentó significativamente la expresión génica de LDLR, PPAR- γ , IL-1, IL-8 y TNF- α .
Samimi, et al. 2017	100 mg/día	12 semanas	Mejora el metabolismo de la glucosa y colesterol LDL.
Hargreaves, Heaton, & Mantle, 2020	200 mg/día	12 semanas	Redujo significativamente los niveles de HbA1
Ja-Young & Keun-Sang, 2018	200 mg/día	8 semanas	El HOMA-IR disminuyó significativamente en el grupo suplementado con CoQ10

Fuente: **Elaboración propia, 2024**

En un estudio se combinó el uso de CoQ10 y citrato de clomifeno, en un grupo de 82 mujeres con SOP que tomaron coenzima Q10, 54 ovularon (65.9%) y el 37.3% quedaron embarazadas en comparación con el grupo que solo usó citrato de clomifeno (Gouveia, Fernandes, & Araujo, 2018).

Como ya se ha mencionado y demostrado en diferentes artículos de investigación, la suplementación con CoQ10 tiene beneficios tanto en salud, como en enfermedad. Aunado a esto se ha observado un aumento en los niveles plasmáticos de CoQ10 después de su suplementación, promoviendo beneficios en los indicadores de rendimiento y recuperación en la actividad física (Santos de Sousa, y otros, 2023).

Esto se refuerza con el artículo de Santos de Sousa y otros del 2023, donde suplementaron a atletas de diferentes modalidades a partir de los 17 años o más con CoQ10 con dosis desde los 30mg hasta los 300mg donde se concluyó que es capaz de potenciar la actividad antioxidante plasmática y el rendimiento anaeróbico, reduciendo los marcadores vinculados al estrés oxidativo y al daño hepático (Santos de Sousa, y otros, 2023).

Conclusión

La resistencia a la insulina es un factor crítico en el manejo del síndrome de ovario poliquístico y sus complicaciones metabólicas. Se ha mostrado resultados prometedores con la suplementación con coenzima Q10 mejorando la sensibilidad a la insulina. Diversos estudios han evidenciado que la CoQ10 posee propiedades antioxidantes y beneficios sobre la función mitocondrial, lo cual contribuye a mejorar los niveles de insulina y reducir la inflamación asociada.

En los ensayos clínicos revisados, la dosis más comúnmente utilizada fue de 200 mg/día, administrada durante un período de 12 semanas, siendo esta la moda. La mediana de la dosis se encontró en 150 mg/día, con un tiempo de suplementación de 12 semanas. Estos estudios demostraron mejoras significativas en los marcadores inflamatorios y en la sensibilidad a la insulina, lo que sugiere que la CoQ10 puede desempeñar un papel crucial en la gestión de la resistencia a la insulina.

Además, se han mostrado beneficios adicionales con la combinación de CoQ10 con otros tratamientos, como la mejora de la función ovárica y la calidad de los ovocitos. Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones para establecer la dosis óptima y evaluar los efectos a largo plazo de la suplementación con CoQ10. La coenzima Q10 emerge como una opción de intervención viable y efectiva para mejorar la resistencia a la insulina, ofreciendo una opción prometedora para el manejo metabólico de mujeres con SOP.

Referencias

- Alvarez Ovalle, F. A. (29 de Mayo de 2022). Nutrición, estilos de vida y síndrome de ovario poliquístico. *Colegio Marymount Medellín*, 13-19.
- Amisi, C. (2022). Markers of insulin resistance in Polycystic ovary syndrome women: An update. *World journal of diabetes*, 13(3), 129-149.
- Arenas-Jal, M., Suñe-Negre, J., & Garcia-Montoya, E. (2020). Coenzyme Q10 supplementation: Efficacy, safety, and formulation challenges. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*.
- Calcaterra, V., Verduci, E., Cena, H., Magenes, V., Todisco, C., Tenuta, E., ..., Zuccotti, G. (2021). Polycystic Ovary Syndrome in Insulin-Resistant Adolescents with Obesity: The role of Nutrition Therapy and Food Supplements as a Strategy to Protect. *Nutrients*, 13(6), 1-32.
- Condorelli, R., Calogero, A., Di Mauro, M., & La Vignera, S. (2017). PCOS and diabetes mellitus: from insulin resistance to altered beta pancreatic function, a link in evolution. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 33(9), 665-667.
- Creo, R. (2022). Relación entre la resistencia a la insulina y el síndrome del ovario poliquístico. *Universidade da Coruña*, 1-31.
- Gonzalez-Mujica, F. (2017). Insulina. Estructura, síntesis, secreción, depuración y degradación. *VITAE* (71), 1-13.
- Gouveia, F., Fernandes, R., & Araujo, T. (2018). Coenzyme Q10 and polycystic ovary syndrome: Systematic review. *Clinical and Medical Investigations*.
- Gutierrez-Rodelo, C., Roura-Guiberna, A., & Olivares-Reyes, J. (2017). Mecanismos Moleculares de la Resistencia a la Insulina: Una Actualización. *Gaceta Medica de México*, 153(2), 214-228.
- Hargreaves, I., Heaton, R., & Mantle, D. (2020). Disorders of Human Coenzyme Q10 Metabolism: An Overview. *International Journal of Molecular Sciences*.

- Ja-Young, Y., & Keun-Sang, Y. (2018). Effect of Coenzyme Q10 on Insulin Resistance in Korean Patients with Prediabetes: A Pilot Single-Center, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *BioMed Research International*.
- Mantle, D., & Dybring, A. (2020). Bioavailability of Coenzyme Q10: An Overview of the Absorption Process and Subsequent Metabolism. *Antioxidants (Basel)*.
- Mantle, D., & Hargreaves, I. (2023). Coenzyme Q10 and Endocrine Disorders: An Overview. *Antioxidants*.
- Mantle, D., Lopez-Llunch, G., & Hargreaves, I. (2023). Coenzyme Q10 Metabolism: A Review of Unresolved Issues. *International Journal of Molecular Sciences*.
- OMS. (28 de Junio de 2023). Síndrome del ovario poliquístico. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome>
- Orias Vazquez, M. (2021). Actualización del síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*.
- Pereira Calvo, J., Pereira Rodriguez, Y., & Quiros Figueroa, L. (2020). Manejo del síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*.
- Sanchez Gaitan, E. (2019). Actualización del manejo de síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*.
- Santos de Sousa, M., Eduarda da Silvia, D., Aidar, F., Badicu, G., Greco, G., Cataldi, S., ..., Ardigo, L. (2023). Coenzyme Q10 Supplementation in Athletes: A Systematic Review. *Nutrients*.
- Santos, E. (2022). Resistencia a la insulina: revisión de literatura. *Rev Med Hondur*, 90(1), 1-94.
- Singh, M., & Giacobini, P. (2022). New insights into anti-Mullerian hormone role in the hypothalamic-pituitary-gonadal axis and neuroendocrine development. *Cellular and molecular life sciences: CMLS*, 78(1), 1-16.
- Zhang, T., He, Q., Xiu, H., Zhang, Z., Liu, Y., Chen, Z., & Hu, H. (2022). Efficacy and Safety of Coenzyme Q10 Supplementation in the Treatment of

Polycystic Ovary Syndrome: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reprod Sci.*

Factores de riesgo para Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de Álvaro Obregón, Michoacán

Ana Cecilia Santoyo Ceja

Mariana Gómez Mariño

Bertha Araceli Marín Alejandre



Resumen

Claramente, es crucial detectar y prevenir uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia a nivel global: los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos, y principalmente en la adolescencia; una etapa de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales significativas. Por lo que se plantea como objetivo identificar el porcentaje de adolescentes con factores de riesgo que podrían contribuir al desarrollo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, en estudiantes de secundaria en el municipio de Álvaro Obregón, Michoacán. Con ese fin, se utilizaron como instrumentos el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), y el Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ) para aplicación a 294 estudiantes de primer, segundo y tercer grado de tres secundarias de este municipio, mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple se consideraron 110 participantes, 64 mujeres y 46 hombres con una media de edad de 13.46 ± 1.00 años. En los resultados se confirmó un riesgo para este trastorno del 20% de las participantes mujeres, incluso a pesar de tener un peso saludable; y el 11.7% de los participantes hombres. Lo que confirma la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en esta población estudiantil y la importancia de la aplicación de medidas de detección, prevención, investigación y tratamiento para los mismos, así como la promoción a la salud sobre este tema.

Palabras clave: Adolescente, trastornos de la conducta alimentaria, factores de riesgo, TCA

Introducción

En el contexto actual de la salud mental y nutricional de las y los adolescentes, los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos representan una preocupación considerable debido a sus efectos adversos en el bienestar físico y psicológico. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de afecciones específicas y severas en las cuales las creencias negativas sobre la comida, la forma del cuerpo y el peso corporal se acompañan de conductas que incluyen restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito y uso de laxantes; en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de afecciones es complejo y aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales. A pesar del gran desarrollo de recursos utilizados en las últimas décadas para su comprensión, el origen preciso de estas alteraciones aún no ha podido ser explicado (Méndez J., Vázquez V. & García E., 2008) y (Arija V., Santi C., Novalbos J., Canals J. & Rodríguez M., 2022).

Los TCA han aumentado en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio en el 85% de los casos, entre 13 y 20 años. Alrededor del 95% de las personas con TCA son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, por lo que es evidente la influencia del género femenino en su génesis, pero no así en su etiopatogenia lo que es más compleja. Varios autores han sugerido que la orientación del rol de género y particularmente la socialización vinculada a la identidad femenina, coloca a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el período de adolescencia y adultez temprana (Ayuso J., Vieta E., & Arango C., 2014). La prevalencia de los TCA es del 2,2% en Europa (una prevalencia estimada en las mujeres de la anorexia nerviosa es de un 1-4%, la de la bulimia nerviosa es del 1- 2 % y la del trastorno por atracón del 1-4%. En los varones, la prevalencia de los TCA es del 0,3- 0,7%); del 3,5% en Asia y del 4,6% en América (Arija V., Santi C., et al, 2022).

En cuanto a datos de prevalencia de TCA en México, en la Encuesta Mexicana de Epidemiología Psiquiátrica se encontró un 0.2% de anorexia nerviosa (AN) y un 0.9% de bulimia nerviosa (BN) en mujeres adolescentes de 12 a 19 años. Y en la ENSANUT 2022 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2022), se reportó la proporción de adolescentes en riesgo alto de tener un TCA fue de 1.6% (2.0% en mujeres y 1.2% en hombres). Entre los adolescentes de mayor edad (14 a 19 años) esta proporción es de 2.3%, superior a la de 0.6% estimada para el grupo de 10 a 13 años. Asimismo, se observan mayores proporciones de adolescentes con riesgo en las zonas urbanas (2.1%), metropolitanas (1.8%), región Centro (2.9%). El 5% de los y las adolescentes se encontraron en riesgo moderado, con mayores proporciones en las mujeres (5.9%), en los de 14 a 19 años (6.3%) y en quienes habitan en zona metropolitana (5.6%) y en la zona Pacífico-Norte (7.3%). (Villalobos H., Bojórquez C., Hernández S., Unikoe S., 2023)

Por otra parte, es conveniente saber que la comorbilidad es elevada con problemas psiquiátricos como la depresión, la ansiedad, el déficit de atención e hiperactividad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad y el consumo de alcohol. Respecto a las alteraciones físicas o somáticas, los TCA se asocian a sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, entre otras. Por lo que, estas afecciones pueden llegar a ser graves al conducir a múltiples complicaciones físicas y psiquiátricas, además de tener impacto en la calidad de vida e incluso en la mortalidad. Actualmente se sabe que los TCA se distribuyen de forma global en los distintos países y que afectan a todas las etnias, culturas y grupos socioeconómicos (Arija V., Santi C., et al, 2022).

En cuanto a las formas de presentación clínica, se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que es el más ampliamente usado y cuya última clasificación se publicó en 2013 con la denominación de DSM5. En la clasificación DSM-5, los TCA mejor caracterizados son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), considerados como los tres TCA típicos. Además, se proporcionan los criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Otras formas "atípicas" de TCA son los TCA "especificados", caracterizados por la presentación de un cuadro clínico que cursa con angustia o deterioro en la vida social pero no cumple con los criterios completos de los TCA

típicos. Estos serían la AN, la BN y el TA atípicos, las purgas y el síndrome de alimentación nocturna. Finalmente se describe una categoría residual, calificada como TCA “no especificados”, que incluye todos los demás trastornos no incluidos en las demás categorías de TCA (Arija V., Santi C., et al, 2022) y (Ayuso J., Vieta E., et al., 2014).

Criterios Diagnósticos del DSM-5 Anorexia nerviosa (AN)

- a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- c) Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual (Ayuso J., Vieta E., et al., 2014).

Bulimia nerviosa (BN)

- a) Episodios recurrentes de atracones. Caracterizado por: 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio
- b) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

- d) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- e) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Ayuso J., Vieta E., et al., 2014).

Trastorno por atracón (TA)

- a) Episodios recurrentes de atracones, caracterizado por: 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- b) Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes: 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- c) Malestar intenso respecto a los atracones.
- d) Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- e) El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa (Ayuso J., Vieta E., et al., 2014).

Otro trastorno alimentario o de ingestión de alimentos especificado (OTAE)

- a) Anorexia nerviosa atípica. Se cumplen todos los criterios de AN, excepto que el peso, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal
- b) Bulimia nerviosa atípica. Se cumplen todos los criterios de BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios

inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

- c) Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada). Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracón, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- d) Trastorno de purgas. Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución en ausencia de atracones.
- e) Síndrome de ingestión nocturna de alimentos (Ayuso J., Vieta E., et al., 2014).

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (TANE)

Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (Ayuso J., Vieta E., et al., 2014).

El diagnóstico diferencial de cada uno de ellos es, a veces, complicado ya que comparten síntomas y conductas, como son la restricción dietética, la realización de atracones y la autovaloración a partir del peso y la figura. Resumiendo, la anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal, debida a una ingesta alimentaria muy por debajo de las necesidades de la persona que la padece y un miedo intenso a aumentar su peso, acompañado de una alteración en el modo como experimenta su peso o su figura corporal; la bulimia nerviosa se caracteriza por la realización de atracones (consumir gran cantidad de alimento con sensación de pérdida de control sobre lo que se está comiendo) acompañados de conductas compensatorias inapropiadas (como son el provocarse el vómito, la utilización de laxantes y/o diuréticos, así como el ejercicio excesivo y los ayunos); el trastorno por atracón se caracteriza por presentar atracones frecuentes, acompañados de pérdida de control sobre lo que se está comiendo, sin embargo, después de darse el atracón la persona no presenta conductas compensatorias; y los trastornos de la alimentación y la

nutrición que no se consideran en otras enfermedades (antes llamados trastornos alimentarios no específicos: TANE) son variantes de AN y BN pero con síntomas menos acentuados. Cabe mencionar que el término conducta alimentaria se refiere al conjunto de acciones que lleva a cabo una persona en respuesta a una motivación biológica, psicológica y socio-cultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de ésta da origen a las conductas alimentarias de riesgo (CAR), y al persistir y agravarse conduce a los ya mencionados TCA. Las CAR se definen como aquellas conductas compensatorias características de los TCA, pero que no pueden definirse como un TCA ya que no cumplen con los requisitos de severidad y duración (Moreno L., Carrillo A., 2016).

Factores de riesgo para TCA

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso delicado. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente (Echemendía T., 2011). Los factores de riesgo asociados a los TCA son la predisposición genética, rasgos psicológicos (baja autoestima), adolescencia, sexo femenino, factores familiares (ambiente familiar desestructurado, sobreprotector, experiencias familiares estresantes), factores sociales (cánon de belleza actual, presión social respecto la imagen, algunos deportes y profesiones, acoso por el físico, el sistema de tallaje, así como páginas que promueven los TCA (Rubio N., 2020). Varios estudios han encontrado diferencias por sexo en las mediciones de factores que permiten diagnosticar algún TCA, examinando las influencias de los factores biológicos, así como los factores psicológicos en hombres y mujeres, se ha encontrado que, en general, las mujeres adolescentes se involucran más que los hombres en conductas para bajar de peso, mientras que el ideal de cuerpo masculino no necesita la pérdida de peso, sino más bien el aumento de masa muscular. Estas diferencias por sexo pueden tener explicaciones a partir de los roles de género impuestos por las presiones socioculturales. Se puede decir que las mujeres experimentan una serie de motivaciones que las impulsa hacia algún trastorno alimentario que son diferentes en los hombres, lo cual las

induce a patrones alimentarios aberrantes y a la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal (Moreno L., Carrillo A., 2016).

En los últimos 30 años los TCA han sido foco de una creciente preocupación social (Guerrero C., Valero A., Solano M., 2020) porque este tipo de trastornos se describen entre las afecciones mentales de mayor letalidad, la rápida expansión social que han demostrado hace que actualmente sean reconocidos a nivel mundial “como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor” (Gayou E., Riveiro T., 2014), y sobre todo durante una de las etapas más vulnerables del ser humano, como lo es la adolescencia.

La adolescencia es la etapa que transcurre entre el comienzo de la pubertad y el final del crecimiento, en un corto periodo de tiempo, en general, en la 2ª década de la vida y afecta a los aspectos bio-psico-sociales (Diz J., 2013). Considerando los trabajos de Piaget, se ha señalado que durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez. Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto y a los 15 a 16 años el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal (M. Güemes-Hidalgo, Pubertad y adolescencia, 2017).

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano que se caracteriza por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales significativas; así como un mayor sentido de la realidad. En cuanto a los cambios psicosociales, las transformaciones físicas durante la adolescencia afectan la lucha entre dependencia e independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con pares, el proceso de adaptación y búsqueda de identidad propia; la contradicción de querer ser adulto, pero sin dejar de ser niño sigue alimentando la idea de una época difícil; por lo que es en este proceso que hacen su aparición los factores de riesgo y/o protección (Díaz C. & González M, 2014) y (Diz J., 2012). Por lo cual, la adolescencia se considera la etapa evolutiva sensible, vulnerable y crítica de mayor riesgo para el desarrollo del TCA. La edad promedio de aparición de un TCA oscila entre los 14 y los 20 años. Sin embargo, la preocupación de las niñas por su propio peso y su deseo de ser más delgadas surge entre los 9 y los 11 años. Los servicios de urgencias se han asociado con complicaciones médicas graves, su manejo terapéutico y las tasas de mortalidad son

altas; ya que estos trastornos pueden evolucionar hacia la cronicidad y presentar situaciones de elevada gravedad psiquiátrica y somática, pudiendo llegar a la muerte. Por ese motivo, es apremiante detectar las señales de alarma y poder actuar a tiempo, ya que la prevención es la mejor forma de actuar frente a estos problemas que parecen aumentar entre la población adolescente, y que pueden tornarse graves durante la adultez. (Guerrero C, Valero A., et al, 2020).

Considerando los argumentos previamente mencionados, la pregunta de esta investigación es: ¿Cuáles son y en qué porcentaje se presentan los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y la ingestión de alimentos en adolescentes estudiantes de secundaria en el municipio de Álvaro Obregón, Michoacán, en el año 2024? Con base en lo anterior, el propósito de esta investigación se centró en identificar la presencia de factores de riesgo para manifestación de síntomas de TCA en adolescentes, estudiantes de secundaria del municipio de Álvaro Obregón, Michoacán.

Metodología

En este estudio se aplicaron los instrumentos a 294 participantes adolescentes de tres secundarias del municipio de Álvaro Obregón, Mich., en el periodo de mayo-junio de 2024; y de los cuales mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple con 90% de confiabilidad y 10% de error, se consideraron 110 participantes, entre ellos fueron 64 mujeres y 46 hombres, con un rango de edad de 12 a 16 años (con una media de edad de 13.46 ± 1.00 años).

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo transversal y comparativo

En la tabla 1, se mencionan los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para este estudio.

Tabla 1. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

<ul style="list-style-type: none">• Estudiantes de primer, segundo y tercer grado.• Que cursen en secundarias del Municipio de Álvaro Obregón, Michoacán.• A partir de 11 años.• Rango máximo 16 años.• Género indistinto.• Aparentemente sanos y sanos.	<ul style="list-style-type: none">• Menores de 11 años.• Mayores de 16 años.• Autoridades escolares (directivos) que no acepten participar en el estudio.• Estudiantes que no asientan participar en el estudio.• Alteración cognitiva que incapacite la toma de decisiones.• Estudiantes que no presenten consentimiento informado firmado por parte de sus tutores.• Estudiantes de Telesecundaria.	<ul style="list-style-type: none">• Participantes cuyos tutores retiren su consentimiento.• Participantes que retiren su asentimiento.• Participantes a quienes falte un dato relevante para el estudio (peso, talla, ítems sin contestar).
<p>Fuente: Elaboración propia, 2024</p>		

Materiales: Laptop, internet, consentimientos, asentimientos y cuestionarios impresos, pantalla para proyección, lapicero, libreta, lápiz, celular (agenda), báscula.

Instrumentos: Para la detección de factores de riesgo para el desarrollo de TCA en adolescentes de secundaria, se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- a) Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2); fue creado por David Garner en 1983 y actualizado en 1993 configurándose como el EDI-2. La actual versión consiste en 91 reactivos con un formato de respuestas en una escala tipo Likert de seis puntos: “siempre”, “casi siempre”, “frecuentemente”, “en ocasiones”, “rara vez” o “nunca” que permiten puntuar en 11 escalas, 8 principales (obsesión por las

delgadez (DT); bulimia (B); insatisfacción corporal (BD); ineficacia (I); perfeccionismo (P); desconfianza interpersonal (ID); conciencia interoceptiva (IA) y miedo a la madurez (MF) y 3 adicionales (ascetismo (A), impulsividad (IR) e inseguridad social (SI) (Urzúa A., Castro S., Lillo A., Leal C., 2009).

- b) EAT-26 Eating Attitudes Test o Test de Actitudes Alimentarias, validado por Escoto y Camacho en el año 2008. Es un instrumento multidimensional con excelentes valores de confiabilidad, sensibilidad y especificidad, ideal para cribado de posibles TCA en población de riesgo. El alfa de Cronbach es de 0,89 y el valor de corte el de ≥ 20 puntos (sensibilidad=100%; especificidad=97,8%) (Constaín G., Rodríguez M., Ramírez G., Gómez G., Mejía L., Cardona J. 2017).
- c) Cuestionario de Forma Corporal o Body Shape Questionnaire (BSQ). Cuestionario que evalúa la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Fue creado y validado en población inglesa con TCA y estudiantes por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987. Consta de 34 preguntas directas con seis opciones de respuesta, que van de nunca a siempre, con un punto de corte de 105; y con un Alfa de Cronbach de 0.98, lo cual indica un excelente grado de consistencia interna (Vázquez A., et al., 2011).

Procedimiento

Para la presente investigación se contactó a las autoridades pertinentes de las secundarias seleccionadas para solicitar el permiso requerido y poder aplicar los cuestionarios a la población estudiantil en el Municipio de Álvaro Obregón. A los mismos se les indicó los objetivos de la investigación; y dichas autoridades aceptaron la realización del estudio en sus escuelas secundarias mediante el sello y la firma de consentimiento informado. Se hizo una primera visita en los salones de cada grado y grupo para informar a la comunidad estudiantil sobre la realización del estudio para así solicitar la participación voluntaria y hacer de su conocimiento que a sus tutores se les entregaría previamente una carta de consentimiento informado. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres, enviando las cartas a través del director del plantel; los padres fueron informados sobre las características de las medidas, así como de la intervención, para obtener el permiso para

que sus hijos participaran en el estudio. De esta manera y de acuerdo con los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, de la Declaración de Helsinki, los tutores o responsables de las y los adolescentes que participaron en la encuesta firmaron la carta de consentimiento informado y el día de la aplicación de los instrumentos las y los adolescentes menores de 18 años firmaron una carta de asentimiento informado; garantizando confidencialidad y anonimato de los resultados. El mismo día se tomó peso y talla, y una vez recolectados los datos, se procedió con la calificación de los cuestionarios, la interpretación y la transcripción de estos para tener la base de datos en MS Excel, para posteriormente realizar el análisis estadístico.

Además, se invitó los tutores de familia a una plática informativa sobre la detección y prevención de los TCA en adolescentes en cada uno de los planteles, con previo consentimiento firmado también, la cual fue impartida por un psicólogo especialista en el área cognitivo-conductual. En la charla también se destacó la importancia de recibir ayuda profesional para la detección temprana y tratamiento oportuno de los TCA.

Consideraciones éticas: Apegado a los lineamientos del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con base en el artículo 17 de la misma ley, se considera con riesgo mínimo. Los consentimientos, asentimientos e instrumentos impresos, así como los datos personales han sido resguardados y protegidos. Los resultados han sido utilizados sólo con fines científicos y para publicación en la revista “Cuadernos de divulgación de investigación UVAQ.

Análisis de datos

El tratamiento estadístico se realizó mediante programa SPSS® *Statistics* de SPSS AN IBM Company® en su versión 22 de Windows®. Las tablas y figuras se realizaron con el programa Microsoft Excel® en su versión 10.0 para Windows®. Para determinar la distribución de los datos se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov. Para las variables de género se aplicó frecuencias, para variables de edad, peso, talla, IMC, grado escolar, talla para la edad, peso para la edad y escalas de riesgo para TCA se obtuvieron los estadísticos descriptivos de media \pm desviación estándar (DE). Para comparar las medias de las variables de la escuela 1 y 2, escuela 1 y 3, escuela 2 y 3 se empleó la prueba ANOVA de un factor con significancia estadística a partir de $p \leq .05$

Resultados

La población de interés estuvo formada por todos los centros de educación secundaria (municipal, localidad, privada, urbana, rural) del Municipio de Álvaro Obregón, Michoacán. De los 291 adolescentes escolarizados, se seleccionó a partir de un muestreo probabilístico aleatorio simple a 110 adolescentes. En esta investigación participaron 3 centros educativos del Municipio de Álvaro Obregón, Michoacán; una secundaria pública municipal (zona urbana), representa el 46.4% de la muestra total; una secundaria pública de la localidad de La Purísima (en zona rural) con el 26.3%; y una secundaria particular municipal (zona urbana), con el 27.3% de la muestra total. De los y las adolescentes evaluadas, el 59.2% fueron mujeres ($n = 64$) y el 41.8% fueron hombres ($n = 46$). Edad promedio entre 12 y 16 años, con una media de edad de 13.46 años ($DE=1.00$). La distribución por género, tipo de escuela y rango de edad se presenta en la tabla 2, y la distribución por secundaria y grado escolar se presenta en la tabla 3.

Tabla 2. Distribución de la muestra por género, edad y secundaria

	12 a 14 años		15 a 16 años	
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
Secundaria municipal	24 (25.5)	17 (18.1)	5 (31.2)	5 (31.2)
Secundaria rural	16 (17.0)	11 (11.7)	3 (18.8)	0 (0)
Secundaria particular	14 (14.9)	12 (12.8)	2 (12.5)	1 (6.3)
Total	54 (57.4)	40 (42.6)	10 (62.5)	6 (37.5)
Total grupo de edad	94	(100)	16	(100)

Nota: F= Femenino, M= Masculino, (%)= porcentaje observado con relación al total grupo de edad. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

Se compararon las secundarias entre sí con la prueba ANOVA, para observar si existió o no una diferencia estadística significativa en la edad, peso, talla e IMC de la población total, como se muestra en la tabla 4, 5, 6 y 7.

Tabla 3. Distribución de la muestra por secundaria y grado escolar

	Grado escolar			
	1º (%)	2º (%)	3º (%)	Total/Sec
Secundaria municipal	18 (40.9)	16 (53.3)	17 (47.2)	51
Secundaria rural	15 (34.1)	8 (26.7)	7 (19.5)	30
Secundaria particular	11 (25.0)	6 (20.0)	12 (33.3)	29
Población total	44 (100)	30 (100)	36 (100)	110
(%) por grado escolar	(40)	(27.3)	(32.7)	(100)

Nota: 1º= Primer grado escolar, 2º= Segundo grado escolar, 3º= Tercer grado escolar, (%)= porcentaje observado con relación al total de grado escolar por secundaria, Total/Sec= Total de estudiantes por secundaria. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

Y para contextualizar, la secundaria en la cabecera municipal y zona urbana se nombró como escuela 1, la secundaria de localidad en zona rural como escuela 2 y la secundaria municipal particular en zona urbana como escuela 3.

Tabla 4. Comparación estadística múltiple, utilizando la edad como variable dependiente

Edad	Media	P Escuela 1 vs Escuela 2	P Escuela 1 vs Escuela3	P Escuela 2 vs Escuela 3
Grupo 1 (n=51)	13.52±1.06	0.58	0.99	0.68
Grupo 2 (n=30)	13.30±0.98			
Grupo 3 (n=29)	13.51±0.91			

Nota: Grupo 1 = Comparación entre escuela 1 vs escuela 2, Grupo 2 = Comparación entre escuela 1 vs Escuela 3, Grupo 3 = Comparación entre escuela 2 vs Escuela 3, n = número de participantes, P = Significancia estadística de $p \leq .05$, * = existencia de significancia estadística. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

Se observó que en cuanto a la edad en la comparación entre secundarias no hubo significancia estadística.

Tabla 5. Comparación estadística múltiple, utilizando el peso como variable dependiente

Peso	Media	P Escuela 1 vs Escuela 2	P Escuela 1 vs Escuela 3	P Escuela 2 vs Escuela 3
Grupo 1 (n=51)	56.21±14.21	0.87	0.99	0.86
Grupo 2 (n=30)	54.70±15.09			
Grupo 3 (n=29)	56.55±10.29			

Nota: Grupo 1 = Comparación entre escuela 1 vs escuela 2, Grupo 2 = Comparación entre escuela 1 vs Escuela 3, Grupo 3 = Comparación entre escuela 2 vs Escuela 3, n = número de participantes, P = Significancia estadística de $p \leq .05$, * = existencia de significancia estadística. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

Se analizó que en cuanto a la variable del peso en la comparación entre secundarias no hubo significancia estadística.

Tabla 6. Comparación estadística múltiple, utilizando la talla como variable dependiente

Talla	Media	P	P	P
		Escuela 1 vs Escuela 2	Escuela 1 vs Escuela 3	Escuela 2 vs Escuela 3
Grupo 1 (n=51)	1.58±0.08	0.53	0.30	0.92
Grupo 2 (n=30)	1.60±0.06			
Grupo 3 (n=29)	1.60±0.07			

Nota: Grupo 1 = Comparación entre escuela 1 vs escuela 2, Grupo 2 = Comparación entre escuela 1 vs Escuela 3, Grupo 3 = Comparación entre escuela 2 vs Escuela 3, n = número de participantes, P = Significancia estadística de $p \leq .05$, * = existencia de significancia estadística. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

Se examinó que en cuanto a la talla en la comparación entre secundarias no hubo significancia estadística.

Tabla 7. Comparación estadística múltiple, utilizando el IMC como variable dependiente

IMC	Media	P	P	P
		Escuela 1 vs Escuela 2	Escuela 1 vs Escuela 3	Escuela 2 vs Escuela 3
Grupo 1 (n=51)	22.23±4.14	0.47	0.93	0.75
Grupo 2 (n=30)	21.11±4.38			
Grupo 3 (n=29)	21.88±3.86			

Nota: Grupo 1 = Comparación entre escuela 1 vs escuela 2, Grupo 2 = Comparación entre escuela 1 vs Escuela 3, Grupo 3 = Comparación entre escuela 2 vs Escuela 3, n = número de participantes, P = Significancia estadística de $p \leq .05$, * = existencia de significancia estadística. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

En cuanto a la variable del IMC en la comparación entre secundarias no hubo significancia estadística. Se realizó la agrupación de la variable de riesgo para TCA agrupándola por género, IMC y escuelas, como se puede observar en la tabla 8. De este modo se identifica a los y las participantes de estudio con la finalidad de calcular el porcentaje de adolescentes en riesgo de prevalencia para desarrollar dicho trastorno.

Tabla 8. Riesgo de TCA según el IMC y Escala EAT-26 en adolescentes de secundarias en el Municipio de Álvaro Obregón, Michoacán, 2024

	Género	IMC	S/R	% por Esc.	C/R	% de la población	Total
Escuela 1 (Pública Municipal)	Femenino	Peso bajo	1	1.9%	0	0.0%	29
		Normal	12	23.5%	7	13.7%	
		Sobrepeso	3	5.8%	2	4.0%	
		Obesidad	2	4.0%	2	4.0%	
	Masculino	Peso bajo	0	0.0%	0	0.0%	22
		Normal	6	11.7%	2	4.0%	
		Sobrepeso	1	2.0%	5	9.8%	
		Obesidad	7	13.7%	1	1.9%	
Escuela 2 (Pública-Localidad)	Femenino	Peso bajo	1	3.3%	0	0.0%	19
		Normal	8	26.7%	5	16.7%	
		Sobrepeso	4	13.3%	0	0.0%	
		Obesidad	0	0.0%	1	3.3%	
	Masculino	Peso bajo	1	3.3%	0	0.0%	11
		Normal	4	13.3%	0	0.0%	
		Sobrepeso	2	6.8%	1	3.3%	
		Obesidad	3	10.0%	0	0.0%	
Escuela 3 (Particular- Municipal)	Femenino	Peso bajo	1	3.5%	0	0.0%	16
		Normal	5	17.2%	3	10.3%	
		Sobrepeso	3	10.3%	1	3.5%	
		Obesidad	2	6.9%	1	3.5%	
	Masculino	Peso bajo	0	0.0%	0	0.0%	13
		Normal	6	20.6%	1	3.5%	
		Sobrepeso	2	6.9%	2	6.9%	
		Obesidad	1	3.5%	1	3.5%	
	Género	IMC	S/R	% Total	C/R	% Total	
Total de la muestra General	Femenino	Peso bajo	3	2.7%	0	0.0%	110
		Normal	25	22.7%	15	13.6%	
		Sobrepeso	10	9.1%	3	2.7%	
		Obesidad	4	3.7%	4	3.7%	
	Masculino	Peso bajo	1	0.9%	0	0.0%	
		Normal	16	14.5%	3	2.7%	
		Sobrepeso	5	4.5%	8	7.3%	
		Obesidad	11	10.0%	2	1.9%	
		Total	75	68.2%	35	31.8%	

Nota: TCA= Trastorno de la conducta alimentaria, IMC= Índice de masa corporal, Eat-26= Test de actitudes alimentarias, %= porcentaje, Esc.= Escuela, S/R= Sin Riesgo, C/R= Con Riesgo. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

Donde se evidencia una frecuencia preponderante en estudiantes de género femenino que corresponde al 20% de las estudiantes de la muestra total con riesgo de desarrollar un TCA; y quienes presentan un 13.6% del percentil del IMC como peso saludable; sin embargo, ya se encuentran dentro de la población de riesgo para desarrollar un TCA.

El riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en varones es del 11.7%, menor que en mujeres. De este porcentaje, un 2.7% tiene un peso saludable según el percentil del IMC para menores de 20 años, y un 9.2% presenta sobrepeso u obesidad y riesgo de TCA. Los resultados del cuestionario BSQ mostraron que ninguno de los estudiantes, ni hombres ni mujeres, presenta riesgo de insatisfacción con su imagen corporal o preocupación por el peso, según los puntos de corte establecidos.

Tabla 9. Nivel de frecuencia de insatisfacción de imagen corporal y preocupación por el peso (BSQ) de acuerdo al género en la muestra total estudiantil.

Muestra	Frecuencia	%	% S/R de Insatisfacción de la imagen corporal	% C/R de Insatisfacción de la imagen corporal	S/R preocupación por el peso	C/R preocupación por el peso
Femenino	64	58.2%	58.2%	0%	58.2%	0%
Masculino	46	41.8%	41.8%	0%	41.8%	0%
Total	110	100%	100%	0%	100%	0%

Nota: BSQ= *Body Shape Questionnaire* (cuestionario de la forma corporal), %= Porcentaje, S/R= Sin Riesgo, C/R= Con Riesgo. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

Se obtuvo la calificación del cuestionario EDI-2 en sus 11 subescalas para detectar el número de participantes de las tres escuelas sin riesgo y con riesgo de desarrollar TCA como se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Número de alumnos con y sin riesgo para desarrollar un TCA de acuerdo al género y puntuaciones de las subescalas del EDI-2.

Subescalas EDI-2	Femenino				Masculino			
	S/R	M±DE	C/R	M±DE	S/R	M±DE	C/R	M±DE
Obsesión por la delgadez	53	17.66±5.03	11	3.66±2.08	42	14.0±4.35	4	1.33±1.52
Insatisfacción corporal	56	18.66±6.65	8	2.66±0.57	40	13.33±4.93	6	2.00±1.00
Miedo a la madurez	47	15.66±5.50	17	5.66±1.52	36	12.00±3.00	10	3.33±3.21
Bulimia	63	21±7.00	1	0.33±0.57	45	15.00±5.29	1	0.33±0.57
Conciencia interoceptiva	44	14.66±4.16	20	6.67±4.04	42	14.00±4.35	4	1.33±1.52
Ineficacia	45	15±5.19	19	6.33±2.08	41	13.66±4.72	5	1.66±1.15
Perfeccionismo	56	18.66±6.65	26	8.66±10.69	41	13.66±4.72	32	10.66±16.74
Desconfianza interpersonal	55	18.33±6.11	9	3.00±1.00	44	14.66±5.50	2	0.66±0.57
Impulsividad	51	17.00±4.00	12	4.00±3.46	38	12.66±3.78	8	2.66±2.08
Ascetismo	60	20.00±5.56	4	1.33±1.52	42	14.00±5.19	4	1.33±1.15
Inseguridad social	51	17.00±6.08	13	4.33±1.15	44	14.66±5.68	2	0.66±0.57

Nota: EDI-2 Inventario de Trastornos de Conducta alimentaria, S/R= Sin Riesgo, C/R= Con Riesgo, M= Media, ±DE= Más menos Desviación Estándar. **Fuente:** Elaboración propia, 2024

En base al resultado del EDI-2 para cada subescala en cada estudiante, se pudo analizar que, en la obsesión por la delgadez, miedo a la madurez, conciencia interoceptiva, ineficacia e inseguridad social es más frecuente con una diferencia significativa en mujeres. El porcentaje de perfeccionismo es mayor en la población varonil. Y el porcentaje de riesgo para la subescala de bulimia se presenta en el mismo porcentaje para mujeres y para hombres.

Discusión y conclusiones

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un tema de interés actual para la investigación clínica, pedagógica y básica. Por lo tanto, es necesario que las y los profesionales de la salud e incluso de educación tengan mayores conocimientos sobre la salud de la población adolescente, debido a las características de este grupo etario que tiene necesidades específicas dentro de su grupo, ya que estos pueden padecer un TCA, y afectar principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes.

Este grupo de alteraciones comprende a varias entidades que podrían ser crónicas y que varían desde, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, en los cuales se ven distorsionados los patrones de la ingestión de alimentos (Edward Torres-Cruz). Estos trastornos son un importante problema de salud que afectan principalmente a mujeres jóvenes y se constituyen en trastornos severos casi siempre crónicos, con alta mortalidad y disfuncionalidad. En el mundo, el 1% de la población adolescente y de adultos jóvenes sufre AN, y otro 4,1%, BN (Constaín G., Ramírez C., Rodríguez M., Álvarez M., Múnera C., Acost C. 2014). Los trastornos de la alimentación son frecuentes en las consultas clínicas de atención primaria y representan una causa significativa de problemas de salud y morbimortalidad.

Sin embargo, no se dispone de estadísticas precisas, pues el diagnóstico de TCA escapa a la mayoría de los profesionales de la salud y los casos reportados corresponden a los realizados por especialistas a quienes acuden pacientes con cuadros de varios años de evolución, siendo esta la situación de casi el 50% de los casos de AN, lo cual tiene implicaciones en el curso y pronóstico, en la calidad de vida y en los costos del tratamiento del paciente. (Constaín G., Ramírez C., et, al 2014).

He de ahí la importancia de identificar las conductas y cogniciones de la conducta alimentaria en edades tempranas en vista de que tienen mayor riesgo de desarrollar algún TCA severo en edades adultas. El uso de instrumentos ágiles que identifiquen a las personas con riesgo de TCA, contribuye al diagnóstico precoz y al desarrollo de programas de prevención. Uno de los más usados es el Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y

Garfinkel, cuya versión original de 40 ítems fue reducida a 26 (EAT-26), conservando adecuadas propiedades de confiabilidad y validez para la detección de TCA (Constaín G., Ramírez C., et, al 2014), el EAT-26 es uno de los instrumentos que se utilizaron para la detección de factores de riesgo para el desarrollo de TCA en esta investigación.

Los resultados observados en este estudio indican que sí existe un porcentaje importante de estudiantes adolescentes con presencia de factores de riesgo para padecer un TCA, presentando puntuaciones altas en los distintos componentes de dos de los tres instrumentos empleados. Y que la población en mayor riesgo es la del género femenino, incluso con un peso en parámetros normales para la mayoría de ellas y a pesar de ello, ya se encuentran entre la población de riesgo. Lo cual señala y de acuerdo a este estudio realizado que el IMC no es un parámetro para la detección de riesgo de TCA en adolescentes. Concluyendo con esto, se está de acuerdo con lo que mostró Torres Cruz (2021) en sus estudios y comparaciones elaboradas también con la población adolescente de su región. Con esto podemos aportar y afirmar que aquí en México, en el estado de Michoacán y más propiamente en el municipio de Álvaro Obregón, el IMC no es un indicador para detección de TCA en las y los adolescentes.

También se observó que, en cuanto a las variables de edad, peso, talla, IMC en la comparación entre secundarias no hubo significancia estadística. Pero como era de esperarse, en la aplicación del cuestionario EDI-2 la población adolescente de género femenino puntuó más para riesgo de TCA, siendo las subescalas de obsesión por la delgadez (búsqueda constante de la delgadez, preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar), miedo a la madurez (temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso en la adultez y el deseo de volver a la apariencia prepuberal), conciencia interoceptiva (grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad), ineficacia (sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, auto desprecio) e inseguridad social (creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y de escasa calidad) las más puntuadas con una diferencia significativa en comparación con las puntuaciones de los varones para las mismas subescalas. A diferencia de otros estudios donde el perfeccionismo (está convencido

de que los demás esperan unos resultados excepcionales) es más propio del género femenino, en esta población la puntuación más alta se presentó entre los varones en riesgo, probablemente porque en esta población son los varones los que tienen una mayor exigencia sobre sí mismos. Por otro lado, el riesgo de desarrollar bulimia (tendencia a tener pensamientos o darse atracones de comida de manera incontrolable, se asocia con marcadas disfunciones psicológicas) es el mismo porcentaje para mujeres y hombres, aunque de toda la población sólo un hombre y una mujer puntuaron para este riesgo, es decir, existe riesgo, pero en un nivel bajo.

Ya se mencionó que en esta población el género femenino presentó más riesgo de TCA, sin embargo, es de gran relevancia mencionar que un 9.2% de varones de la muestra total presenta sobrepeso y obesidad con una diferencia del 4.5% mayor que en las mujeres; por lo tanto, el porcentaje de riesgo de desarrollar un TCA en ellos es del 9.2%, pero sólo el exceso de sobrepeso en varones ya supone por sí mismo un riesgo elevado ante los trastornos alimentarios debido a su condición física.

Es grato detectar que en cuanto a riesgo de la preocupación por el peso o insatisfacción por la imagen corporal en el cuestionario de la forma corporal (BSQ), no hubo porcentaje de presencia de riesgo en los mismos, sin embargo, es importante mencionar que el total de puntuación para este instrumento en cada subescala estuvo muy cerca del rango de riesgo, lo cual es preocupante ya que esto puede predisponer a esta población adolescente a desarrollar síntomas de este tipo para sufrir un TCA en un futuro próximo.

A lo largo de este estudio, se ha destacado que los TCA son un problema significativo de salud en las sociedades desarrolladas, especialmente prevalentes entre las y los adolescentes. Estos trastornos no solo tienen repercusiones epidemiológicas importantes, sino que también generan consecuencias físicas (como problemas óseos, endocrinos, metabólicos, cardiovasculares, entre otros) y psicosociales en quienes los padecen. Estas últimas incluyen alteraciones del sueño, cambios de humor, riesgo de suicidio, aislamiento social, y dificultades familiares y de pareja. Quien padece estas alteraciones no es sólo quien las sufre, sino es el entorno que le rodea quien también lo sufre.

Tal como se plantea en esta investigación, los factores de riesgo causales de TCA son multifactoriales (psicológicos, biológicos, socioculturales) por lo que se ha reflejado la importancia de la aplicación de medidas preventivas, y con metodología interactiva y multidisciplinaria (trabajo conjunto de nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, médicos de atención primaria, trabajadores sociales e incluso autoridades del área educativa). Se ha reflejado el papel fundamental de la familia y la escuela como agentes socializadores y de modelado de patrones de alimentación saludable, aprendizaje de habilidades interpersonales adecuadas y actitud crítica ante los mensajes socioculturales.

Finalmente, el presente estudio incita a que se tome conciencia de la importancia y el riesgo que presenta la población adolescentes con respecto a los TCA, pero desafortunadamente, este problema no es totalmente controlado, mucho menos tiene una intervención completa, ya que en la actualidad, son muchos los factores que dificultan la detección, prevención, investigación y tratamiento del mismo, y uno de ellos es la falta de formación de profesionales de la salud y de la educación (Gaete V., López C. 2020). Por lo que se espera que los resultados de esta investigación para el presente artículo ayuden, inspiren y favorezcan a realizar acciones en el uso y planificación de una perspectiva más sólida en relación con los TCA, así como comenzar en este municipio con promoción a la salud para la prevención de estos, y como profesionales de la salud comenzar a actuar para la detección y atención oportuna ante este problema de salud pública.

Referencias

- Arija V., Santi C., Novalbos J., Canals J. & Rodríguez A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria*, 39(2), 8-15. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500003
- Ayuso, J. L., Vieta, E., & Arango, C. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. APA
- Constaín G., Ramírez C., Rodríguez M., Álvarez M., Múnera C., Acost C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención primaria*, 46(6), 283-288. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-utilidad-diagnostica-escala-eat-26-S0212656714000134>
- Constaín G., Rodríguez M., Ramírez G., Gómez G., Mejía L., Cardona J. (2017). Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Atención primaria*, 49(4), 206-213. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-utilidad-diagnostica-escala-eating-S0212656716302074>
- Díaz C., L., & González M. (2014). Conductas problema en adolescentes en la ciudad de Monterrey, México. *Enfermería global*, 13(33), 1-16. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100001
- Diz, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 17(2), 88-93. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Echemendía B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 61(1), 470-481.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1561-30032011000300014&script=sci_arttext

Gaete V., López C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500784

Gayou U. & Ribeiro-Toral, R. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 115-123.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000200006

Güemes M., González C., Hidalgo M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 21(4), 233-244. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia- aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>

Guerrero B., Valero L., Solano D., Priore C., Perea A. & Afán M. (2020). Detección de problemas alimentarios y su relación. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(3), 261-273.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232020000100261

Méndez J., Vázquez V., García E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del hospital infantil de México*, 65(6), 579-592.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18623>

Moreno L., Carrillo A., (2016). *La perspectiva de género en la salud*. Libros facmed UNAM.

<https://libros.facmed.unam.mx/index.php/2021/05/19/la-perspectiva-de-genero-en-la-salud/>

Rubio, N. (2020). Los 14 factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/clnica/factores-riesgo-trastornos-conducta-alimentaria>

- Torres E., Torres F. (2021). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de educación secundaria. *Revista innova educación*, 3(2), 349-359. https://www.researchgate.net/publication/350606431_Trastornos_de_conducta_alimentaria_en_estudiantes_de_educacion_secundaria
- Urzúa A., Castro S., Lillo A., Leal C., 2009. Evaluación de los trastornos alimentarios: Propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados (as) de 13 a 18 años. *Revista chilena de nutrición*, 36(4), 1063-1073. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400002
- Villalobos A., Bojórquez I., Hernández I., & Santoncini, C. (2023). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. ENSANUT continua 2022. *Salud pública de México*, 65(1), 96-101. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8989291>

Estudio exploratorio de ageusia y anosmia derivada de post- Covid 19 y su relación con alteraciones del apetito

Dulcepatricia Yahamel Esquivel Larios



Resumen

El COVID-19 generó múltiples muertes a lo largo de la pandemia. Quienes sobrevivieron presentaron otras repercusiones auto perceptibles como anosmia, hiposmia sin obstrucción nasal y ageusia, agregándose a corto y largo plazo al cuadro clínico de la infección. En la actualidad, la Ageusia y anosmia se consideran como uno de los principales síntomas del cuadro sintomatológico, lo que nos llevó a preguntarnos si al haber disminución del olfato y del gusto se pudieran presentar desequilibrios del apetito o bien el consumo de alimentos. Se realizó este estudio exploratorio con 9 participantes mujeres de 25-35 años, estudiantes de un posgrado en la universidad UVAQ en junio del 2023. Con base en los resultados, se pudo observar dentro de nuestro estudio que es muy variable la sintomatología en relación a lo alimentario.

Palabras clave: COVID-19, anosmia, ageusia, apetito, hábitos alimentarios.

Introducción

La enfermedad por coronavirus, conocida como COVID-19, es causada por el virus SARS-CoV-2 y ha tenido un impacto significativo en la salud a nivel mundial. Según la OMS, al 20 de agosto de 2021, se habían registrado 210,112,064 casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo, incluyendo 4,403,765 muertes, de las cuales la Región de las Américas representó el 39% de los casos y el 47% de las muertes (PAHO, 2021).

El contagio de COVID-19 ha sido objeto de amplia investigación, y es probable que se sigan descubriendo nuevas repercusiones de la infección. Actualmente, hay evidencia de que COVID-19 puede afectar múltiples órganos y sistemas a mediano y largo plazo, una condición que se ha denominado COVID-19 Post-agudo (COVID-PA o COVID Prolongado). Aunque generalmente se considera que estas secuelas duran alrededor de seis meses, se han documentado casos en los que los síntomas se prolongan aún más, llegando a convertirse en condiciones crónicas.

La mayoría de las personas infectadas experimentan complicaciones respiratorias de leves a moderadas y se recuperan sin necesidad de tratamiento especial, aunque algunas requieren atención médica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos y dificultad para respirar, pero una proporción significativa de pacientes también experimenta pérdida del olfato (anosmia) y del gusto (ageusia). Con la evolución de la pandemia, se ha hecho evidente que la anosmia y la ageusia pueden persistir durante semanas o incluso meses después de la recuperación de la infección aguda por COVID-19. Esta prolongada alteración de los sentidos plantea preguntas importantes sobre las posibles consecuencias a largo plazo y los efectos secundarios de la enfermedad.

La anosmia y la ageusia también pueden tener un impacto significativo en el apetito y los hábitos alimenticios, especialmente en mujeres. La pérdida del olfato y del gusto puede reducir el placer de comer, alterar la percepción de sabores y olores, y afectar la ingesta de alimentos en general. Esto genera preocupaciones sobre la nutrición y el bienestar de los

pacientes recuperados de COVID-19, así como la posible relación entre estas pérdidas sensoriales y el desarrollo de trastornos alimentarios.

En este contexto, es necesaria una investigación más profunda y sistemática de la anosmia y la ageusia post-COVID-19, así como su impacto en el apetito y la nutrición de los pacientes. Comprender mejor estas interacciones es crucial para el manejo clínico de los pacientes recuperados de COVID-19 y para desarrollar estrategias de rehabilitación y apoyo para aquellos con alteraciones persistentes en el olfato y el gusto. El objetivo de este estudio es investigar la relación entre la autopercepción de síntomas de anosmia, ageusia y las alteraciones del apetito en pacientes en recuperación de COVID-19, con el fin de mejorar la comprensión de los efectos a largo plazo de la enfermedad y desarrollar intervenciones efectivas para abordar estas consecuencias.

La conducta alimentaria abarca todas las acciones y decisiones relacionadas con la alimentación, influenciadas por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. También incluye comportamientos asociados con trastornos alimentarios, como la restricción excesiva de alimentos, los atracones compulsivos, la purga y la preocupación por el peso y la imagen corporal. Por otro lado, el apetito es una sensación subjetiva que impulsa a una persona a buscar y consumir alimentos, y está influenciado por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Problematización

La pandemia de COVID-19 ha planteado numerosos desafíos médicos y científicos, entre los cuales se encuentran la anosmia (pérdida del olfato) y la ageusia (pérdida del gusto) o su disminución, que son síntomas comunes en pacientes infectados. Aunque inicialmente se consideraron síntomas temporales, se ha observado que en algunos pacientes persisten incluso después de la recuperación de la infección aguda. Este fenómeno plantea preguntas importantes sobre la naturaleza de la enfermedad, su impacto a largo plazo y las posibles implicaciones para la salud pública.

En la comunidad universitaria estudiada, no se dispone de información sobre personas con problemas de conducta alimentaria o apetito que no sean solo consecuencia de condiciones de salud mental o metabólicas, sino también relacionadas con anosmia y ageusia como secuelas de COVID-19. Estos síntomas pueden afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes, reduciendo su capacidad para disfrutar de los alimentos y percibir el entorno de manera adecuada.

Además de la anosmia y la ageusia, muchos pacientes post-COVID-19 experimentan alteraciones en el apetito y cambios en sus patrones alimentarios. Algunos reportan una disminución significativa del apetito, mientras que otros presentan un aumento en la ingesta de alimentos, lo que puede llevar a cambios en el peso y la composición corporal. Estos cambios pueden deberse a diversos factores, incluidos los efectos directos del virus en el sistema nervioso, el estrés emocional asociado con la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos utilizados para el COVID-19.

Aunque se reconoce que la anosmia y la ageusia, y su impacto en el apetito, son fenómenos emergentes en el contexto del COVID-19, existe una falta de investigación específica sobre esta interacción. Este estudio exploratorio con una muestra limitada de 9 participantes puede servir como punto de partida para comprender mejor esta relación poco investigada, especialmente en la comunidad universitaria.

El presente estudio se centra en explorar la percepción de anosmia y ageusia derivadas de COVID-19 y su relación con las alteraciones del apetito. Reconoce la importancia de un enfoque exploratorio para captar la variabilidad individual y proporcionar detalles sobre cómo los pacientes experimentan y manejan estos síntomas. Dado que estos síntomas son relativamente nuevos como características de COVID-19, es crucial investigar cómo los pacientes los perciben en su vida diaria, y cómo impactan en su apetito y hábitos alimentarios. La pérdida de olfato y gusto afecta la percepción de sabores y olores, lo que tiene un impacto significativo en la calidad de vida, influenciando la elección de alimentos y, en consecuencia, el peso corporal. Dado que la autopercepción puede variar significativamente entre individuos, el estado nutricional del paciente puede verse

comprometido, lo que subraya la necesidad de comprender cómo los pacientes interpretan y se adaptan a estos cambios.

Los hallazgos de este estudio podrían proporcionar información valiosa para desarrollar futuras investigaciones y estrategias de apoyo, tales como la autogestión de síntomas y recomendaciones dietéticas. Además, estos resultados pueden orientar investigaciones posteriores desde una perspectiva multidisciplinaria, incluyendo nutrición, psicología y medicina.

Inicialmente, los síntomas clínicos reportados para COVID-19 incluían fiebre, tos, astenia, disnea, odinofagia, cefalea, artromialgias y diarrea. Sin embargo, a medida que la infección se propagó y llegó a Europa, la pérdida súbita del olfato (anosmia/hiposmia) emergió como un síntoma notable. Aunque inicialmente fue subestimada por su carácter leve, la anosmia ha ganado relevancia debido a su frecuencia y singularidad (Barón-Sánchez, 2020). Se han documentado casos en los que la anosmia es el único síntoma, aunque generalmente se asocia con alteraciones del gusto (ageusia) y puede aparecer junto con otros síntomas típicos de la infección (Barón-Sánchez, 2020).

Metodología

Para llevar a cabo este estudio exploratorio cualitativo sobre la autopercepción de alteraciones del olfato y el gusto post-COVID-19 en mujeres, y su relación con el consumo de alimentos derivado del apetito, se siguió el procedimiento de la figura 1.

Figura 1. Proceso de la investigación



Fuente: Elaboración propia, 2024

Se realizó un estudio exploratorio cualitativo utilizando entrevistas estructuradas a través de un cuestionario digital como herramienta cuantitativa de apoyo. Este cuestionario recabó información sobre la autopercepción de las participantes en relación con las alteraciones del olfato y el gusto, así como su impacto en el apetito y los hábitos alimentarios. Este enfoque permitió explorar en profundidad cómo las participantes experimentan y comprenden estas alteraciones, recopilando datos detallados sobre sus experiencias individuales y su relación con las variaciones en el apetito. Así, se adoptó un enfoque cualitativo para profundizar en las experiencias y percepciones individuales de las mujeres con respecto a las alteraciones del olfato y el gusto post-COVID-19, y su impacto en el consumo de alimentos.

La muestra se seleccionó focalizándose en mujeres de entre 25 y 35 años, con antecedentes de diagnóstico de COVID-19 y autopercepción de afectación en los sentidos, específicamente anosmia y ageusia. Las participantes firmaron un consentimiento informado, que proporcionó información detallada sobre el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, los posibles riesgos y beneficios de la participación, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Esto garantizó que las participantes comprendieran plenamente el estudio y dieran su consentimiento de manera informada.

Esta metodología permitió obtener información detallada y significativa sobre la autopercepción de alteraciones del olfato y el gusto post-

COVID-19 en mujeres, así como su relación con el consumo de alimentos y el apetito. Los datos recopilados ofrecerán una comprensión más profunda de este fenómeno emergente y podrán orientar futuras intervenciones e investigaciones en este campo. La entrevista consistió en una batería de 11 preguntas, de las cuales 2 eran de opción múltiple y 9 eran preguntas abiertas, diseñadas para ser interpretadas en profundidad.

Formato de entrevista estructurada

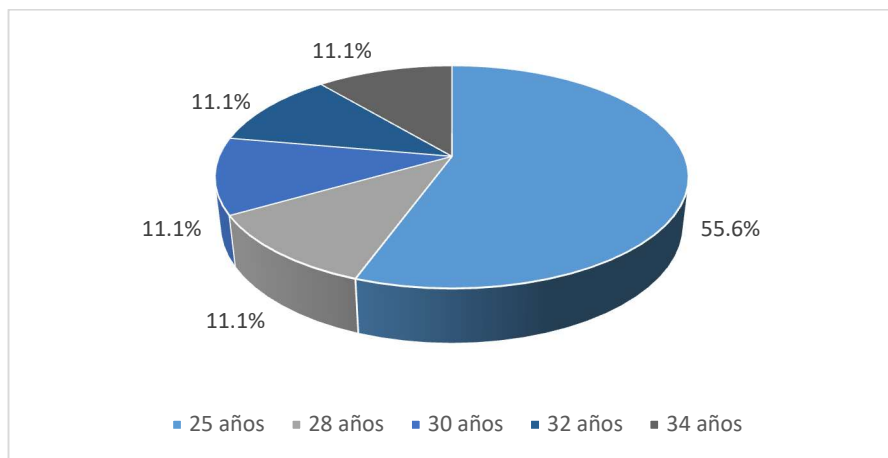
1. ¿Qué grado estudias?
2. ¿Padeciste COVID-19?
3. ¿Cuándo? ¿Cuántas veces?
4. Fecha en año de la última vez.
5. ¿Presentaste alguno de los siguientes síntomas? Cambios en el sabor, disminución del apetito, aumento del apetito, aumento del peso corporal, disminución del peso corporal, disminución en el sentido del olfato, aumento del sentido del olfato.
6. Si respondiste de manera afirmativa, cambios en el sabor. ¿Cuáles fueron?
7. ¿Cuánto se modificó mi composición corporal? 0-3, 3-6, No hubo cambios, otro.
8. Si presentaste cambios en tu composición corporal, ¿A qué atribuyes estos cambios?
9. Describe tus hábitos alimentarios cuando presentaste COVID-19. (Desayuno, comida, cena y/o snack, remedio casero, u otros).
10. En la actualidad, ¿Persiste alguno de estos síntomas?
11. ¿Cuánto tiempo presentaste los síntomas?
12. ¿Tenías algún diagnóstico previo de enfermedades? ¿Cuál o cuáles? Describe.

Resultados

En este estudio exploratorio se investigaron los síntomas experimentados por un grupo de estudiantes de posgrado de la Universidad Vasco de Quiroga en Morelia, Michoacán, después de haber padecido COVID-19. Los resultados mostraron una variedad de alteraciones en la percepción sensorial y los hábitos alimenticios entre los participantes. En total, participaron 9 estudiantes en las entrevistas, todas ellas mujeres que cursan estudios de maestría. Los hallazgos proporcionan información valiosa sobre la salud y los hábitos alimenticios de este grupo específico de la población universitaria en Morelia, Michoacán.

La figura 2 muestra la distribución por edades de las participantes en el estudio. La mayoría de las participantes, un 55.6%, tienen 25 años. El resto de las edades están representadas de manera equitativa, con un 11.1% de las participantes teniendo 28 años, 30 años, 32 años y 34 años respectivamente. Esto indica que más de la mitad de las participantes son relativamente jóvenes, con una edad promedio concentrada en los 25 años, mientras que el resto se distribuye uniformemente entre los 28 y 34 años.

Figura 2. Edad de las participantes

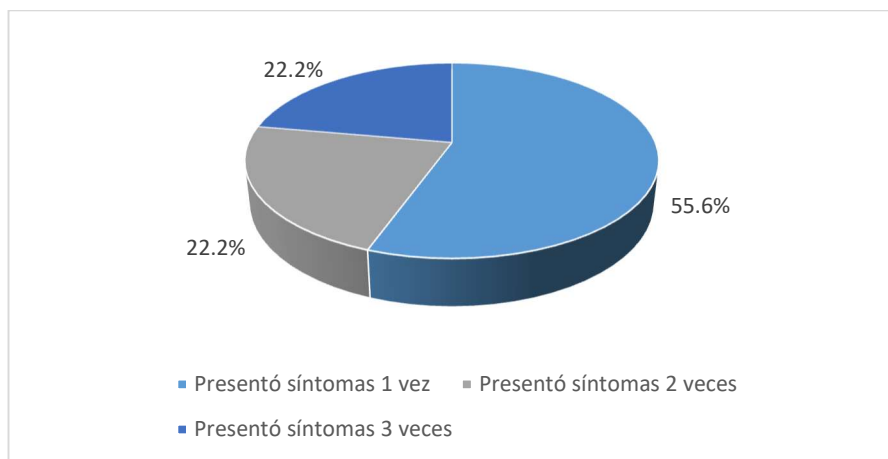


Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2024

Impactos en la salud

La figura 3 muestra la frecuencia con la que las participantes del estudio presentaron síntomas de COVID-19. La mayoría de las participantes, un 55.6%, experimentaron síntomas de COVID-19 solo una vez, lo que sugiere que, para más de la mitad de las mujeres estudiadas, el COVID-19 fue un evento aislado. Sin embargo, es notable que casi la mitad de las participantes (44.4%) reportaron haber tenido síntomas en más de una ocasión, lo que indica la presencia de casos recurrentes de la enfermedad. Estos resultados podrían señalar la posibilidad de reinfección o la presencia de síntomas prolongados y recurrentes en algunos casos. Esta distribución destaca la importancia de continuar investigando los patrones de recurrencia y los factores que podrían influir en la vulnerabilidad a múltiples episodios de COVID-19, así como las posibles diferencias en la respuesta inmunitaria entre las participantes.

Figura 3. Presentaron síntomas de Covid-19



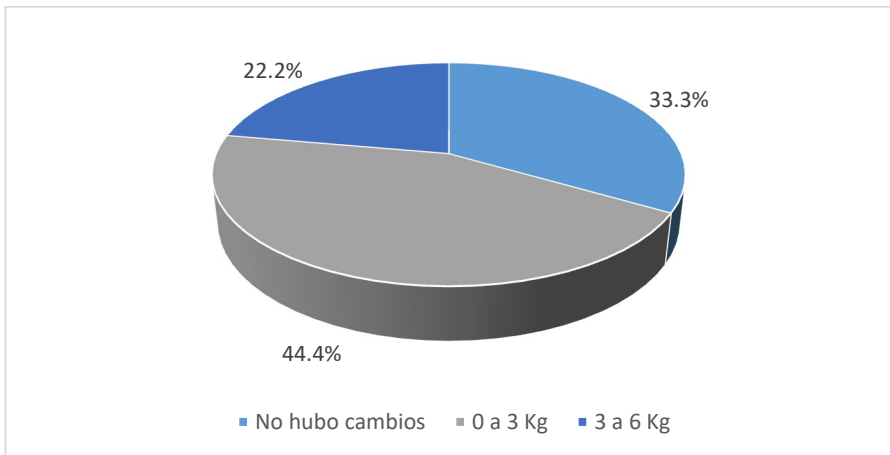
Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2024

La figura 4 muestra los cambios en el peso corporal de las participantes después de haber tenido COVID-19. Los resultados indican que la mayoría de las participantes (66.6%) experimentaron algún cambio en su peso corporal después de haber tenido COVID-19. El cambio más común, reportado por el 44.4% de las participantes, fue un aumento o disminución de peso de entre 0 a 3 kg. Además, un 22.2% de las participantes experimentó un

cambio más significativo en su peso, de entre 3 a 6 kg. Solo un tercio de las participantes (33.3%) no experimentaron ningún cambio en su peso.

Este patrón sugiere que la infección por COVID-19 puede estar asociada con alteraciones en el peso corporal para una parte considerable de las personas afectadas, lo cual podría ser debido a cambios en el apetito, la actividad física, o efectos secundarios de la enfermedad y su tratamiento. La variabilidad en los cambios de peso también podría reflejar diferencias en las respuestas individuales a la enfermedad y en los comportamientos relacionados con la alimentación y el ejercicio físico durante el periodo de recuperación. Estos resultados resaltan la necesidad de prestar atención a las posibles alteraciones metabólicas y de comportamiento que pueden ocurrir en los pacientes post-COVID-19 y subrayan la importancia de desarrollar estrategias de manejo nutricional adecuadas para apoyar la recuperación.

Figura 4. Cambios en el peso corporal



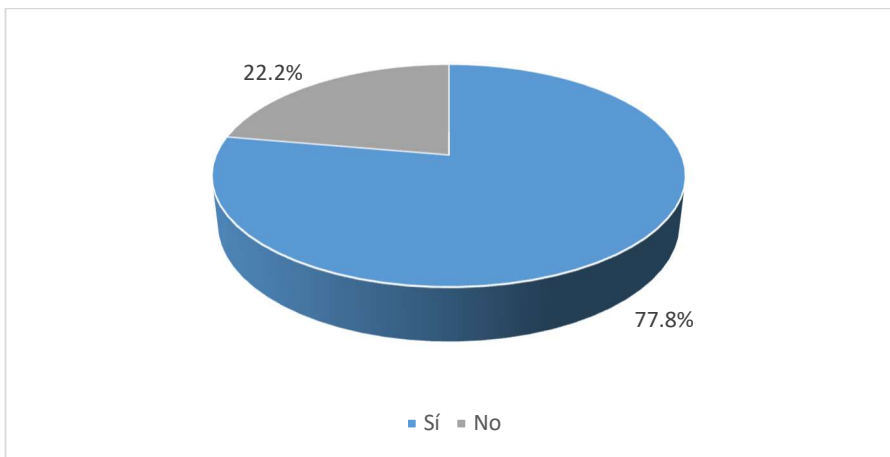
Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2024

Alteraciones en la Percepción Sensorial y Hábitos Alimenticios

La figura 5 muestra los resultados relacionados con la presencia de ageusia (pérdida del gusto) y disgeusia (alteración del gusto) en participantes post-COVID-19. Una amplia mayoría de los participantes (77.8%) experimentaron alteraciones en su sentido del gusto, ya sea en forma de pérdida completa o cambios en la percepción de los sabores, tras haberse recuperado de COVID-19. Esto sugiere que la ageusia y disgeusia son síntomas comunes en los pacientes post-COVID-19, lo que concuerda con estudios previos que identifican estos síntomas como secuelas frecuentes de la enfermedad.

El hecho de que solo un 22.2% de las participantes no haya reportado estos síntomas subraya la prevalencia de estos efectos secundarios sensoriales. Estos resultados pueden tener implicaciones importantes para la calidad de vida de los pacientes, ya que la alteración del sentido del gusto puede afectar la satisfacción alimentaria, la nutrición y, potencialmente, la salud mental de los afectados. Estos hallazgos destacan la necesidad de un mayor enfoque en la evaluación y manejo de síntomas sensoriales en la recuperación post-COVID-19, así como la importancia de desarrollar estrategias de apoyo para aquellos que experimentan estos efectos persistentes.

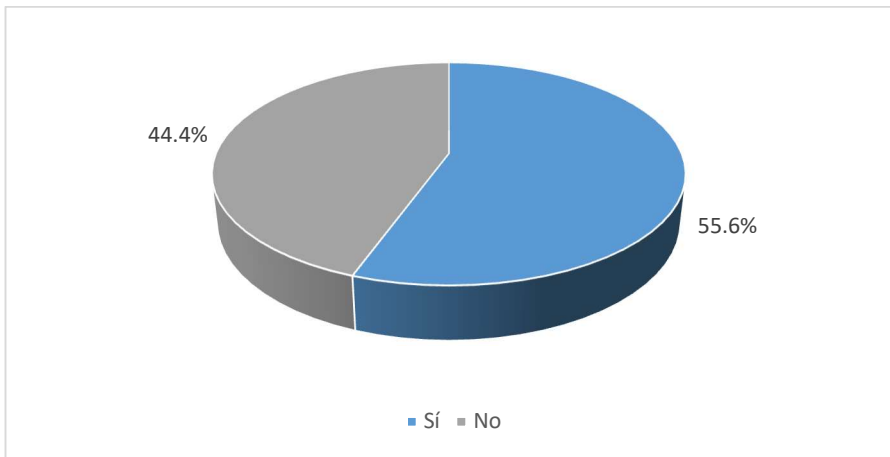
Figura 5. Ageusia y disgeusia post Covid-19



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2024

En la figura 6 podemos observar los resultados relacionados con la disminución del apetito en los participantes post-COVID-19. Más de la mitad de los participantes (55.6%) reportaron haber experimentado una disminución en su apetito después de haber sufrido COVID-19. Este resultado sugiere que la disminución del apetito es un síntoma relativamente común entre las personas que se recuperan de esta enfermedad, lo que podría estar relacionado con otros síntomas persistentes como la ageusia y disgeusia, que afectan la percepción del sabor y, por lo tanto, la motivación para comer.

Figura 6. Disminución de apetito



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2024

Por otro lado, el 44.4% de los participantes no experimentaron una disminución en su apetito, lo que indica que no todos los pacientes post-COVID-19 experimentan estos cambios en la alimentación. Esta variabilidad sugiere que la respuesta al virus y sus secuelas puede diferir significativamente entre individuos.

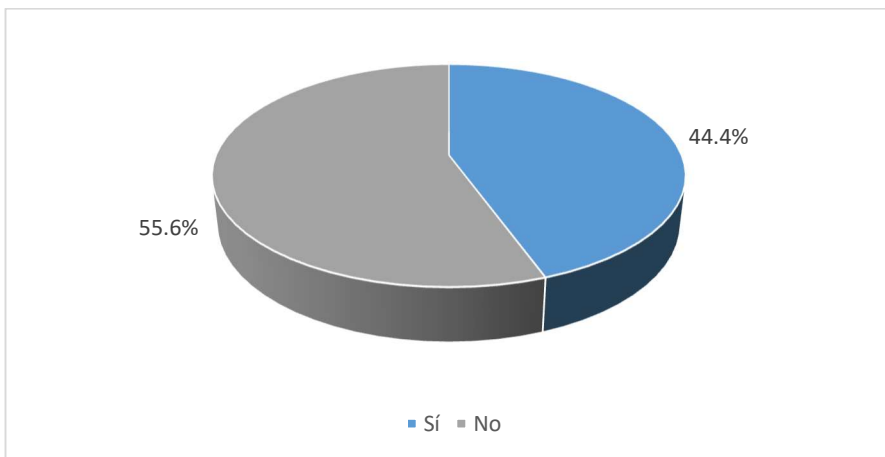
Estos resultados subrayan la necesidad de monitorear de cerca los cambios en el apetito y los hábitos alimenticios en los pacientes que se recuperan de COVID-19, ya que una disminución del apetito puede llevar a una ingesta insuficiente de nutrientes y afectar negativamente el estado nutricional y la recuperación general del paciente. Además, este análisis

puede ayudar a diseñar intervenciones personalizadas para abordar estos problemas y mejorar la calidad de vida de los pacientes post-COVID-19.

Conducta alimentaria y apetito

La figura 7 muestra los resultados relacionados con la presencia de episodios de atracón en los participantes post-COVID-19. Casi la mitad de los participantes (44.4%) reportaron haber experimentado episodios de atracón después de su recuperación de COVID-19. Este resultado indica que una parte significativa de las personas post-COVID-19 podría estar utilizando la alimentación como una forma de enfrentar el estrés, la ansiedad o las alteraciones sensoriales como la anosmia y la ageusia, que pueden afectar la percepción y satisfacción con los alimentos.

Figura 7. Presencia de atracón



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2024

Por otro lado, la mayoría de los participantes (55.6%) no experimentaron episodios de atracón, lo que sugiere que las reacciones alimentarias post-COVID-19 pueden variar considerablemente entre los individuos. Esto podría estar influenciado por factores personales como la resiliencia emocional, el nivel de apoyo social, o las diferencias en la recuperación sensorial.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de prestar atención a los patrones alimentarios y las conductas de alimentación desordenadas en pacientes post-COVID-19, ya que los episodios de atracón pueden llevar a problemas de salud adicionales, como aumento de peso, problemas digestivos, y empeoramiento del estado emocional. Además, estos resultados sugieren que la orientación nutricional y el apoyo psicológico podrían ser beneficiosos para manejar y prevenir estos comportamientos alimentarios desordenados en el contexto de la recuperación de COVID-19.

Recuperación de los Sentidos

De los 5 participantes que presentaban hiposmia, solo 2 reportaron una mejora en su sentido del olfato, lo que sugiere que la recuperación completa de este sentido puede no ser común entre los participantes post-COVID-19 en esta muestra.

La duración de los síntomas varió significativamente entre las participantes: 2 de ellas no presentaron síntomas, mientras que las otras 7 experimentaron síntomas que duraron entre 4 días y 8 meses después de haber padecido COVID-19.

Estos hallazgos subrayan la diversidad de síntomas experimentados por las participantes en esta muestra específica de 9 mujeres maestras, proporcionando una visión detallada de los efectos del COVID-19 en la salud, el bienestar y los hábitos alimentarios, tal como se perciben subjetivamente.

Discusión

Los resultados de este estudio coinciden con los hallazgos de Lara et al. (2021), quienes señalan que un porcentaje significativo de los sobrevivientes de COVID-19 puede experimentar secuelas sintomatológicas durante al menos 6 meses, y en algunos casos, estas secuelas pueden prolongarse y causar repercusiones crónicas. Además, coinciden con Ninchritz et al. (2020), quienes concluyeron que estos síntomas no solo se presentan al

inicio de la enfermedad, sino que pueden persistir a lo largo del tiempo. Medina et al. (2022) también destacó la relación entre la ageusia y la anosmia, aunque en algunos casos solo se manifiesta una de estas condiciones.

El estudio de Ninchriz et al. (2020) encontró que los síntomas como ageusia, hipogeusia y anosmia se asocian predominantemente con el sexo femenino. De manera similar, Haddad et al. (2020) reportaron una correlación entre el género femenino y los problemas alimentarios al finalizar el confinamiento, observando un aumento en los trastornos por atracón. En este estudio, se encontró que 4 de las 9 participantes experimentaron episodios de atracón, principalmente con carbohidratos simples (pan dulce, chocolates, arroz, bollería). Por otro lado, Al-Musharaf (2020) vinculó el estrés con un mayor consumo de refrigerios, lo cual impactó el peso corporal de las participantes: el 44.4% experimentó un aumento de peso de 0 a 3 kg, el 22.2% de 3 a 6 kg, y el 33.3% no presentó cambios en el peso.

Sería relevante investigar si existen intervenciones eficaces para revertir estas afectaciones. Medina et al. (2022) sugieren la implementación de pruebas para evaluar las disfunciones sensoriales, como olfatometrías, el Test de Connecticut, y electro-olfatogramas. Además, proponen terapias prácticas como el entrenamiento olfativo mediante la exposición a olores intensos (alcanfor, clavo de olor, limón, menta, etc.). Estas estrategias podrían considerarse en futuras investigaciones.

Asimismo, se podrían implementar técnicas de modificación de la conducta alimentaria para reducir el consumo excesivo de carbohidratos simples y disminuir la inflamación del epitelio olfativo o la membrana mucosa de la cavidad oral, particularmente de las células epiteliales de la lengua. Además, sería útil desarrollar regímenes alimentarios que contrarresten las deficiencias nutricionales que puedan haber surgido durante la enfermedad, tal como lo menciona Medina et al. (2022), sugiriendo la inclusión de vitamina A, omega 3, y alimentos fríos, mientras se evitan frituras de cebollas, ajo, huevos, y carnes (Izquierdo-Domínguez, 2022; Vaira et al., 2020).

En cuanto a la alimentación, es crucial advertir a los pacientes que experimentan ageusia, anosmia e hiposmia sobre los riesgos de usar excesivos condimentos en sus alimentos. Esto es especialmente importante para aquellos con condiciones médicas preexistentes como hipertensión,

diabetes, obesidad, y sobrepeso. El uso excesivo de condimentos puede agravar estas condiciones o exponer a quienes no tienen patologías previas a sustancias potencialmente dañinas para la salud, como cloro, ácidos o gases. Un hallazgo interesante de este estudio es que las participantes mencionaron el consumo de remedios caseros, como jengibre y caldos, durante y después del cuadro clínico de COVID-19, atribuyéndoles propiedades nutricionales. Por lo tanto, sería pertinente realizar investigaciones adicionales para explorar estos aspectos.

Conclusión

En este estudio se identificó una relación entre el consumo alimentario, el apetito, y la anosmia y ageusia en el contexto de la COVID-19. Los resultados permitieron corroborar que los síntomas de ageusia y anosmia están directamente relacionados con la fisiopatología del COVID-19, lo que los convierte en excelentes predictores para el diagnóstico oportuno de la enfermedad. Durante las entrevistas, se encontró que 7 de las 9 mujeres maestrantes reportaron disfunción del sentido del gusto, y 5 de las 9 participantes manifestaron una disminución en el apetito. Esto podría tener un impacto significativo en los hábitos alimenticios, la calidad de los alimentos consumidos y la ingesta calórica.

Aunque la principal limitación de este estudio fue el tamaño reducido de la muestra, el grupo estudiado fue representativo en el contexto exploratorio, centrado en la comunidad universitaria. A pesar de esta limitación, se cumplió con el objetivo principal de comprender las alteraciones post-COVID-19 y su impacto en la conducta alimentaria. Se observó que la disminución sensorial tiene una estrecha relación con la regulación del apetito, los cambios en la percepción del sabor y el peso corporal.

Es necesario realizar más investigaciones para identificar a las personas que corren un mayor riesgo de presentar estas complicaciones. Esto permitirá desarrollar conductas preventivas para mitigarlas o prevenirlas, tomando en cuenta también la colaboración con especialistas en otorrinolaringología. De esta manera, se podrá prevenir la exposición a agentes tóxicos que podrían ser perjudiciales para la salud humana.

Referencias

- Al-Musharaf, S. (2020). Prevalence and Predictors of Emotional Eating among Healthy Young Saudi Women during the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*, 12(10), 1-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nu12102923>
- de Las Casas Lima, M. H., Brusiquesi Cavalcante, A. L., & Correia Leão, S. (2020). Pathophysiological relationship between COVID-19 and olfactory dysfunction: A systematic review. *Revista Brasileira de Otorrinolaringología*, 88(5), 794-802. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.04.001>
- Haddad, C., Zakhour, M., Bou Kheir, M., Haddad, R., Al Hachach, M., Sacre, H., & Salameh, P. (2020). Association between eating behavior and quarantine/confinement stressors during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Journal of Eating Disorders*, 8(40), 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40337-020-00317-0>
- Hanada, T., Cestari, R., Miguel, L. E., Miguel, B., Casati, M., & Pereira, R. (2020). Periodic Binge Eating Disorder During the Social Isolation Due to Covid 19 Pandemics. *Journal of Obesity and Eating Disorders*, 6(4), 1-3. <https://doi.org/10.36648/2471-8203.6.4.100059>
- Izquierdo-Domínguez, A., Rojas-Lechuga, M. J., Mullol, J., & Alobid, I. (2020). Olfactory dysfunction during COVID-19 pandemic. *Medicina Clínica*, 13(155), 403-408. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.06.006>
- Lara Álvarez, A. P., Salamea Urdiales, A. C., & Chacón Vélez, I. P. (2021). Síndrome de COVID-19 Post-Agudo: ¿una nueva pandemia? *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(6), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.5558792>
- Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., De Siati, D. R., Horoi, M., Le Bon, S. D., Rodriguez, A., ... Lopez Delgado, I. (2020). Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *European Archives of Otorhinolaryngol*, 277(8), 2251-

2261. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1>

- Medina Gamero, A., Regalado Chamorro, M., & Guillen Rojas, N. (2022). The aftermath of COVID-19: between anosmia and ageusia. *Acta otorrinolaringologica espanola*, 73(3), 200-210. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.otorri.2021.07.002>
- Ninchritz-Becerra, E., Soriano-Reixach, M. M., Mayo-Yáñez, M., Calvo-Henríguez, C., Martínez-Ruiz de Apodaca, P., & Saga-Gutiérrez, C. (2021). Subjective evaluation of smell and taste dysfunction in patients with mild COVID-19 in Spain. *Medicina Clínica*, 156(2), 61-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.08.004>
- PAHO. (21 de agosto de 2021). *Epidemiological Update: Coronavirus disease (COVID-19)*. Obtenido de Pan American Health Organization: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54717>
- Vaira, L. A., Salzano, G., Deiana, G., & De Riu, G. (2020). Anosmia and Ageusia: Common Findings in COVID-19 Patients. *The Laryngoscope*, 130(7), 1787–1787. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/lary.28692>