

Revista de Psicología
de la Universidad de Monterrey

Consciencia Contemporánea

CIENCIAS
DE LA
SALUD

EDICIÓN. III 2024



Directorio

Rector

Mario Páez

Vicerrectora de Ciencias de la Salud

Lilia García

Decano de Escuela de la Psicología

Thomas Huggins

Director de Programas de Posgrado / Director Editorial de la Revista

Nicolás Campodónico

Directora de Programas Académicos de LPS, LPSC, LPT

Carolina Pérez

Directora de Departamento

Lorena García

Director de CETIA

Jaime Carrillo

Editora de la Revista

Angélica Limón

Comité Editorial

Thomas Huggins (Universidad de Monterrey) **Rafael Félix** (Universidad de Monterrey) **Hada Soria** (Universidad de Monterrey) **Paola González** (Universidad de Monterrey) **Angélica Quiroga** (Universidad de Monterrey) **Julia Gallegos** (Universidad de Monterrey) **Ania Chávez** (Universidad de Monterrey) **Umberto Domínguez** (Universidad de Monterrey) **Miguel Gutiérrez** (Universidad de Monterrey) **Said Jiménez** (Unidad de Investigación en Medicina Basada en Evidencias, Hospital Infantil de México Federico GómezW) **Analia Losada** (Universidad de Flores) **Modesto Solís** (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones/Facultad de Psicología de la UNAM) **Jesús Oliver** (Universidad Pontificia de Comillas) **Alejandra López** (Universidad de Monterrey) **Andrea Treviño** (Universidad de Monterrey) **Miranda Salazar** (Universidad de Monterrey).

Conciencia Contemporánea, Año 2, No. 03, es una publicación semestral correspondiente al periodo julio 2024 - diciembre 2024, editada por la Universidad de Monterrey (UEM), con domicilio en Av. Ignacio Morones Prieto 4500 Pte., San Pedro Garza García, Nuevo León, <https://www.udem.edu.mx/es/institucional/revista-psicologia> Editores responsables: Nicolás Campodónico y Angélica Limón. Registro en línea. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura de la UEM. Queda autorizada la reproducción parcial de los contenidos e imágenes siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

Carta Editorial

Es un honor y privilegio para mí dirigirme a ustedes en esta nueva edición de la Revista de Psicología de la Universidad de Monterrey, Consciencia Contemporánea.

En esta edición hablamos sobre diversos temas de investigación en psicología que demuestran y posibilitan preguntas y resultados interesantes para la disciplina.

Así, incluiremos una selección de artículos que abordan temas como los retos de la salud mental en estudiantes de medicina; por otro lado, un trabajo que sitúa el eje de la inclusión educativa ya que las escuelas alrededor del mundo se han vuelto más diversas. También, se presenta el análisis de un caso de psicosis para observar cómo los contextos de tratamiento facilitan o limitan los abordajes en salud mental. Además de un trabajo que subraya que el comportamiento de alimentarse está sujeto a una serie muy variada de factores, donde a menudo intervienen situaciones emocionales que no permiten llevar a cabo una planeación adecuada de la alimentación.

Nos esforzamos por garantizar la excelencia académica y la originalidad en cada artículo que publicamos. Nuestro riguroso proceso de revisión por pares asegura que sólo los trabajos de la más alta calidad y relevancia sean seleccionados para su inclusión en nuestra revista. Creemos firmemente que esta dedicación a la calidad es fundamental para mantener la integridad y la reputación de nuestra publicación.

Además, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos los autores, revisores y colaboradores que hacen posible esta revista. Su arduo trabajo y compromiso con la excelencia son fundamentales para el éxito continuo de nuestra publicación.

En última instancia, esta revista no sería posible sin ustedes, nuestros estimados lectores. Esperamos que disfruten de esta edición tanto como nosotros disfrutamos prepararla. Sus comentarios, sugerencias y contribuciones son siempre bienvenidos y apreciados.

Gracias por su continua confianza en nuestra revista científica. Juntos, estamos construyendo un futuro más brillante a través del poder del conocimiento y la investigación científica.

Atentamente,

Dr. Nicolás Campodónico

Director Editorial

Director de Programas de Posgrado de Psicología

Índice

- 02 **Carta Editorial**
Nicolás Campodónico
-
- 04 **Diary of a Fallen Psychoanalyst: The Work Books of Masud Khan 1967–1972 – Linda Hopkins & Steven Kuchuk**
Juan de la Fuente
-
- 09 **Selección personalizada de los tratamientos psicológicos para la depresión**
Jaime Delgadillo
-
- 15 **Psicología de la alimentación**
José Díaz, Elí Garcimarrero, Patricia Mercado
-
- 24 **Differentiated Instructions in Schools: A study on students, teachers and parents perspectives**
Marcela Pozas, Mónica Cano, Priscila Castro, Romelia Elizondo, Ana Sofía Lomelí, José Antonio Palacios, Eugenia Perez-Sandi, Lucía Pozas, Laura Reneé Rivera, Ana Terrones
-
- 34 **La salud mental en estudiantes de medicina: retos y oportunidades**
Raquel Díaz
-
- 38 **Ideación suicida y su relación con las redes de apoyo social en estudiantes de psicología**
Guadalupe Villarreal, Mariana Macal, Fátima González, María Urdiales
-
- 50 **El psicoanálisis en la universidad**
Manuel Guzmán
-
- 53 **Alex: un caso de psicosis
Entre la Atención Primaria de la Salud (APS) y el psicoanálisis**
Ignacio Barreira, Silvia Comastri, Leandro Bevacqua, Paula Varela, Cesar Amaya, María Bidal, Pamela Vignati
-

Diary of a Fallen Psychoanalyst: The Work Books of Masud Khan 1972-1967 – Linda Hopkins & Steven Kuchuk

Reseña

Juan de la Fuente

Profesor en la Universidad de Monterrey.

Psicoanalista en su práctica privada.

Licenciado en Psicología Clínica en la

UDEM. Maestro en Psicología Clínica y

la Especialidad en Clínica Psicoanalítica

de la misma institución. Doctorando en

el Programa de Clínica Psicoanalítica del

Centro Eleia.

Contacto: juan.delafuente@udem.edu



Resumen

La vida y obra de M. Masud R. Khan –quizás la primera más que la segunda– ha sido un punto de controversia continuo para el psicoanálisis contemporáneo. Para Linda Hopkins y Steven Kuchuk, la publicación de los workbooks de Khan representa un hito en sí mismo: pese a la resistencia de la comunidad psicoanalítica, y tras 33 años de la muerte de Khan, finalmente podemos tener acceso a sus diarios de trabajo (los cuales fueron escritos con la intención de ser publicados). Este material tiene un gran valor histórico y permite adentrarnos en el mundo interno de quien habría sido una de las figuras centrales del psicoanálisis en los sesentas y setentas, para convertirse eventualmente en, quizás, el psicoanalista más polémico en la historia de esta disciplina.

Palabras clave: Khan – Psicoanálisis – Historia

Abstract

The life and work of M. Masud R. Khan –perhaps the former more than the latter– has been a recurring point of contention for contemporary psychoanalysis. For Linda Hopkins and Steven Kuchuk, the publication of Khan's workbooks represents a milestone in itself: despite resistance from the psychoanalytic community, and 33 years after Khan's death, we can finally have access to his work diaries (which were written with the intent of being published). This material has great historical value, and allows to delve into the internal world of who would have been one of the central figures of psychoanalysis in the sixties and seventies, until eventually becoming perhaps the most controversial psychoanalyst in the history of this discipline.

Keywords: Khan – Psychoanalysis – History

Quienes ya se encuentran adentrados en el mundo del psicoanálisis, el nombre de Masud Khan suele generar cierto (o bastante) rechazo con solo ser mencionado. Y claro, con justa razón. Para aquellos que no estén familiarizados con este personaje, M. Masud R. Khan fue un psicoanalista nacido en la India que emigró a Londres para emprender un tratamiento psicoanalítico por indicaciones de un médico particular de su familia.

Khan provenía de una familia adinerada, siendo el segundo hijo de la cuarta esposa de su progenitor. Asimismo, fue el único heredero de las propiedades de su padre. Antes de emigrar a Londres, Khan ya contaba con una maestría en Literatura, y tenía contemplado realizar un doctorado en Literatura en la Universidad de Oxford. A causa de una confusión (o lo que Khan llamaría, su destino), su petición por iniciar un análisis con Edward Glover fue malinterpretada como una solicitud para iniciar un entrenamiento psicoanalítico. Por consiguiente, Khan inició un psicoanálisis didáctico en la Sociedad Psicoanalítica Británica (British Psychoanalytic Society) con Ella Freeman Sharpe, ingresando al programa de entrenamiento de dicha sociedad. De esta manera dio inicio a su formación como psicoanalista a la edad de 22 años, y esta habría de ser su profesión hasta el fin de sus días.

Pese a recibir cierto rechazo inicialmente, Khan se abrió camino en el mundo del psicoanálisis británico e internacional. Erik Erikson es frecuentemente citado por haber señalado que “¡El futuro del psicoanálisis le pertenece a Masud Khan!” (Hopkins, p. xxii). Esta aseveración puede parecer infortunada hoy en día, pero en los cincuentas, sesentas, e incluso hasta los setentas, había muchos que pensaban como Erikson. Basta con remitirse a su obra publicada (1996) para comprender por qué despertaba tal admiración. Sus elaboraciones teóricas, su perspicacia clínica y su dominio de la escritura eran dignas de reconocerse, aportando nuevas perspectivas dentro de un ambiente en el cual la ortodoxia pugnaba diariamente contra las ideas innovadoras.

Su genio literario le permitía representar la realidad clínica de lo que acontece en una psicoterapia psicoanalítica sin necesidad de describir a detalle el relato del paciente o de revelar información privada. Esto le permitió ser editor del *International Journal of Psychoanalysis*, así como colaborar en la edición de gran parte de la obra de D.W. Winnicott, quien fue su analista y amigo cercano.

Por otro lado, solo basta con dirigirnos hacia las obras biográficas que se han realizado sobre la vida y obra de Khan para dilucidar, quizás no el por qué, pero al menos el cómo de su caída (2022). Sin entrar mucho en detalle, Khan cometió múltiples errores; no solo técnicos sino éticos, hacia sus pacientes, alumnos y colegas.

Su último libro, *When Spring Comes*, contenía pronunciamientos abiertamente antisemitas de parte de Khan hacia uno de sus pacientes. Este sería el último clavo en el ataúd, sepultando así su carrera como psicoanalista y llevando a la Sociedad Psicoanalítica Británica a expulsarlo, revocando su membresía en dicha sociedad (a mi parecer, quizás demasiado tarde, tan solo un año antes de su muerte). Khan moriría en 1989, como consecuencia del cáncer, de su alcoholismo, y de una lucha constante con lo que (se sospecha) fue un diagnóstico no reconocido de trastorno bipolar.



Siguiendo la elaboración realizada en su trabajo biográfico sobre Khan, Linda Hopkins y Steven Kuchuc presentan *Diary of a Fallen Psychoanalyst: The Work Books of Masud Khan 1967-1972*, el cual ofrece un vistazo más íntimo a las preocupaciones y tribulaciones de un personaje olvidado por el psicoanálisis contemporáneo, pero que en algún momento estuvo en el epicentro del psicoanálisis europeo. Es un libro tan paradójico como su sujeto de estudio, en tanto que los lectores primerizos se sentirán algo desorientados respecto a los sucesos que ahí se relatan, sobre todo si no están familiarizados con la biografía de Khan. No obstante, si uno procede en su lectura, esa minuciosidad por conocer los datos concretos pronto se torna innecesaria por la manera en que Khan acerca al lector a que lo acompañe en sus divagaciones cotidianas, conforme se abre paso en el mundo del psicoanálisis británico, francés e internacional.



Como indica el título, este libro contiene algunos de los workbooks de Masud Khan, que corresponden al periodo de tiempo de 1967 a 1972. Se escribieron un total de 39 workbooks, que actualmente se encuentran en posesión de Linda Hopkins (2022), y que comprenden el periodo de tiempo de 1967 a 1980. Los workbooks de Khan eran una especie de diarios de trabajo, en los cuales documentaba su quehacer cotidiano, con la intención de mantener una bitácora de sus actividades personales y profesionales. A lo largo de su vida, Khan siempre fue muy asiduo a la escritura: publicó cuatro libros, escribió numerosos artículos, y sostenía un intercambio epistolar constante con sus amigos cercanos, colegas y con su ex-esposa, la bailarina Svetlana Beriosova. Vale la pena aclarar que estos diarios no incluyen historiales de análisis de pacientes, y tampoco contienen información privada sobre los mismos. Estos diarios corresponden a la reflexión cotidiana de un psicoanalista extranjero que se abre paso por el mundo del psicoanálisis europeo. Nos presentan el esfuerzo de Masud Khan por alcanzar un conocimiento tanto de sí mismo, como de aquellos que lo rodean, mientras se desplaza constantemente entre Londres, París y California. En el transcurso de

este libro, Khan expone el proceso de desarrollo de algunas de sus formulaciones teóricas, así como su proceso creativo y de escritura. A la par, nos relata distintas vivencias interpersonales y políticas entre las sociedades psicoanalíticas británicas, francesas e internacionales. Podemos destacar, por ejemplo, sus interacciones con la familia Freud en un momento histórico en el cual las obras completas de Sigmund Freud eran aún un proyecto inconcluso y los intentos de publicar los intercambios epistolares del padre del psicoanálisis se encontraban con mucha resistencia.

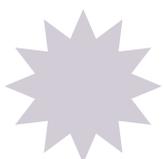
Hopkins comparte los obstáculos que debieron ser superados para lograr la publicación de este material histórico. A 33 años de la muerte de Khan, fue para ella una odisea poder recuperar el material escrito que dejó (el cual incluía publicaciones inéditas, cartas y los workbooks originales). Tras varias disputas legales, la totalidad de este material escrito quedó en manos de la IPA (International Psychoanalytic Association), quien había bloqueado todo acceso a este material. Sin embargo, en la primavera del 2019, todo este material fue destruido bajo las órdenes del abogado que quedó a cargo de los derechos de autor de la obra completa de Masud Khan.

El cuestionable legado de Khan había dejado al psicoanálisis la vergonzosa labor de eliminar todo nuevo material que pudiera salir a la luz, y esta situación resultó ser bastante oportuna para quienes esperaban mantener este contenido en las sombras. Por lo tanto, el logro de la publicación de este libro se encuentra más allá de su contenido. Así como un síntoma que representa el retorno de lo reprimido, uno no puede entender la importancia de su aparición hasta comprender las fuerzas que han provocado su creación. La represión o censura provino por parte de los mismos colegas, cuyas identidades permanecen anónimas, pero se nos asegura que representaron un grupo importante que se oponía a toda posible publicación de estas copias de los workbooks originales.

No obstante, ante esta apuesta hermética y meticulosamente manejada sobre la imagen de los psicoanalistas clásicos (que refleja una tendencia actual por apostar a la simpleza del ser humano, catalogado como bueno o malo, más allá de su complejidad), resulta una bocanada de aire fresco leer las

reflexiones que Khan escribe con toda sinceridad: la manera en que crítica y complementa los postulados de psicoanalistas que hoy se consideran incuestionables, sus dificultades para poder apropiarse de aquello que aprendió de sus maestros pero que aún no había podido expresar de una manera propia y personal.

Además de sus reflexiones respecto al proceso de personalización, del extenuante proceso de llegar a ser uno mismo (que representa una dificultad constante para Khan en el transcurso del libro, y uno podría agregar, de toda su vida), hacen de este libro un material que sigue siendo sumamente actual. Este libro nos confronta con la encomienda de conocer y cuestionar la historia de nuestra disciplina como la conocemos (sea el psicoanálisis o la psicología), para evitarnos el riesgo de cometer los mismos errores que aquellos que nos anteceden. El conocimiento puede ser más doloroso que la ignorancia, pero no deja de ser necesario.



Masud Khan es, hasta hoy, un personaje sumamente paradójico: su obra puede resultar inspiradora, y sus actos, repugnantes y reprochables.

Como bien señala Brett Khar en el prefacio del libro, gran parte del interés de publicar este material se deriva de la obligación de poder comprender cómo una persona que fue tan querida y respetada por sus colegas pudo enfermar a tal grado de convertirse en alguien tan vil y hasta perverso, mientras que, al mismo tiempo, mantenía un profundo insight y una gran creatividad en su trabajo teórico y clínico.

En el periodo que corresponde al presente volumen, podemos observar aquel tiempo en que Khan aún gozaba de salud tanto física como mental. Los workbooks nos revelan la profundidad, así como la fragilidad, del mundo interno de Khan, pues entregan una narrativa cuya lectura puede resultar angustiante, no tanto respecto a los hechos relatados (este libro recuenta algunos de los años más “sanos” de Khan), sino a nuestra posibilidad de identificarnos o empatizar con quien ha sido quizás el personaje más polémico del psicoanálisis contemporáneo.



Referencias

Hopkins, L. (2022). *False Self: The Life of Masud Khan*. Karnac Books: London.

Hopkins, L. & Kuchuk, S. (2022). *Diary of a Fallen Psychoanalyst: The Work Books of Masud Khan 1967-1972*. Karnac Books: London.

Khan, M. (1996). *The Privacy of the Self: Papers on Psychoanalytic Theory and Technique*. Maresfield Library: London.

Khan, M. (1989). *The Long Wait and Other Psychoanalytic Narratives*. Summit Books: London.

Selección personalizada de los tratamientos psicológicos para la depresión

Resumen

En el campo de la salud, se observa en los últimos años un movimiento hacia la personalización de tratamientos en base a las características de los pacientes, denominado "medicina personalizada" o "medicina de alta precisión". La idea central es que diferentes personas requieren diferentes tratamientos, entonces, es necesario prescribir una opción que se ajuste mejor a las características individuales de cada paciente. Pero esto es más complicado de lo aparente, puesto que involucra identificar cuales características son asociadas con la efectividad de cada tratamiento, decidir cuales características tienen menor o mayor importancia (p.ej., peso estadístico), y finalmente, decidir cómo combinar dichas características con diferentes pesos para hacer una recomendación clínica. Es muy difícil lograr dicho cálculo de una manera intuitiva, entonces, la precisión de las recomendaciones clínicas es variable (cada psicólogo lo hace de manera diferente) y menos confiable de lo esperado. Sin embargo, innovaciones en el ámbito de la inteligencia artificial ofrecen nuevas herramientas para resolver estos problemas. Este artículo describe estudios científicos que desarrollan tecnologías de inteligencia artificial con el fin de guiar la selección personalizada de tratamientos para la depresión.

Palabras clave: Psicoterapia – Depresión – Selección del tratamiento – Inteligencia artificial

Abstract

Recent years have seen a growing interest in the principles of "personalized" or "precision" medicine. The central idea is that different people require different treatments, so it is necessary to prescribe an option that best suits the individual's characteristics and needs. But achieving this is more complicated than it seems, since it involves [1] identifying which characteristics are associated with the effectiveness of each treatment, [2] deciding which characteristics have more or less importance (e.g., statistical weight), and finally [3] deciding how to combine these characteristics with different weights to make a clinical recommendation. It is very difficult to achieve this calculation in an intuitive way, so the precision of clinical recommendations is variable (each psychologist does it differently) and less reliable than expected. However, innovations in the field of artificial intelligence offer new tools to solve these problems. This article describes studies developing artificial intelligence technologies to guide personalized treatment selection for depression.

Keywords: Psychotherapy – Depression – Treatment selection – Artificial intelligence

Jaime Delgadillo

Profesor y Director de Investigación en Psicología Clínica en la Unidad de Psicología Clínica y Aplicada de la Escuela de Psicología de la Universidad de Sheffield.

Contacto: j.delgadillo@sheffield.ac.uk

Mantenimiento de una relación jerárquica entre las áreas cerebrales desafiadas

La depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes y debilitantes. Según la Organización Mundial para la Salud, se estima que 280 millones de personas sufren con síntomas de la depresión a nivel mundial (World Health Organization, 2023). Dado su alto impacto, la depresión ha motivado el desarrollo de muchas intervenciones psicológicas

y farmacológicas, entre las cuales al menos una docena cuenta con evidencia confiable de eficacia clínica. Sin embargo, estas terapias solamente resultan en una mejoría completa para algunos pacientes, mientras que otros tienen un curso crónico o una trayectoria de ciclos de mejoría y recaída.

Por ejemplo, en el servicio nacional de salud en Inglaterra se observa que tan solo el 50% de los pacientes con depresión tienen una recuperación completa después del tratamiento, lo cual significa que el resto tiene un alivio parcial de los síntomas y al menos 13% de ellos retornan para recibir múltiples tratamientos (Lorimer et al., 2024). Esta problemática indica que los métodos de selección de tratamientos para los pacientes con depresión no son suficientemente acertados, puesto que muchos pacientes tienen que intentar varias opciones hasta encontrar el tratamiento adecuado para sus dificultades.

Actualmente, la selección de los tratamientos es informada por la teoría y la experiencia clínica. En vista que los resultados clínicos son modestos, es necesario mejorar nuestros métodos de diagnóstico y de selección personalizada de los tratamientos disponibles.

Los problemas de selección de tratamiento también son pertinentes a otras áreas de la medicina y las ciencias de la salud. Dada esta problemática y los avances tecnológicos de la última década, surge un nuevo movimiento contemporáneo hacia la personalización de tratamientos en base a las características de los pacientes denominado “medicina personalizada” o “medicina de alta precisión”. Asimismo, recientemente surgió un movimiento hacia la personalización sistemática en la psicoterapia (Cohen et al., 2021) y la psiquiatría (Checkrout et al., 2021). Los avances más importantes en este campo están siendo impulsados por una estrategia que se desenvuelve en cuatro fases (Delgadillo & Lutz, 2020).

La primera fase involucra la recolección de datos en una población clínica que recibe tratamientos para

la salud mental. La segunda fase involucra el análisis de los datos para descubrir patrones de asociación entre dos clases de variables: las características del paciente (p.ej., variables clínicas, psicométricas, demográficas, biomarcadores). Igualmente, los resultados clínicos medidos después del tratamiento con instrumentos psicométricos. Una vez modeladas dichas asociaciones estadísticas, es posible hacer predicciones que siguen la siguiente lógica: “Con base en las características de este paciente nuevo, y lo que sabemos acerca de otros pacientes con características similares, la probabilidad que se recupere de la depresión después de obtener este tipo de tratamiento es X%”. Además, la tercera fase involucra desarrollar tecnologías de inteligencia artificial que incorporan algoritmos de predicción clínica cuya función es proveer una recomendación personalizada para el tratamiento. Por ejemplo, en el contexto donde dos tratamientos para la depresión están disponibles, el algoritmo recomendaría el tratamiento que tenga la probabilidad más alta de efectividad. Finalmente, la cuarta fase involucra ensayos clínicos donde las tecnologías de inteligencia artificial son usadas para realizar la selección personalizada del tratamiento para nuevos pacientes, y los resultados son comparados con un grupo de control (p.ej., pacientes tratados de la forma rutinaria, sin uso de la inteligencia artificial). En lo que sigue, se describirán algunos ejemplos de estudios que implementaron esta metodología en el servicio nacional de salud de Inglaterra (NHS).



El primer ejemplo se enfoca en la selección de dos tipos de tratamientos para la depresión. Los tratamientos de baja intensidad son de orientación pedagógica y de duración breve; típicamente involucran 6 consultas con un psicólogo cuya función es orientar al paciente a aprender y practicar técnicas de autoayuda (p.ej., activación comportamental, exposición y técnicas de relajamiento). Los tratamientos de alta intensidad son psicoterapias formales de mayor duración (típicamente entre 16 20 sesiones), así como la terapia cognitivo-conductual, la terapia humanista-existencial y la terapia de orientación psicoanalítica. En el NHS se aplica un modelo de atención escalonada, donde los pacientes inicialmente obtienen tratamiento de baja intensidad y luego tienen la opción de obtener uno de alta intensidad si sus síntomas persisten después del primer tratamiento. En un estudio publicado en 2017, datos de N=1512 pacientes tratados en un sistema de atención escalonada fueron analizados usando métodos de machine learning (aprendizaje automatizado) con el objetivo de desarrollar un algoritmo para decidir cuáles pacientes necesitan tratamientos de baja o alta intensidad (Delgadillo et al., 2017). Los resultados indicaron que los pacientes con las siguientes características tenían peores resultados clínicos si obtenían tratamientos de baja intensidad: desempleo, etnicidad minoritaria, menor edad, rasgos de trastornos de la personalidad, y puntajes iniciales altos en las medidas de la depresión, ansiedad e impacto al funcionamiento social y laboral.



Con base en estos resultados, los autores desarrollaron una tecnología de inteligencia artificial diseñada para facilitar la selección de tratamientos en base a un modelo de atención estratificada: ofreciendo tratamientos de bajo o alta intensidad para cada paciente según sus características. Dicho modelo fue evaluado en un ensayo clínico incluyendo N=951 pacientes, la mitad de los cuales recibieron atención escalonada y la mitad recibieron atención estratificada (Delgadillo et al., 2022). Los resultados indican que la tasa de recuperación de la depresión (medida con el cuestionario PHQ-9) fue significativamente mejor (Odds Ratio = 1.45, $p = 0.01$) en el tratamiento estratificado (52.4%) en comparación al tratamiento escalonado (45.1%), lo cual representa una mejoría de la efectividad del tratamiento por un margen de 7%. Este efecto fue especialmente ventajoso para pacientes que recibieron tratamientos de baja intensidad (mejoría de la tasa de recuperación por 16%), puesto que la atención estratificada restringe este tipo de tratamiento solamente para los pacientes con problemáticas menos severas y con mejor pronóstico clínico. Estos resultados indican que la selección personalizada de tratamientos en base a datos clínicos es más efectiva. Es más, una reciente revisión sistemática de la literatura en este tema confirma que los tratamientos psicológicos personalizados son más efectivos que los tratamientos convencionales que son ofrecidos en clínicas de psicoterapia (Nye et al., 2023).



En resumen, a pesar de que la aplicación de los principios de la medicina personalizada en el ámbito de la salud mental es una tendencia reciente, los estudios contemporáneos indican que las tecnologías de inteligencia artificial tienen gran potencial para mejorar los procesos de evaluación psicológica y de selección de tratamientos. Desde un marco más amplio, es evidente que la inteligencia artificial está impulsando innovaciones en muchas disciplinas y actividades humanas y es muy probable que será también una herramienta útil para los psicólogos del futuro.

Referencias

- Chekroud, A. M., Bondar, J., Delgadillo, J., Doherty, G., Wasil, A., Fokkema, M., Cohen, Z., Belgrave, D., DeRubeis, R., Iniesta, R., Dwyer, D., & Choi, K. (2021). *The promise of machine learning in predicting treatment outcomes in psychiatry*. *World Psychiatry*, 20(2), 154–170. <https://doi.org/10.1002/wps.20882>
- Cohen, Z.D., Delgadillo, J., DeRubeis, R.J. (2021). *Personalized treatment approaches*. In: M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7th ed.). Wiley.
- Delgadillo, J., Huey, D., Bennett, H., & McMillan, D. (2017). *Case complexity as a guide for psychological treatment selection*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 835–853. <https://doi.org/10.1037/ccp0000231>
- Delgadillo, J., & Lutz, W. (2020). *A Development Pathway Towards Precision Mental Health Care*. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 889–890. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1048>
- Delgadillo, J., Ali, S., Fleck, K., Agnew, C., Southgate, A., Parkhouse, L., Cohen, Z. D., DeRubeis, R. J., & Barkham, M. (2022). *Stratified care vs stepped care for depression: A cluster randomized clinical trial*. *JAMA Psychiatry*, 79(2), 101–108. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3539>
- Lorimer, B., Kellett, S., Giesemann, J., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2024). *An investigation of treatment return after psychological therapy for depression and anxiety*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 52(2), 149–162. <https://doi.org/10.1017/S1352465823000322>
- Nye, A., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2023). *Efficacy of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(7), 389–397. <https://doi.org/10.1037/ccp0000820>
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

CONGRESO INTERNACIONAL

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

EN SALUD MENTAL

23, 24 y 25
DE OCTUBRE

EJES DE PARTICIPACIÓN

- Entornos clínicos y de la salud
- Evaluación y medición
- Intervenciones psicosociales y comunitarias
- Tecnologías y campos emergentes

Modalidad
Vitrual

EVENTO **GRATUITO**

ESCUELA
DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD
DE MONTERREY

Psicología de la alimentación

Artículo científico

José Díaz

Doctor en Tecnología y Aprendizaje por la Universidad Internacional de los EUA Campus San Diego. Investigador del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.

Contacto: jdiaz@uv.mx

Eli Garcimarrero

Doctora en Psicología por la Universidad Veracruzana. Docente de Tiempo Completo en la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana.

Contacto: egarcimarrero@uv.mx

Patricia Mercado

Doctora en Enseñanza del Inglés como Segundo Idioma de la Universidad Veracruzana. Docente de Tiempo Completo en la Facultad de Idiomas de la Universidad Veracruzana.

Contacto: pnunez@uv.mx



Resumen

La alimentación es una actividad inherente al ser humano, quien debe alimentarse para producir la energía denominada basal que se requiere para las actividades básicas de supervivencia como respirar, mantener la circulación sanguínea y demás funciones primarias del organismo. Además, requiere energía para las actividades propias de la alimentación como masticar, deglutir y procesar los nutrientes de los alimentos. Finalmente, requiere energía para activar su sistema nervioso y músculo esquelético y llevar a cabo actividades como desplazarse, trabajar y otras actividades diarias. Así, la alimentación es una actividad común a todas las razas humanas y a todas las especies de la escala filogenética superior. Sin embargo, la selección de los alimentos, la calidad y la cantidad no siempre son las adecuadas y con frecuencia se incurre en errores que dan lugar a vicios de la alimentación. Debido a que el comportamiento de alimentarse está sujeto a una serie muy variada de factores, a menudo intervienen situaciones emocionales que no permiten llevar a cabo una planeación adecuada de la alimentación. Así, "existen diferentes tipos de trastornos en la alimentación ocasionados por problemas psicológicos que dan lugar a serios problemas de salud que al actuar en forma generalizada llevan a verdaderos problemas de salud pública (Palomino, 2020)". En este trabajo se abordan desde los estudios experimentales que dan lugar a conductas compulsivas ocasionadas por estados emocionales hasta los problemas de salud más notables que destacan problemas colectivos de salud física y mental.

Palabras clave: Psicología – Alimentación – Alteraciones emocionales – Desórdenes alimenticios – Imagen corporal – Dieta saludable

Abstract

Human beings need to eat to produce the energy necessary for the primary survival activities and functions of the organism: feeding activities, nervous system and skeletal muscles activation, moving, working and other daily activities. Feeding is an activity common to all species on the phylogenetic scale. However, food selection, quality and quantity are not always adequate; errors are frequently made resulting in bad habits and emotional disorders that do not allow adequate dietary planning causing nutritional and psychological problems, which in turn originate serious public health problems. This work addresses experimental studies that trigger compulsive behaviors caused by emotional states as well as the most common health problems, among which collective physical and mental health issues stand out.

Keywords: *Psychology – Feeding – Emotional disturbances – Eating disorders – Body image – Healthy diet*

Introducción

El dualismo mente-cuerpo es una filosofía que proviene de la antigüedad y que se ha mantenido hasta nuestros días. La parte que corresponde al cuerpo ha sido estudiada por la medicina, fisiología y bioquímica; mientras que la que corresponde a la mente es estudiada por la psicología, filosofía, pedagogía y sociología. Sin embargo, estos dos grandes grupos de disciplinas no trabajan solas, más bien se interrelacionan al tratar diferentes temas, como la alimentación.

Investigaciones experimentales sobre la polidipsia

En el presente trabajo se analiza cómo la psicología interviene en los procesos anatómicos y fisiológicos de las personas para determinar las características de la alimentación y la estructura física de las personas, así como sus alteraciones y problemas.

En efecto, algunos fenómenos psicológicos como los derivados de la motivación y las emociones determinan tanto la estructura normal como la anormal de los individuos. Por ejemplo, Talbot y Mahlberg (2023), estudiaron cómo la satisfacción personal con el propio cuerpo determina tanto la alimentación, como las características físicas (altura, peso, masa muscular, etc.) de estudiantes universitarios. Es decir, la emoción y la insatisfacción con la propia imagen física provocan desórdenes alimenticios y, con ello, cambios en los estilos de vida y las características físicas como la altura, el peso y la masa muscular.

Ésta es sólo una de las posibles interacciones entre los factores psicológicos y la estructura anatómica y fisiológica de las personas, pero su estudio sistemático se originó mucho tiempo atrás y entre sus estudiosos destaca I. P. Pavlov (1933), quien recibió el premio Nobel por sus contribuciones a la fisiología de la alimentación y descubrieron con ellas el fenómeno de los reflejos condicionados.

Es decir, la forma como un estímulo originalmente neutro se convierte en uno capaz de provocar una respuesta condicionada a partir de su asociación con un estímulo incondicionado. Aquí se aprecia una manifestación de cómo el aprendizaje por condicionamiento puede llegar a servir como un modelo para explicar todo el comportamiento humano, incluso las actividades de orden superior controladas por el sistema nervioso central.

Más tarde, cuando se realizan los estudios de condicionamiento operante o instrumental y se estudia el efecto de los programas de reforzamiento en los patrones de respuesta que se generan con ellos, fue un hecho muy reconocido que, en los programas de intervalo fijo, los sujetos presentaban una pausa post reforzamiento que va seguida de una tasa de respuestas positivamente acelerada que hacía que el registro acumulativo tomara la forma de un festón.

Durante la pausa post reforzamiento era común observar a los animales presentar una serie de comportamientos muy variados como acicalarse o explorar en la parte posterior de la cámara experimental entre otras. John Falk, en 1961 tuvo la idea de poner un bebedero que estaba disponible todo el tiempo de manera que los animales podían tomar agua en cualquier momento. El resultado sobresaliente fue que los animales bebían agua durante la pausa y a menudo, pasaban mucho tiempo bebiendo. A tal grado que, al medir la cantidad de agua ingerida por los animales durante la pausa, se llegó a reportar que la cantidad de agua que tomaban los animales superaba a su propio peso y en ocasiones llegó a ser el doble de su peso. Tal fenómeno fue conocido como polidipsia y la conducta de beber fue llamada conducta adjuntiva (Falk, 1961, 1966a, 1966b, 1967).

En otras investigaciones se reportaron conductas adjuntivas muy variadas tales como roer cartón o madera; correr en una rueda giratoria; o simplemente correr por la caja siguiendo patrones erráticos o más o menos regulares. La similitud sugerida era que, durante el tiempo posterior al reforzamiento, los sujetos se ven obligados a pasar un lapso de espera

dado que sus respuestas de presionar la palanca no obtienen ninguna consecuencia en ese tiempo. Así, las conductas adjuntivas podrían ser respuestas que se presentan mientras los sujetos se encuentran sometidos a una especie de estrés. De tal forma, investigadores posteriores llegaron a identificar el fenómeno de la polidipsia con el alcoholismo que presentan los humanos y a compararlo con otros comportamientos como comer en exceso o incluso las adicciones. Son conductas alternativas que se presentan para ocupar el tiempo de espera obligado a que están sometidos los sujetos y que de alguna manera implican una clase de estrés. Otros trastornos que se han relacionado con la polidipsia son la obesidad, el sobrepeso, el alcoholismo, el tabaquismo, la hipertensión y la diabetes. Así como la polifagia o hiperfagia, la adipsia, la potomanía, la hiponatremia y la intoxicación por agua.



La polifagia o hiperfagia, por su parte, consiste en una sensación anormalmente fuerte e incesante de hambre o deseo de comer que con frecuencia lleva a una sobrealimentación. A diferencia del aumento en el apetito que sigue al ejercicio, la polifagia no persiste después de comer y con frecuencia, lleva a una ingestión rápida de cantidades excesivas de alimento. La polifagia no es un desorden alimenticio por sí mismo, sino que es un síntoma que manifiesta la existencia de una condición médica. A menudo es el resultado de la existencia de niveles anormales de glucosa en la sangre (tanto la hiperglicemia como la hipoglicemia), y al igual que la polidipsia y la poliuria, es una de las 3P's que se asocian comúnmente con la diabetes melitus.

El agua es uno de los nutrientes fundamentales en toda la vida, por lo que muchos médicos recomiendan su ingesta casi sin excepción. Sin embargo, se ha descubierto que este vital líquido puede transformarse en un verdadero dolor de cabeza cuando se consume en forma desproporcionada, pues genera lo que se conoce como potomanía, hiperhidratación o adicción al agua.

La adicción al agua consiste en beber grandes cantidades de agua de manera compulsiva, sin sentir sed, lo cual produce en la persona sensaciones de placer y bienestar. Los adictos al agua suelen beber hasta cinco y ocho litros de agua al día, cuando lo recomendable es tomar dos litros diarios para la población sedentaria.

Otro fenómeno muy difundido en su época que se encuentra en cierta forma relacionado con los efectos de la polidipsia es el contraste conductual. Ferster y Skinner (1957) observaron que los sujetos experimentales en programas de intervalo variable y de razón variable, presentan una aceleración mayor en su tasa de respuestas inmediatamente después de la pausa post reforzamiento. De la misma manera, Bouzas y Baum (1976) encontraron que, en un programa múltiple de dos componentes de intervalo variable, la ocurrencia de respuestas en el primer componente variaba al cambiar la frecuencia de reforzamiento en el segundo programa de manera que una reducción en la frecuencia de reforzamiento en el segundo programa producía un incremento en las respuestas en el primer programa.

Los hallazgos fueron interpretados diciendo que los cambios en las contingencias de un programa afectan no solo a las respuestas en el programa cambiado sino también a las respuestas en otro programa; y lo identifican como un efecto de contraste conductual. Aparentemente, el estímulo discriminativo asociado con el segundo componente adquiere propiedades aversivas o estresantes, lo que ocasiona un incremento en las respuestas del primer componente como un efecto de contraste.

Como dice Killeen (2014), el reforzador que mantiene las respuestas instrumentales que se estudian también refuerza otras respuestas que compiten con ellas. Esta competencia y su desbalance en momentos de la transición entre distintos programas de reforzamiento dan lugar al contraste conductual. Mismo desbalance que se origina por diferencias en las tasas en las que diferentes respuestas quedan bajo el control de los estímulos componentes.

Por su parte, Terrace (1963, 1964, 1966a, 1966b y 1966c) en conjunto con Sidman y Stoddard (1967), aportaron resultados significativos al comparar el aprendizaje de discriminación con y sin errores. Así, encontraron que el contraste conductual ocurre en la discriminación con errores pero en cambio, no se presenta en el aprendizaje sin errores. De esta forma, en el aprendizaje sin errores, situación en la cual los sujetos nunca responden ante el estímulo (S-), éste no llega a adquirir propiedades aversivas; razón por la cual no hay contraste y en cambio, en el aprendizaje con errores, donde los sujetos tienen oportunidad de responder ante el estímulo (S-) y no ser reforzados, éste sí adquiere propiedades aversivas.

Tanto en los estudios de discriminación como en los programas múltiples de reforzamiento, hay estímulos que adquieren propiedades aversivas y a su vez, ocasionan cierto tipo de estados emocionales que dan lugar a respuestas excesivas que bien pueden identificarse como producto de esos estados emocionales.

Complementariamente, Killeen (2014) establece que la inhibición de reforzamiento es una posible causa del contraste conductual. En este caso, la inhibición es claramente un tipo de supresión de alguna clase de comportamiento, la cual puede ser provocada por múltiples factores entre los que se destacan



estados emocionales de varios tipos. Y, tal como afirma Palomino (2020), las emociones determinan la elección, la calidad y la cantidad de alimento que se consume. A su vez, esto tiene un efecto sobre el grado de aumento o disminución del peso corporal. Es así que las emociones afectan a la conducta alimentaria y son a su vez, modificadas por ella. No obstante, la relación entre estos dos componentes también es alterada por las características personales de los individuos, el contexto y la cultura. Una buena parte de estos determinantes son los factores psicológicos que llevaron a Palomino a etiquetar a las personas como “el comedor emocional”; es decir:

“Aquel individuo que utiliza los alimentos como un mecanismo disfuncional para afrontar sus emociones negativas (ira, apatía, frustraciones, entre otras). Estas emociones negativas estarían más presentes en situaciones de alto estrés percibido, lo que conllevaría al aumento de la ingesta de alimentos llamados “reconfortantes”, como lo son aquellos altos en azúcares y grasas. La presencia del comer emocional sería más prevalente en mujeres que en hombres; en personas obesas que en aquellas con estado nutricional normal y en contextos de restricción alimentaria. Las últimas investigaciones señalan que la forma en cómo regulamos nuestras emociones permitirían controlar la cantidad o calidad de los alimentos que se ingieren, siendo una estrategia efectiva para el control alimentario”. p 286.

El concepto de comedor emocional es una categoría de análisis que se aplica a aquellas personas que no siguen un plan específico para seleccionar sus alimentos o que tampoco siguen un orden con los horarios de alimentación y demás aspectos relacionados con la forma de alimentarse. En esos casos, las personas son proclives a sufrir trastornos alimentarios. Éstos son, de hecho, enfermedades crónicas graves que afectan a la salud física y mental provocando problemas relacionados con el exceso de peso tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y la enfermedad obstructiva crónica (PHO – WHO, 2018).

Otros trastornos alimentarios relacionados con la manera de pensar sobre uno mismo, como la autoimagen, tienen que ver con el peso corporal y la figura tales como la bulimia, la anorexia y el trastorno alimentario compulsivo.

Todos estos problemas alimentarios pueden afectar la salud, las emociones y la capacidad para desenvolverse en ámbitos importantes de la vida y se relacionan con la depresión, la ansiedad, las autolesiones y los pensamientos y comportamientos suicidas lo que puede terminar en comportamientos alimentarios peligrosos.

Estos comportamientos pueden afectar gravemente la capacidad de obtener la nutrición que el cuerpo necesita. Los trastornos alimentarios pueden dañar el corazón, el aparato digestivo, el sistema reproductor femenino, los huesos, el cabello, los dientes, las uñas, la boca y pueden abrir la puerta de entrada que lleva a otras enfermedades. De no tratarse adecuadamente, los trastornos alimentarios pueden convertirse en problemas crónicos y, en algunos casos, pueden causar la muerte y al aplicarse al colectivo de la sociedad, pueden dar lugar a verdaderos problemas de salud pública.

Por otra parte, los problemas de sobrepeso, obesidad y diabetes han llegado a constituir verdaderos problemas de salud pública en la inmensa mayoría de los países del mundo (PHO - WHO, 2018). Es por eso que anualmente se realiza una gran cantidad de investigaciones en torno a esta problemática en salud y las causas que la originan (Williams, et. al., 2015). El problema sin duda es multicausal y consecuentemente, multidisciplinario y las líneas de investigación son múltiples y variadas. Por ello, una de las disciplinas interesadas en el tema es la Psicología de la alimentación.

El origen de la obesidad está en el estilo de vida: las dietas saturadas de calorías, la falta de ejercicio y la vida mayormente sedentaria. Los datos del Banco Mundial indican que, si continúa esta tendencia, para 2030 la cantidad de obesos latinoamericanos alcanzaría el 30% de la población (2015). Dentro de los factores psicológicos que la afectan están los niveles de estrés, lo aprendido en cuanto a tipos de alimentos, sabores y las preferencias individuales por los tipos de alimentos. La combinación de esos factores puede dar lugar a malos hábitos de alimentación que llevan a alteraciones psicológicas de la alimentación como el sobrepeso, la obesidad, la bulimia y la anorexia, entre otras.

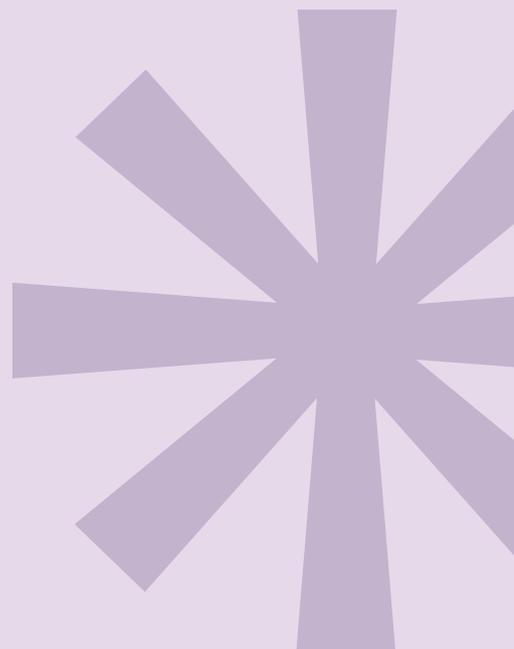
La importancia del sobrepeso y la obesidad es que estos son los principales factores que dan lugar a una serie de problemas de salud de mayor trascendencia como son la diabetes, el cáncer de diferentes tipos y las enfermedades cardiovasculares. Aunados a estos problemas alimenticios, se encuentran otros como el tabaquismo, el alcoholismo y las adicciones a las drogas legales e ilegales.

En conjunto, este tipo de fenómenos relacionados con el metabolismo humano pueden ser llamados como trastornos alimentarios y constituyen las principales causas de muerte en México.

Sin embargo, la principal razón para el sobrepeso y la obesidad y los demás trastornos alimentarios es la falta o bien una deficiente educación para la salud alimentaria. De ahí la importancia de alimentarse sanamente y aprender a comer sanamente. Así, para los psicólogos, educadores, pedagogos, profesores y demás profesionales de la educación constituye un verdadero reto enseñar a las

nuevas generaciones a alimentarse sanamente.

No obstante, no solo hay que enseñar en las escuelas las características de la buena alimentación, sino que esta educación debe llevarse a los hogares pues no sirve de mucho que los niños aprendan en la escuela cómo se conforma el plato del buen comer si al llegar a su casa, regresan a los mismos patrones de alimentación empobrecida por los excesos de carbohidratos y la comida chatarra. Pues ha sido un tema de gran discusión durante mucho tiempo, si puede aprenderse el comportamiento sano.



Problemas relacionados con el manejo de la autosatisfacción y la imagen personal

Otro tema que ha abordado la psicología con relación a la conducta alimentaria y los trastornos alimenticios es el de la imagen corporal como punto de partida para analizar la comparación social y el grado de satisfacción corporal de las personas. De acuerdo con Hollander (1993), la insatisfacción con la imagen corporal puede tener efectos psicológicos como baja autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y una evaluación excesiva del cuerpo. Esto, a su vez, puede dar lugar a disfunciones sexuales, trastornos en la conducta alimentaria, trastorno dismórfico corporal, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc. de forma reiterada y con demandas irracionales.

Una de las maneras que se ha empleado el estudio de la autosatisfacción y la autoimagen ha sido analizando el comportamiento de los usuarios en las redes sociales como es el uso de Instagram y TikTok por universitarios. Estas redes sociales son de las más utilizadas en los últimos años y cuya popularidad en todo el mundo ha crecido vertiginosamente en los pocos años que han transcurrido desde su creación.

Su popularidad se debe entre otras cosas, a las facilidades que da a los usuarios para emplear filtros para editar, retocar y modificar las fotografías que ellas y ellos publican para parecer más delgado, cambiar las proporciones de distintas partes del cuerpo y cambiar otras características físicas de las personas. Estas redes sociales han sido ampliamente estudiadas en Estados Unidos y en Europa, aunque en México y Latinoamérica son comparativamente pocos los estudios que se tienen de ellas.

Dichas categorías de análisis relacionados a la imagen y la satisfacción corporal, la supervisión corporal o monitoreo físico, con el objetivo de cumplir con expectativas externas y evitar críticas, la vergüenza por el propio cuerpo que resulta de no alcanzar el canon de belleza impuesto socialmente y la creencia de control de apariencia o creencia de que se puede controlar el aspecto físico, de tal manera que pueden alcanzarse los patrones socialmente establecidos (Moreno, 2021, Martínez-Flores, 2022).

Con respecto a estas categorías, Behar (2010) señala que uno de los factores que genera presión social por tener una imagen corporal deseable es la ansiedad por la apariencia física; la ansiedad físico-social se refiere a la preocupación reiterada que experimenta una persona por la manera en que su cuerpo es evaluado por los demás (Arreguín, Sandoval y González, 2016).

Una forma de tratar el tema de la autosatisfacción y la imagen personal radica en la comparación de la propia imagen con la de los demás. La comparación social se dice que es ascendente cuando la persona se compara con otros que considera mejores, como actores, cantantes o ídolos populares conocidos como influencers. Este tipo de comparación puede mostrar una respuesta afectiva negativa, es decir, al momento de compararse con otros que consideran mejores que ellos, se producen sentimientos como angustia, tristeza e insatisfacción (Flores, 2018). A su vez, los sentimientos negativos al compararse de manera ascendente con otros, llevan a mayor uso de filtros en las imágenes.

Tiggeman y Zaccardo (2018) confirman que el contenido de las publicaciones que se encuentran en Instagram puede influir negativamente en la visión corporal de las personas al reforzar las creencias de que, para ser considerado atractivo, las personas se deben ver de cierta manera (Martínez-Flores, 2022).



Por otra parte, a mayor comparación social de tipo ascendente se genera una menor satisfacción corporal. Según Fox et al., (2016), las comparaciones sociales ascendentes pueden ser perjudiciales para el bienestar, provocando emociones negativas, autopercepciones disminuidas, síntomas depresivos, menor satisfacción corporal y trastornos alimentarios. Además, a mayor comparación social de tipo ascendente, uso de filtros y edición de fotografías, aumenta la ansiedad por la apariencia física. Brea (2019), encontró que los usuarios de la plataforma de Instagram puntúan más alto la vigilancia corporal que en otras redes sociales, correlacionando positivamente con la autocosificación y dando lugar a la comparación e internalización del ideal de belleza.



Finalmente, con el desarrollo tan acelerado que ha tenido la Inteligencia Artificial en los últimos años, se estarán generando otras formas de sobrellevar el tema de los usos informáticos y en línea de la autovaloración, autosatisfacción y autoimagen.

Referencias

- Arreguín R., Sandoval, S. & González, J. (2016). Preocupación por la apariencia física en usuarios de empresas multideportivas en México. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 239-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235146515014>
- Behar, A. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 48(4), 319-334. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527722007>
- Banco Mundial (2015). *Informe Anual. Banco Mundial*. Consultado en: <http://www.bancomundial.org/projects> recuperado el 06/05/2023.
- Bouzas, A, & Baum, W. M. (1976). Behavioral contrast of time allocation. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. Volume 25, Issue 2
- Brea, A. (2019). *Corporalidad Online-Offline: Revisión sistemática de la influencia de Instagram en la imagen corporal de los adolescentes* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Barcelona] https://ddd.uab.cat/pub/trerepro/2019/hdl_2072_351171/TFM_a2019m1_BreaFolgarAnaLA_a.pdf
- Cohen, L. & Simeon, D. (1993). Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals*, 23(7), 359-364. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19930701-06>
- Colotla, V. A., Keehn, J. D., and Gardner, L. L. (1970). Control of schedule-induced drink durations by inter-pellet intervals. *Psychonomic Science*, 21, 137-139.
- Falk, J. L. (1961). Production of polydipsia in normal rats by an intermittent food schedule. *Science*, 133, 195-196.
- Falk, J. L. (1966). The motivational properties of schedule-induced polydipsia. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 19-25. (a).

- Falk, J. L. (1966). Schedule-induced polydipsia as a function of fixed-interval length. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 37-39. (b).
- Falk, J. L. (1967). Control of schedule-induced polydipsia: type, size, and spacing of meals. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1967 10, 199-206.
- Flores, B. (2018). Insatisfacción con la imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo y deseo de modificación corporal en adolescentes, un reporte por sexo y orientación sexual en Hermosillo, Sonora [Tesis de Maestría, Colegio de la Frontera Norte]. <https://www.colef.mx/posgrado/tesis/20161293/>
- Fox, J., Megan, A. & Vendemia, M. (2016). Selective Self-Presentation and Social Comparison Through Photographs on Social Networking Sites. *School of Communication*, 19(10), 593-599. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0248>
- Hollander, R., Cohen, L. & Simeon, D. (1993). Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals*, 23(7), 359-364. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19930701-06>
- INSP (2013). Instituto Nacional de Salud Pública. *Obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares*. Consultado en: <http://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/obesidad-diabetes-y-enfermedades-cardiovasculares.html>
- Killeen, P. R. (2014). A theory of behavioral contrast. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, Martínez-Flores, C. L. (2022). *Relación entre el uso de Instagram y la comparación social con respecto a la satisfacción corporal y la ansiedad por apariencia física en universitarios*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz]
- Moreno, B. (2021). *Autoestima en la Actualidad ¿Cómo afectan las Redes Sociales?* [Tesis de Licenciatura, Universidad Pontificia Comillas]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50905>
- Palomino P. A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Rev Chil Nutr* 2020; 47(2): 286-291.
- Panamerican Health Organization/World Health Organization. Chile. Non-communicable diseases. [2018, June] Available from: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=128:enfermedades-no-transmisibles&Itemid=2134.
- Pavlov, I. P. (1891) *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Translated and edited by G.V. Anrep. New York: Dover Publications.
- Reynolds, G. S. (1961). Behavioral contrast. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4, 57-71.
- Sidman, H. and Stoddard, L. T. (1967). The effectiveness of fading in programming a simultaneous form discrimination for retarded children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 10, 3-15.
- Talbot, D. & Mahlberg, J. (2023). Exploration of Height Dissatisfaction, Muscle Dissatisfaction, Body Ideals, and Eating Disorder Symptoms in Men. *Journal of American College Health*, v71 n1 p18-23 2023
- Terrace, H. S. Discrimination learning with and without " errors". *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1963, 6, 1-27.
- Terrace, H. S. Wavelength generalization after discrimination learning with and without errors. *Science*, 1964, 144, 78-80.
- Terrace, H. S. Discrimination learning and inhibition. *Science*, 1966, 154, 1677-1680. (a)
- Terrace, H. S. Behavioral contrast and the peak shift: effects of extended discrimination training. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1966, 6, 613-617. (b)
- Terrace, H. S. (1966). Stimulus control. In W. K. Honig (Ed.), *Operant behavior: Areas of research and application*. New York: Appleton-Century-Crofts. Pp. 271-344. (c) Thomas, D. R. Effects of drive and discrimination training on stimulus
- Tiggemann, M. & Zaccardo, M. (2018). Strong is the new skinny: A content analysis of #fitspiration images on Instagram. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1003-1011. <https://doi.org/10.1177/1359105316639436>
- Williams H., Mesidor M., Winters K., Dubbert P. & Wyatt S. (2015). Overweight and obesity: Prevalence, consequences and causes of a growing public health problem. *Curr Obes Rep*; 4(3): 363-370.

Differentiated Instructions in schools: A study on students, teachers and parents perspectives

Resumen

Las escuelas alrededor del mundo se han vuelto más diversas. Para atender las necesidades de aprendizaje de los alumnos, es imprescindible que se garantice una educación de calidad para todos. Aunque los maestros son los principales responsables de la aplicación de prácticas inclusivas, es esencial explorar también las perspectivas de los alumnos y padres de familia. Este manuscrito presenta el proyecto de investigación Instrucción Diferenciada - Perspectivas de Alumnos, Maestros y Padres en México (DI-STePP-Mex) el cual siguió una investigación transversal y exploró las perspectivas de los participantes sobre la escuela inclusiva, con especial atención a la Instrucción Diferenciada.

Palabras clave: Educación inclusiva – Instrucción diferencial – Alumnos – Maestros – Padres de familia

Abstract

With the current global events, classrooms worldwide have become more diverse. In order to address students' learning needs, it is imperative that classrooms ensure quality education for all students. Although teachers are mainly responsible for implementing inclusive practices, it is also essential to explore other key educational stakeholders' perspectives, namely students and parents. With this background, this manuscript presents the Differentiated Instruction – Students', Teachers' and Parents' Perspectives in Mexico research project (DI-STePP-Mex). The DI-STePP-Mex followed a cross-sectional research design to explore students', teachers' and parents' perspectives and experiences of inclusive schooling, with particular focus on the implementation of Differentiated Instruction.

Keywords: Inclusive education – Differentiated instruction – Students – Teachers – Parents

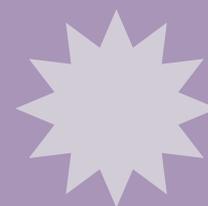
Marcela Pozas

Assistant professor for Inclusion and Participation in the School Context within the Professional School of Education of the Humboldt University of Berlin.

Lecturer in the School of Psychology from the UDEM.

Contact: marcela.pozas.guajardo@hu-berlin.de

Ana Sofía Lomelí, Ana Terrones, Eugenia Perez-Sandi, José Antonio Palacios, Laura Reneé Rivera, Lucía Pozas, Priscila Castro, Romelia Elizondo y Mónica Cano.



1. Introduction

The recent major worldwide issues such as the Coronavirus (COVID-19) pandemic, migration crises, and rising inequalities, have contributed to the increasing diversity within the student population (OECD, 2023). Thus, policy-makers around the world urge for the establishment of inclusive classrooms (UNESCO, 2020) and “emphasize the concepts of efficiency, effectiveness, equity, and inclusion as a means of ensuring quality education for all” (Watkins, 2017, p.1). With this background, the concept of inclusive education has shifted from the inclusion of students with disabilities, to the provision of equal opportunities in education celebrating the diversity of all learners (Schwab, 2020). To achieve this aim, schools must become “more responsive to children with a diverse range of abilities, cultures, gender, religions, and other situations and issues that present in the classroom” (Loreman, 2017, p. 2). The development of an inclusive classroom demands teachers

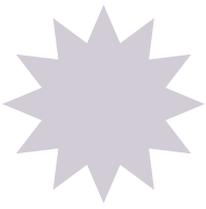
to adapt their instruction in order to address the differences between all students (OECD, 2023).

Differentiated instruction (DI) has been recognized as an inclusive instructional approach that enables teachers to meet the needs of all learners in heterogeneous classrooms by implementing a set of intentional, systematically planned and reflected practices (Letzel, 2021). Thus, DI has been considered as a teaching strategy that can ensure a fair educational system (OECD, 2018). Scientific literature not only has recognized DI as an important teaching quality domain (Maulana et al., 2020) but also a core element of effective teaching (Lindner & Schwab, 2020). In order to differentiate their instruction, teachers should modify the content, processes, and products in correspondence to their students' readiness, interests and learning profiles. In this sense, teachers can implement DI through a variety of instruction behaviors such as tiered assignments, homogeneous or heterogeneous subgroups based on learners' performance or interests (Maulana et al., 2020). Additionally, Tomlinson (2017) suggests the use of tutoring systems, staggered nonverbal learning aids such as helping cards, and diverse open education practices such as project-based learning or portfolios. Moreover, literature has also recommended variants of mastery learning strategies such as jigsaw puzzles, enrichments or prioritized curricula directed at both high and low achieving students (Darnon et al., 2012).

With the 2012 constitutional reform in Mexico, quality education was established as a right for all Mexicans (OECD, 2018). Within this new reform, Mexico introduced a New Educational Model (Nuevo Modelo Educativo) placing inclusive

education and equity as main priorities and focused to "strengthen the capacities of schools and educational services that serve indigenous children, migrants and students with SEN" (OECD, 2018, p. 9). However, despite the various laws and legislations, inclusive education in Mexico is still unsatisfactory. According to Romero-Contreras et al. (2019), there has been a lack of official technical and financial support as well as clear guidelines for establishing inclusive education in schools limiting the progress of targeted changes. Nonetheless, the authors state that "many teachers and school communities are looking for strategies to support students" (Romero-Contreras et al., 2019, p. 513). Thus, although the process of inclusive education in Mexico is slow and faces numerous challenges, there have been diverse modifications at the educational level that have promoted the provision of supports and curricular adaptations for addressing students' various learning needs (Romero-Contreras et al., 2019). For instance, results from PISA 2015 revealed that students in Mexico reported that their science teachers adapt their instruction far much more frequently than the OECD average (OECD, 2016). Furthermore, findings from a study by Lavín et al. (2020b) indicated that Mexican school teachers commonly make use of DI practices such as establishing high expectations for all students, personalizing curriculum, individualizing schedules and routines, allowing students to work at their own pace, as well as establishing goals and continuous monitoring of student progress to inform teaching strategies. Similarly, Campa-Álvarez et al. (2020) indicated that Mexican teachers generally differentiate their instruction by means of personalizing and adapting curriculum.

However, it is essential to note that inclusive education, and consequently, the practice of DI, does not only pertain to teachers, but also other key educational stakeholders such as parents and students themselves. This is of utmost relevance, as the experiences and diverse views of such key educational stakeholders "need to be involved in



order to provide a comprehensive perspective that will allow designing a school that responds to all needs” (Lindner et al., 2022, p.2). Taking into consideration the aforementioned background and current situation in Mexico, the research project Differentiated Instruction: Students, teachers and parents perspectives in Mexico (DI-STePP-Mex) was designed and conducted in order to explore students, teachers and parents perspectives of the practice of DI and their views on inclusive education. The research project was developed within the frame of two Bachelor Theses from the School of Psychology of the University of Monterrey. In this context, a total of 10 students and their supervisor actively participated in the data collection process, analyses and interpretation of the results. The present paper presents the research design, the most important results and will critically discuss their impact on research and practice.

2. Method

The DI-STePP-Mex project followed a quantitative cross-section design and was conducted in the city of Monterrey, Nuevo Leon, a state located in the northeast of Mexico. Data were collected from in from the middle of February 2022 through March 2023. Different private and public schools from the city were invited to participate in the study. Three separate online surveys were built for each sample perspective (students, teachers and parents). The online links to each survey were then shared. Previous to sharing the online survey, participants were recruited firstly by sending an invitation per e-mail to school principals from primary, lower and upper secondary schools and offering a meeting to explain the project and its goals.

Additionally, support for the regional governmental education institutions was provided to contact schools. Those schools who decided to participate would then share the links to the surveys with teachers and parents. For the case of students, the online survey was conducted during school hours and the authors of the study were available onsite to support students with any questions. Participation was voluntary, and thus, needed to be approved with the participant’s consent in order to proceed with the questionnaire. Given that students were underaged, informed consent from their parents or tutors was obtained from all participants completing the questionnaire. For overall sociodemographic information on each of the samples, please refer to table 1. The research project was approved by the School of Psychology’s Ethical Committee of the University of Monterrey.

Table 1. Sociodemographic information on the student, teacher and parent samples.

Sample	Sample size	Gender	Age	Teaching experience
Students	n = 612	289 Male 307 Female 16 Missing	M = 13.20 years	-
Teachers	n = 131	23 Male 108 Female 0 Missing	M = 42.01 years	M = 15.98 years
Parents	n = 96	20 Male 76 Female 0 Missing	M = 45.57 years	-

2.1 Instruments

The questionnaire was developed based on the teacher DI practice perspective questionnaire by Letzel (2021). This questionnaire stems from previous work by Authors (2019). Within their study, the authors provide a categorization of the DI practices that seeks to bridge the gap between educational theory and daily instructional practice (for a detailed description of the taxonomy please refer to Authors, 2019; Authors, 2019). The Taxonomy of DI practices is framed within the current DI literature and research, and identifies six DI categories of practices: tiered assignments, intentional composition of student groups, tutoring systems, staggered non-verbal aids, mastery learning, and open education/granting autonomy to students. The teacher perspective questionnaire by Letzel (2021) was reviewed and adapted to assess teachers' actual DI teaching practices from students' and parents' perspectives. The questions were adapted to fit the participants' perspective correspondingly (Instruction: "How often does your [according to the perspective] teacher/you/your child's teacher use the following practice during the lesson"). In a recent small-scale study conducted by Authors (2021), the scale was back-translated from German to Spanish. The items could be responded by using a five-point Likert scale (1 = never to 5 = very frequent) (see Table 2 for descriptive statistics):

Table 2. Means and standard deviations for all DI items according to each sample.

	Students		Teachers		Parents	
	M	SD	M	SD	M	SD
Tiered assignments: extra tasks	1.46	1.00	2.16	1.00	1.54	.80
Tiered assignments: more time	2.21	1.31	3.15	1.11	2.18	1.04
Tiered assignments: more challenging tasks	1.46	.97	2.25	1.13	1.58	.91
Tiered assignments: different tasks (representation)	1.69	1.13	2.56	1.22	1.91	1.04
Heterogeneous ability grouping	2.40	1.38	3.00	1.17	2.46	1.24
Heterogeneous interest grouping	2.35	1.32	2.87	1.15	2.58	1.24
Homogeneous ability grouping	2.15	1.20	2.43	1.00	2.21	.96
Homogeneous interest grouping	2.28	1.21	2.53	.97	2.12	1.12
Tutoring systems	2.20	1.37	2.58	1.20	1.98	1.19
Staggered nonverbal learning aids	2.06	1.34	2.13	1.23	2.11	1.35
Mastery learning	3.63	1.36	3.10	1.22	3.02	1.37
Open education	1.92	1.19	2.59	1.24	1.77	1.06

2.2 Data Analyses

A mixed analysis of variance was undertaken to determine if significant differences existed between students ratings of their teachers use of DI practices based on their school setting (inclusive vs. non-inclusive classroom). All DI practices items were submitted to the mixed ANOVA as dependent variables, while school setting was included as an independent variable. With regard to assumption considerations for the mixed ANOVA, it is important to note that for the student and teacher sample, the sphericity assumption was violated and the Greenhouse-Geiser exceeded .75, indicating that variances of the differences between all combinations of the groups are not equal. Thus, the Huyhn-Feldt corrected test statistic is reported for such samples' within-subjects factor and the interaction.

3. Results

3.1 Students

As reported by Authors (2023), the project's results revealed that students in inclusive classrooms rated their teachers use of DI practices significantly higher than students in non-inclusive classrooms. Moreover, the results indicate that their teachers tend to differentiate their instruction mainly by implementing mastery learning and have a fairly low use of tiered assignments such as providing additional tasks, assigning more challenging tasks or with different representations as well as open education. Interestingly, the analyses reported that teachers frequency use of the single DI practices is similar across inclusive and non-inclusive classrooms.

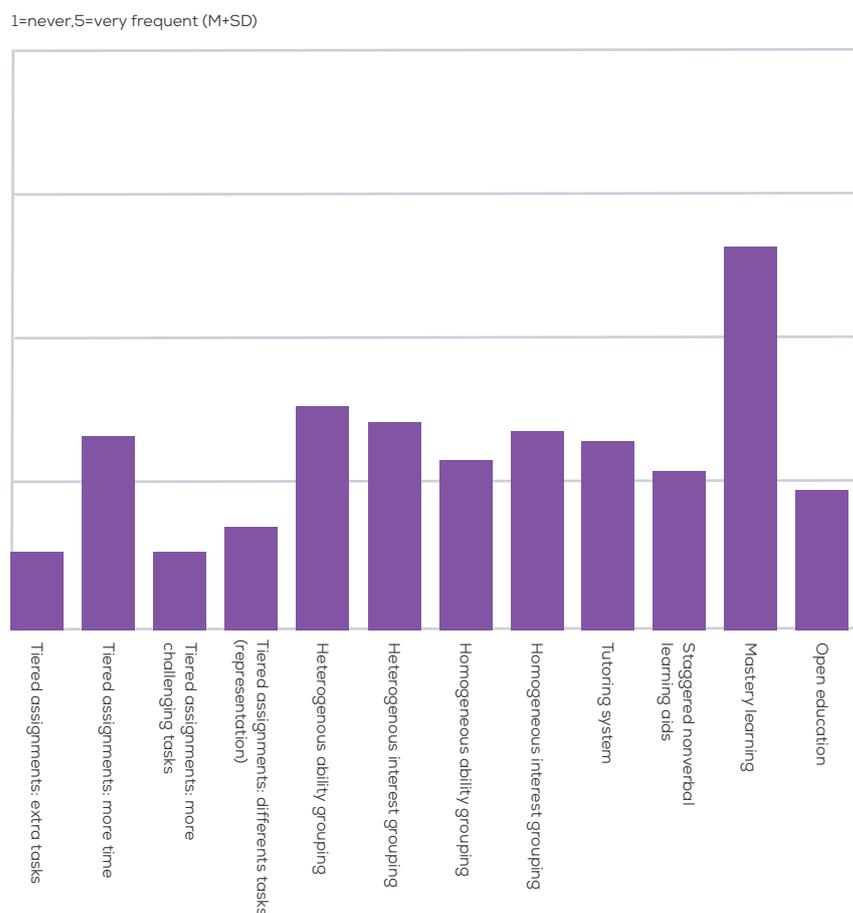
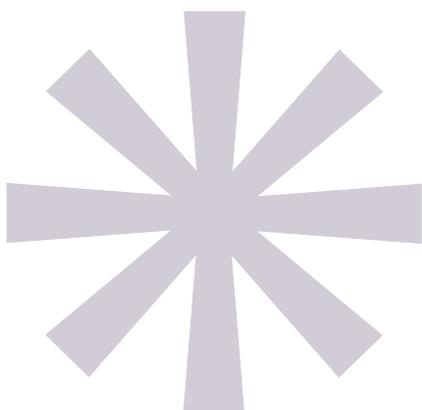


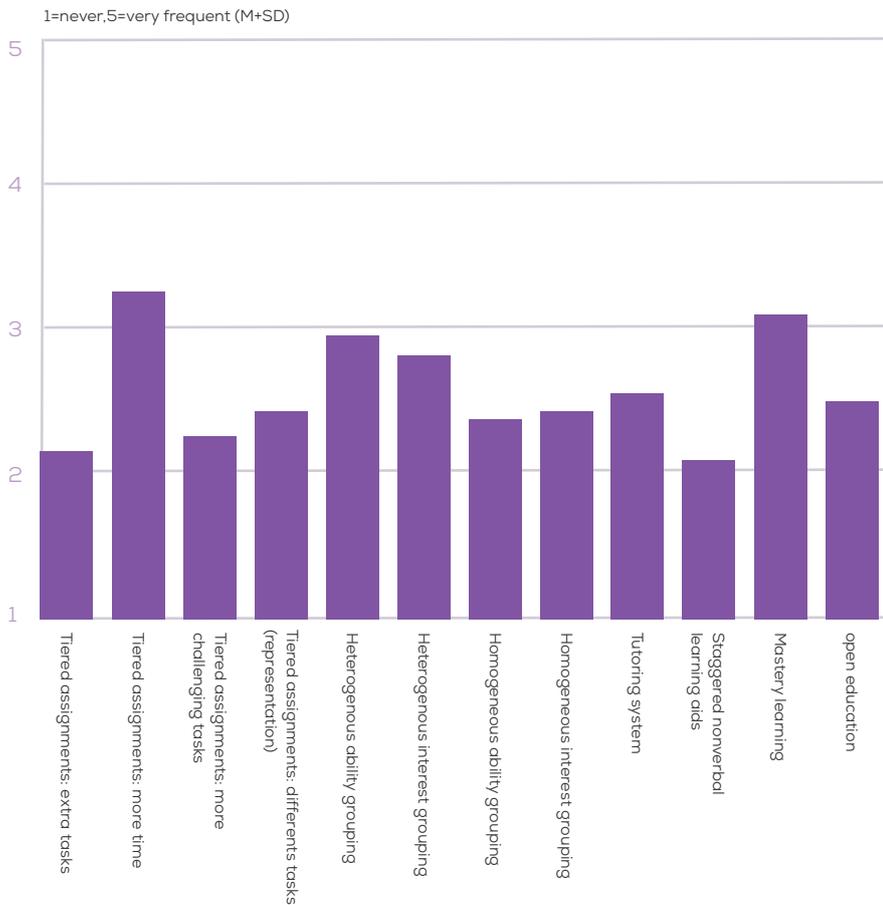
Figure 1. Differences within DI practices: Student sample. Note. Title of Book [blinded for peer-review purposes], by Authors, 2023, Waxmann. (<https://doi.org/> [blinded for peer-review purposes]) (CC BY 4.0). Reprinted with permission.



3.2 Teachers

The mixed ANOVA test of between-subject effects did not report a significant main effect of school setting, $F(1,123) = .00, p = 1.00, \text{partial } \eta^2 = 0.00$, thus indicating that teachers self-reported overall DI implementation does not differ between inclusive and non-inclusive classrooms. The tests of within-subject effects showed significant variations within teachers' self-reported implementation of the single use of DI practices, $F(9.13,1123.48) = 19.94, p < 0.001, \text{partial } \eta^2 = 0.14$. In detail, teachers indicate that they tend to differentiate their instruction most frequently by tiered assignments where additional time is provided to students, mastery learning as well as by establishing heterogeneous ability and interest groups. On the other hand, teachers' ratings show they rarely differentiate by implementing staggered nonverbal learning aids, and tiered assignments such as providing extra or more challenging tasks (Figure 2).

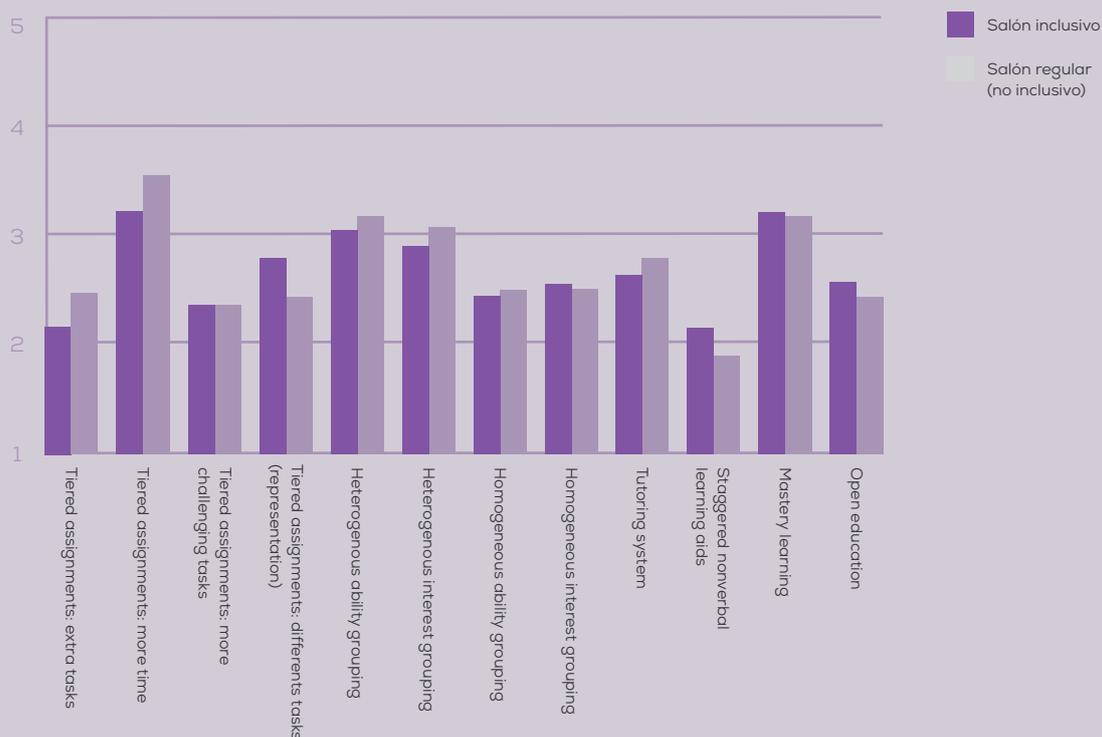
Figure 2. Differences within DI practices: Teacher sample.



Additionally, the tests of within-subject effect revealed a significant interaction effect of the single DI practices and school setting, $F(9.13,1123.48) = 1.95, p < 0.05, \text{partial } \eta^2 = 0.02$, indicating that teachers' frequency of the single DI practices differ between inclusive and non-inclusive classrooms (Figure 3). Specifically, it appears that practices such as tiered assignments with different task representation, staggered nonverbal learning aids and open education are commonly implemented by teachers in inclusive classrooms, whereas tiered assignments by providing additional time to students, heterogeneous interest grouping, homogeneous ability grouping and tutoring systems are frequently implemented by teachers in non-inclusive classrooms.

Figure 3. Interaction effect DI practices and classroom setting: Teacher sample.

1=never,5=very frequent (M+SD)



3.3 Parents

The mixed ANOVA test of between-subject effects did not report a significant main effect of school setting, $F(1,54) = .44, p = .51, \text{partial } \eta^2 = 0.01$, thus indicating that parents ratings of their child’s teachers overall DI implementation does not differ between inclusive and non-inclusive classrooms. The tests of within-subject effects, however, showed significant variations within parents ratings of teachers implementation of the single use of DI practices, $F(11,594) = 10.04, p < 0.001, \text{partial } \eta^2 = 0.16$. In detail, parents report that teachers tend to differentiate their instruction most frequently by means of mastery learning, whereas tiered assignments such as providing additional or challenging tasks and open education are the least used practices (Figure 4). Moreover, the tests of within-subject effect did not reveal a significant interaction effect of the single DI practices and school setting. This indicates that parents ratings of their child’s teachers use of the single DI practices is similar across inclusive and non-inclusive classrooms.

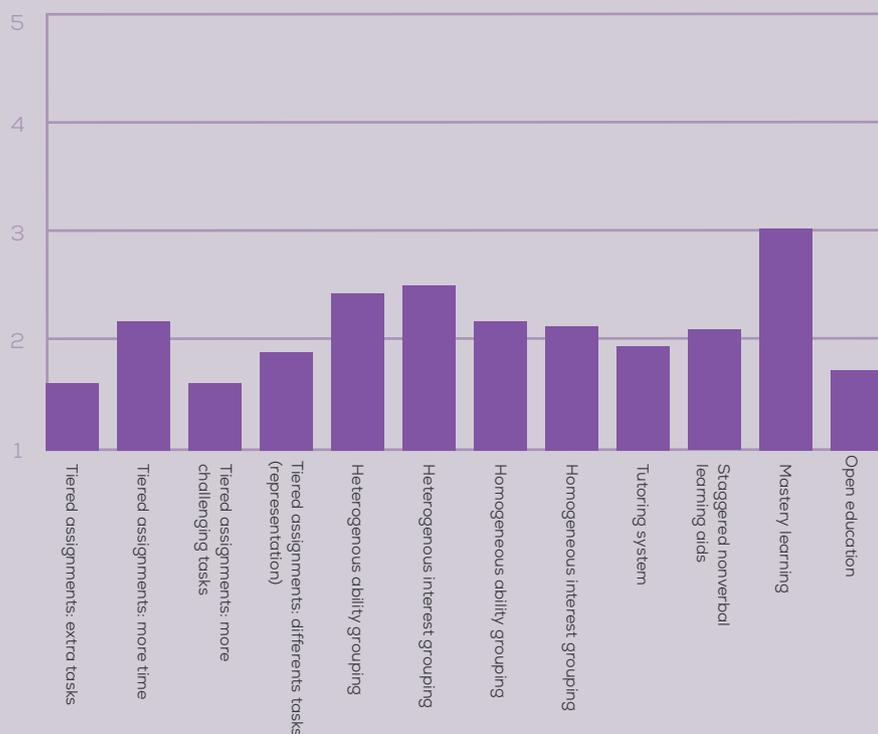


Figure 4. Differences within DI practices: Parent sample.

4. Discussion/Conclusion

Worldwide, the establishment of inclusive classrooms in general education has become a top international priority. Consequently, countries around the world have implemented educational policies that aim to ensure quality education for all students through the use of DI (OECD, 2023). This is also the case of Mexico, which with the New Educational Model, has set to address the various learning needs through the means of inclusive teaching practices such as DI (Romero-Contreras et al., 2019; SEP, 2017). Although the implementation of DI largely depends on teachers (Compen et al., 2024), key educational stakeholders such as parents and students should also be considered when exploring inclusive schooling (Lindner et al., 2022). Considering this background, the DI-STePP-Mex research project was conducted in order to explore key educational stakeholders experiences of DI within inclusive and non-inclusive classrooms.

Overall the results from the three samples indicate clear trends and differences between the implementation of specific DI practices. For instance, in all three samples, participants ratings indicate that one of the most frequently used DI practice is mastery learning. This result is consistent with empirical evidence from studies on teachers self-reported DI practice in Mexico (Campa-Álvarez et al., 2020; Lavín et al., 2020a, 2020b) as well as findings from a recent small-scale study by Authors (2021) in which students perceive that their teachers tend to differentiate their instruction by means of mastery learning. Other commonly reported practices, in which similar trends appear for all samples, are the use of heterogeneous ability and interest grouping formats as well as the provision of additional time to work on tasks. The establishment of grouping formats has been previously reported as a common differentiation practice in both international (Authors, 2019) and national research (Authors, 2021). It is interesting that across the three samples, the use of

tiered assignments by allowing extra time appears as the most used practice within the category of tiered assignment practices. In contrast, all other variants such as the provision of extra tasks, more challenging or different (representation) tasks appear to be used rarely. International research has consistently shown that teachers mostly make use of tiered assignments (Smit & Humpert, 2012). However, the analyses conducted with the single specific tiered assignment items, as in this study, have allowed for a more fine-grained exploration behind the use of such practices. A possible explanation for such specific findings could be that providing students with extra time is an easy practice that requires by far no additional teacher effort. Nonetheless, in order to understand and corroborate this result, further in-depth analyses should be conducted through interviews. When further observing in detail the results from all three samples, it seems that in general the implementation of DI practices follows a similar trend. However, within the parent sample it is essential to note that open education is by far the least rated DI practice.

A main finding from the project relates to the overall ratings concerning the practice of DI of the three participating samples. Despite the fact that teachers appear to report a higher use of DI in comparison to students and particularly parents, it is clear that all three samples indicate a low frequency of DI use which is by far away from expert recommendations (Moon et al., 2002). Additionally, the three samples indicate that teachers practice of DI is fixed rather than flexible through the use of a broad repertoire of practices. All in all, the results seem to be inconsistent with previous international comparative studies that ranked Mexico above average in DI implementation (OECD, 2016). Such differing findings could be resulting from the impact



of the COVID-19 pandemic on the educational landscape and the changes and challenges brought to teachers to establish inclusive educational practices (de Klerk & Palmer, 2021). Therefore, it is urged for further research to continue exploring the educational impact of the pandemic on the implementation of inclusive schooling from all three key stakeholders perspectives.

Furthermore, whereas within-subject results indicate that students and parents ratings of teachers DI practice in both inclusive and non-inclusive classroom settings do not significantly differ in their single DI practices use (hold a similar pattern of use of DI practices, i.e. use of mastery learning), in contrast between-subject results, do indicate significant differences. Likewise, the teacher sample was the only to report significant differences of the single DI practices within inclusive and non-inclusive classrooms. Nevertheless, it is important to highlight that such differences report a very low effect size. Consequently, such results can be limited in its practical application. Hence, these findings must be considered with caution and inherently calls for further research to explore potential differences across educational settings.

The present study holds several limitations. First, given that the three samples are independent, it was not possible to analyze the degree of agreement between the student, teacher and parent ratings of DI. Second, the three samples consisted mainly of participants attending/teaching private schools which did not allow to examine differences between school type (private vs. public schools). According to Lavín et al. (2020b), teaching processes are implemented. Research comparing both school types has indeed observed differences regarding the teaching practices implemented (Authors, 2021; Sánchez-Escobedo & Lavadores, 2018). Additionally, there are potential differences across public schools (i.e. some public schools in Mexico do indeed have tuition fees), and as such it is necessary to see whether there are other various factors influencing teachers use of DI. Third, the results from this study cannot be generalized to other school subjects. Considering that the ways in which DI practices are employed among different school subjects can be different (Ritzema et al., 2016), it is strongly suggested that future research concentrates on exploring potential differences across school subjects.

References

- Campa-Álvarez, R. d. I. Á., Valenzuela, B. A., & Guillén-Lúgigo, M. (2020). Prácticas docentes y cultura inclusiva para colectivos vulnerables de primarias en Sonora, México [Teaching practices and inclusive culture for vulnerable primary school groups in Sonora, Mexico]. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, *18*(2), 1-17.
- Compen, B., Verstegen, D., Maussen, I., Hülsmann, C., & Dolmans, D. (2024). Good practices for differentiated instruction in vocational education: the combined perspectives of educational researchers and teachers. *International Journal of Inclusive Education*, *1-18*. <https://doi.org/10.1080/13603116.2024.2305652>
- Darnon, C., Buchs, C., & Desbar, D. (2012). The Jigsaw Technique and Self-Efficacy of Vocational Training Students: A Practice Report. *European Journal of Psychology of Education*, *27*, 439-49.
- de Klerk, E. D., & Palmer, J. M. (2021). Resetting education priorities during COVID-19: Towards equitable learning opportunities through inclusion and equity. *Perspectives in Education*, *39*(1), 12-28.
- Lavín, C. E., Lavín, G., Mason, L. H., & LeSueur, R. F. (2020a). Perceptions of inclusive education in Mexico City: An exploratory study. *International Journal of Disability, Development and Education*, *69*(2), 1-15.

- Lavin, G., Lavin, C. E., Sanchez, J., Reed, A. S., & Mason, L. (2020b). Inclusive education definitions and practices: Exploring perspectives of education professionals in Mexico City. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 18*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jppi.12356>
- Letzel, V. (2021). Binnendifferenzierung in der Schulpraxis. *Eine quantitative Studie zur Einsatzhäufigkeit und zu Kontextfaktoren der Binnendifferenzierung an Sekundarschulen [Differentiated Instruction in practice - A quantitative study on frequency of use and context factors of differentiated instruction in secondary schools]*. [Doctoral Thesis, University of Trier]. <https://ubt.opus.hbz-nrw.de/opus45-ubtr/frontdoor/index/index/docId/1667>
- Lindner, K.-T., Hassani, S., Schwab, S., Gerdenitsch, C., Kopp-Sixt, S., & Holzinger, A. (2022). Promoting Factors of Social Inclusion of Students With Special Educational Needs: Perspectives of Parents, Teachers, and Students. *Frontiers in Education, 7*. <https://doi.org/10.3389/educ.2022.773230>
- Loreman, T. (2017). *Pedagogy for Inclusive Education*. Oxford Research Encyclopedia of Education. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.148>
- Maulana, R., Smale-Jacobse, A., Helms-Lorenz, M., Chun, S., & Lee, O. (2020). Measuring differentiated instruction in the Netherlands and South Korea: Factor structure equivalence, correlates, and complexity level. *European Journal of Psychology of Education, 35*(4), 881–909. <https://doi.org/10.1007/s10212-019-00446-4>
- Moon, T., Callahan, C., Tomlinson, C. A. & Miller, E. (2002). *Middle School Classrooms: Teachers' reported practices and student perceptions*. Storrs, CT: The National Research Center on the Gifted and Talented. <https://eric.ed.gov/?xml:id=ED505452> (accessed 18 February 2019).
- OECD (2016). PISA 2015 Results (Volume II): *Policies and Practices for Successful Schools*. OECD Publishing.
- OECD (2018). *The Resilience of Students with an Immigrant Background: Factors that Shape Wellbeing*. OECD Publishing.
- OECD (2023). *Equity and Inclusion in Education: Finding Strength through Diversity*. OECD Publishing. Paris, <https://doi.org/10.1787/e9072e21-en>.
- Ritzema, E. S., Deunk, M. I., & Bosker, R. J. (2016). Differentiation Practices in Grade 2 and 3: Variations in Teacher Behavior in Mathematics and Reading Comprehension Lessons. *Journal of Classroom Interaction, 51*(2), 49–71.
- Romero-Contreras, S., García-Cedillo, I., & Fletcher, T. (2019). *The evolution of inclusive education in Mexico: policy, settings, achievements and perspectives*. In M. J. Schuelka, C. J. Johnstone, G. Thomas, & A. J. Atilas (Eds.), *The Sage Handbook of Inclusion and Diversity in Education* (pp. 509–523). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781526470430>
- Sánchez-Escobedo, P., & Lavadores, A. (2018). Student-centred teaching strategies by gender, grade level, and teacher's self-concept in Mexico. *Indonesian Research Journal in Education, 2*(1), 61–73.
- Schwab, S. (2020). *Inclusive and Special Education in Europe*. Oxford Research Encyclopedia of Education. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.1230>
- SEP (Secretaría de la Educación Pública) (Ed.). (2017). *Modelo Educativo para la Educación Obligatoria [Educational Model for Compulsary Education]*. Secretaría de la Educación Pública, SEP.
- Smit, R., & Humpert, W. (2012). Differentiated Instruction in small Schools. *Teaching and Teacher Education, 28*(8), 1152–1162.
- Tomlinson, C. A. (2017). *How to differentiate instruction in academically diverse classrooms (3rd Edition)*. ASCD.
- UNESCO (2020). Global Education monitoring report 2020. *Inclusion and education: All means all*. <https://doi.org/10.54676/JJNK698>
- Watkins, A. (2017). *Inclusive Education and European Educational Policy*. Oxford Research Encyclopedia of Education. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.153>
- Colotla, V. A., Keehn, J. D., and Gardner, L. L. (1970). Control of schedule-induced drink durations by inter-pellet intervals. *Psychonomic Science, 21*, 137–139.
- Falk, J. L. (1961). Production of polydipsia in normal rats by an intermittent food schedule. *Science, 133*, 195–196.
- Falk, J. L. (1966). The motivational properties of schedule-induced polydipsia. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 9*, 19–25. (a).

La salud mental en estudiantes de medicina: retos y oportunidades

Raquel Díaz

Estudiante de segundo año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Monterrey (UDEM).

Contacto: raquel.diaz@udem.edu



Resumen

La vida universitaria presenta una serie de retos y factores de riesgo que pueden afectar la salud mental de los estudiantes, especialmente en carreras como la de medicina, que conlleva exigencias específicas. Se exponen estudios realizados en varios países, incluyendo México, que han encontrado niveles considerables de sintomatología de depresión y estrés entre los estudiantes de medicina. Estos problemas pueden afectar la calidad de vida personal y el desempeño académico, así como tener consecuencias en el futuro desempeño profesional del personal médico. Se sugiere que la educación médica debe incluir entrenamiento en habilidades de afrontamiento, como el manejo del estrés y la regulación emocional. Se identifican técnicas como la terapia cognitivo conductual y el mindfulness para reducir los síntomas mencionados en el texto. Para concluir, se señala la importancia de atender la salud mental de los estudiantes de medicina y de ofrecerles las herramientas necesarias para que desarrollen su profesión de manera competente y saludable.

Palabras clave: Salud mental – Estudiantes universitarios – Depresión – Estrés – Educación médica – Habilidades de afrontamiento

Abstract

University life presents a series of challenges and risk factors that can affect the mental health of students, especially those in medical careers that require specific demands. Studies conducted in several countries, including Mexico, have found significant levels of depression and stress symptoms among medical students. These problems can affect the quality of life and academic performance, as well as have consequences in the future professional performance of medical personnel. It is suggested that medical education include training in coping skills, such as stress management and emotional regulation. Techniques such as cognitive-behavioral therapy and mindfulness are identified to reduce the symptoms mentioned in the text. Lastly, the text highlights the importance of attending to the mental health of medical students and providing them with the necessary tools to develop their profession competently and healthily.

Keywords: Mental health – University students – Depression – Stress – Medical education – Coping skills

La etapa de vida universitaria se caracteriza por el ingreso a una institución de educación superior, el fin de la adolescencia y el inicio de la vida adulta. Hay un cambio de contexto que implica la exposición a nuevos retos, así como a factores de riesgo (Alarcón, 2019).

Esta transición importante puede, por ende, exponer a los estudiantes universitarios a problemas de salud mental (Baader et al, 2014).



Por otro lado, la población universitaria se puede, a su vez, dividir en los grupos de estudiantes que forman parte de distintos programas académicos. Cada programa académico consta de sus propios retos y requerimientos. Por su parte, la carrera médica conlleva una combinación de aprendizajes teóricos y prácticos que desembocan en el servicio de salud pues su desempeño afecta el bienestar físico de los pacientes. Este tipo de programa conlleva ciertas exigencias específicas a la carrera que tienen consecuencias en la salud mental de los estudiantes, residentes y médicos internos de pregrado.

Estos efectos se han documentado en diversos países. En Canadá, Australia y Estados Unidos, se estima que entre el 50 y 65% de los clínicos presentan estrés, depresión y burnout. También están bajo mayor riesgo de trastornos mentales que la población general. Estas características se presentan tanto en profesionales como en estudiantes de la salud. Sin embargo, entre los estudiantes se presenta un mayor porcentaje de depresión y ansiedad que entre los profesores (Mazurek Melnyk et al., 2021). En Perú, se encontró que los estudiantes de primer año de una universidad privada son un grupo de riesgo respecto a la conducta suicida, con una prevalencia de riesgo suicida de 32.1% (Sindeev, 2019).

Ahora bien, en el contexto mexicano, un estudio dentro de la Facultad de Medicina de la UANL analizó los patrones de consumo de alcohol en el estudiantado: el 89% consumen alcohol frecuentemente, el 50.9% presentan un patrón de consumo de alcohol alto (consumo episódico poco frecuente de altos niveles de alcohol) y el 21.6% un patrón de consumo consuetudinario (consumo de 5 copas en una ocasión al menos una vez a la semana). Estos porcentajes son más elevados que aquellos que presentan la población general (Jiménez Zarazúa, 2015).

En cuanto a sintomatología de depresión, el estudio encontró que el 30% de los estudiantes de medicina en la universidad presentan síntomas



depresivos en distintos niveles de gravedad; de estos, 6.4% presentaron síntomas depresivos graves (Jiménez Zarazúa, 2015). Por otro lado, un estudio por Fouilloux (2020) encontró que, dentro de la Facultad de Medicina de la UNAM, el 59% de los estudiantes presentaron una alta sintomatología de depresión y el 49% una alta percepción sobre el grado de estrés. También se encontró que dicha población presenta alta disposición a recibir ayuda. Estos resultados indican que posiblemente, al ofrecerles los recursos y herramientas necesarias, se podría generar un cambio positivo en el estado emocional de los alumnos.

Todos estos tipos de síntomas afectan la calidad de vida personal, el desempeño académico y la calidad de servicio que se ofrece, y podrían implicar ciertas consecuencias en el futuro desempeño profesional. Una formación universitaria de calidad procura otorgar a sus estudiantes todos los conocimientos para que sean profesionistas competentes, sin embargo, hace falta instruir habilidades psicológicas que serán de utilidad para los futuros médicos.

Existe una gran área de oportunidad para incluir en el entrenamiento médico y educación temprana, contenido curricular documentado y basado en evidencia para habilidades interpersonales, de manejo de estrés y de regulación emocional (Vidal et al, 2020). La terapia cognitivo conductual ha mostrado ser efectiva para reducir significativamente la sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes universitarios, mediante técnicas como la psicoeducación, el entrenamiento en el modelo de resolución de problemas, el entrenamiento en relajación y la reestructuración cognitiva de Beck (Flores et al, 2012). Asimismo, las intervenciones basadas en técnicas de mindfulness-based stress reduction también han mostrado tener efectos reductores de ansiedad, depresión, estrés (Song y Lindquist, 2015), burnout laboral, despersonalización, agotamiento emocional (Lo et al, 2021) así como de angustia psicológica (Felder et al, 2018).

Se concluye que existe evidencia de problemas a los que dirigirse en cuanto a estudiantes de medicina. Asimismo, se tienen también posibles estrategias con las cuales apoyarse para resolverlos. Por lo tanto, por su importancia y factibilidad, resulta relevante considerar seguir estudiando este fenómeno en la población estudiantil de medicina en Monterrey.

Afortunadamente, al formar parte de una universidad tal como la Universidad de Monterrey, se tiene el acceso a dicha población. Esto promueve la oportunidad de estudiar la situación actual de la salud mental en los estudiantes de medicina en la UDEM, a fin de elaborar ofertas de ayuda, así como herramientas convenientes, eficaces y basadas en evidencia. Es de importancia cuidar el bienestar de quienes trabajarán por aquel de la sociedad regiomontana. La posibilidad de crear un impacto positivo en esta comunidad está al alcance.



Referencias

- Alarcón, R. D. (2019). La Salud Mental de los estudiantes universitarios. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 219-221.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Venezian, S. y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176.
- Felver, J. C., Morton, M. L., y Clawson, A. J. (2018). Mindfulness-based stress reduction reduces psychological distress in college students. *College Student Journal*, 52(3), 291-298.
- Fouilloux, C., Tafoya, S., Barragán, V., Navarro-Escalera, A., Campos-Castolo, E., y Sánchez Sosa, J. (2020). Síntomas de depresión y percepción de estrés en estudiantes de medicina: Necesidades de atención y disposición para recibir ayuda. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 11(1).
- Flores, R. G., López, E. R. V., Arguelles, G. D. L. P. R., Hernández, C. G., y Quiroz, C. O. A. (2012). Efectos de una intervención cognitivo conductual en estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 111-117.
- Jiménez Zarazúa, C. (2015). *Patrón de consumo de alcohol en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y su asociación con síntomas depresivos* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Lo, H. H. M., Ngai, S., y Yam, K. (2021). Effects of mindfulness-based stress reduction on health and social care education: a cohort-controlled study. *Mindfulness*, 12(8), 2050-2058.
- Sindeev, A., Arispe Alburqueque, C. M., y Villegas Escarate, J. N. (2019). Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. *Revista Medica Herediana*, 30(4), 232-241
- Song, Y., y Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse education today*, 35(1), 86-90.
- Vidal, E. A., Chávez-Negrete, A., Riveros, A., y Sánchez-Sosa, J. J. (2020). Stress in medical residents: Care needs exploration in a public hospital. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 10(1), 1-8.

Ideación suicida y su relación las redes de apoyo social en estudiantes de psicología

María Urdiales

Licenciada en Psicología con Especialidad en Docencia Superior. Estudios de Posgrado en Educación. Doctorado en Filosofía con Especialidad en Psicología. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Contacto: maria.urdialesBR@uanl.edu.mx

Fátima González

Estudiante de Licenciatura en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Ha participado como ponente en el Congreso Nacional de Psicología en las ediciones XLVIII y XLIX en la línea de investigación en desarrollo enfocada a la conducta suicida.

Contacto: fatima.gonzalezpch@uanl.edu.mx

Mariana Macal

Estudiante de la Licenciatura en Psicología. Forma parte del Programa Institucional de Talentos Universitarios. Ponente en el XLVII y XLIX Congreso Nacional de Psicología. Voluntaria en el Laboratorio de Ciencia Cognitiva en la Facultad de Psicología

Contacto: mariana.macalmrn@uanl.edu.mx

Guadalupe Villarreal

Profesora de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Estudios de posgrado en el área de la docencia. Cuenta con perfil PRODEP y pertenece a redes de investigación.

Contacto: lupitavillarreal1909@yahoo.com.mx

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), cada 40 segundos una persona decide terminar con su vida. Factores protectores y de riesgo han sido punto de interés en este tema. El objetivo de la investigación fue determinar la relación de redes de apoyo social y la ideación suicida en jóvenes universitarios de una carrera de psicología al norte de México. Se utilizó un diseño no experimental de tipo transversal, con 303 estudiantes, a través de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Los resultados muestran que uno de cada tres estudiantes presenta ideación suicida (IS) y sugieren que las redes de apoyo con las que cuentan los estudiantes tienen un gran impacto en su vida. Por ende, se sugiere que, la intervención en esta área social puede reducir la mortalidad por suicidio.

Palabras clave: Estudiantes universitarios – Familia – Factores protectores – Ideación suicida – Redes de apoyo

Abstract

According to the World Health Organization (WHO,2019), every 40 seconds a person decides to end his or her life. Protective and risk factors have been a point of interest in this topic. The objective of this research was to determinate the relationship between social support networks and suicidal ideation in young university students of psychology in northern Mexico. A non-experimental cross-sectional design was used with 303 students, using the Multidimensional Perceived Social Support Scale and Plutchik's Suicide Risk Scale. The results show that 1 out of 3 students present suicidal ideation (SI) and suggest that the support network with the greatest impact is the family. Undoubtedly, it is a risk behavior, where prevention strategies will be developed in order to reduce mortality.

Keywords: Family – Protective factors – Suicidal ideation – Support network – University students

Según la OMS cada 40 segundos una persona decide terminar con su vida; al año, cerca de 703,000 personas fallecen por esta causa, siendo así una de las problemáticas globales más alarmantes de salud pública. En la población de jóvenes el suicidio se ha posicionado como la segunda causa de muerte, indicando una vulnerabilidad en el grupo que necesita ser atendida. (OMS, 2019).

En México, la tasa de suicidios en el rango de edades de 15 a 29 años es de 10.4 por cada 100 mil habitantes, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte de esta población, solo por debajo de las agresiones, accidentes y el COVID-19. Cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) reportan que 16.2 suicidios son consumados en población de hombres. Del mismo modo, el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS, 2022) reportó que en el año 2020 esta causa de muerte representó casi el 1% de total en un año, habiendo sido los jóvenes entre 18 y 29 años la población más afectada.

El suicidio es un proceso que puede ser comprendido por diversas etapas, entre ellas se encuentran las ideas suicidas, contemplación del acto, planeación, preparación y por último suicidio consumado (Miranda et al., 2009). Enfocando la atención en el primer punto mencionado, la ideación suicida (IS) se divide en 2 vertientes; la ideación pasiva, que se conceptualiza como el deseo de morir y la ideación activa, la cual involucra pensamientos acerca de la propia muerte y se acompaña de planes y métodos para cumplir dicho acto (Liu et al., 2020).

La juventud es una etapa de transición entre la adolescencia y la adultez (Papalia y Martorell, 2016). Es un periodo de vulnerabilidad (Rosales, Córdova y Guerrero, 2013) dado que ocurren cambios que involucran muchas de las veces crisis, como es la entrada a la universidad, la emancipación y la búsqueda de autonomía. Por tanto, esta fase puede provocar situaciones emocionales diversas. Son muchas las presiones, altibajos e influencias que

tienen los jóvenes, convirtiéndolos en una población vulnerable frente a la presencia de ideación suicida (Pereira et al., 2020). Relacionado a esto, estudios sobre ideación suicida en jóvenes reportan una incidencia del 6.3% en estudiantes universitarios (Rosales, Córdova y Escobar, 2013; Rosales et al., 2014).

Existen distintas variables que han sido estudiadas para detectar una posible relación como desencadenantes de la ideación suicida y/o que puedan estar implicadas en el incremento o decremento de ésta. Factores como la depresión, consumo de alcohol, drogas y tabaco, la orientación sexual y los intentos de suicidio en la familia o en amigos, han sido variables relacionadas con una mayor prevalencia de IS (Barros et al., 2017; Portela et al., 2019).

Ahora bien, un punto crucial para obtener respuestas ante esta problemática de salud pública, son los factores protectores de la ideación suicida, entre algunos de ellos se mencionan: antecedentes de atención psicológica, el apoyo familiar y social (Rosales et al., 2014; Morales et al., 2017).



Es irremediable no mencionar cómo la pandemia por COVID-19 detonó situaciones difíciles para la comunidad en general. Sin embargo, en los jóvenes, se manifestó de una forma imperante en episodios de ansiedad, depresión, estrés, violencia, y en general, problemas de salud mental (Gunnell, 2020). El común denominador fue el aislamiento, la ausencia de redes de apoyo, y oportunidades de espacios para convivir, a como se estaba acostumbrados.

Sin embargo, las nuevas formas de convivencia a través de redes sociales como Facebook, Instagram, Whatsapp, jugaron un rol de impacto. Sierra (2022) señaló en sus estudios que, mediante mensajes de jóvenes en redes sociales, se nota que buscaban ayuda ante situaciones de tristeza extrema, e incluso, expresaban la idea de quitarse la vida.

La importancia de la familia, los amigos y otras personas significativas como sostén emocional promueven el bienestar de los adolescentes y jóvenes, pues los protege de riesgos futuros y está asociado a mejores elecciones de vida, mejores índices de salud mental y mayores oportunidades de desarrollo vital (Montoya-Gaxiola y Corona-Figueroa, 2021).

Cuando se habla del apoyo social (o las redes de apoyo) se hace referencia a un recurso psicosocial de afrontamiento que impacta positivamente en la autoestima y autoeficacia. (Santillán et al., 2022). Suelen estar constituidas por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. De acuerdo con lo mencionado, la familia juega un rol beneficioso ante la disminución de la ideación suicida, ya que la función parental se hace especialmente necesaria por los numerosos cambios que se sufren en las últimas décadas. La familia es un núcleo básico en la formación de la infancia y cobra mayor influencia por el buen desarrollo de habilidades sociales y reduce la posibilidad de conductas de riesgo (Esteves-Villanueva et al., 2020). Durante la juventud, esta red de apoyo proporciona un sustento económico, pero además afectivo y social en el que el joven se desenvuelve en su vida universitaria. Por lo tanto, la integración y la satisfacción con el funcionamiento familiar pueden considerarse como factores protectores (Morales et al., 2017; Santander, 2020).

En un estudio realizado con el fin de conocer si la falta de apoyo social está relacionada con la prevalencia de ideación suicida, participaron 207 estudiantes de una universidad en Estados Unidos a los cuales se les aplicaron tres escalas: The Interpersonal Needs Questionnaire (INQ), The Hopelessness Depression Symptom Questionnaire–Suicidality Subscale (HDSQ-SS) y The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Los resultados sugirieron que la falta de apoyo social podría conducir a la percepción de ser una carga para los demás, lo que podría desencadenar a la ideación suicida (Hollingsworth et al., 2017).

Algunos autores han resaltado la importancia de la red de apoyo para encarar los problemas cotidianos que enfrentan los estudiantes universitarios, de este modo, Contreras y Hernández (2019), realizaron un estudio con 167 personas que estudiaban en una universidad

de México. A los participantes se les aplicó un cuestionario de elaboración propia en el cual propusieron un listado de 10 recursos (personas o instituciones) de una red personal típica con la intención de conocer los índices de apoyo total de los encuestados, como resultado se obtuvo que el 50% de los jóvenes identificaron tener una red de apoyo limitada ya que solamente cuentan con un aproximado de 2-5 personas para afrontar sus problemas. Por tanto, con los resultados obtenidos por Santillán et al., (2022) en una muestra de 119 estudiantes a quienes se les aplicó la escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) y la Escala de Apoyo Social (EAS) se pudo concluir que existe una asociación entre suicidio y el apoyo social, de manera que a mayor apoyo social, disminuyen los intentos de suicidio.

Por ende, las redes de apoyo social son un factor importante para prevenir el posible inicio de ideación suicida en jóvenes, el apoyo social es mayormente proporcionado por la familia y los amigos, quienes ofrecen auxilio para realizar actividades cotidianas y apoyo emocional expresándolo a través del consejo y la escucha activa (Castro y Arellano, 2014).

A pesar de que la literatura apunta a relacionar el apoyo social como factor protector de la ideación suicida, es necesario demostrar cómo influyen cada uno de los miembros de la familia, o personas que son importantes, y que estas puedan representar elementos significativos que amortigüen los pensamientos sobre quitarse la vida.

Es necesario lanzar cuestionamientos sobre la manera en que las redes de apoyo sociales en todos sus niveles se involucran e influyen en los procesos psicológicos que puedan conducir a la ideación suicida.

Objetivo

Determinar la relación entre las redes de apoyo social y la ideación suicida en jóvenes universitarios de una carrera de psicología al norte de México.

Método

Se utilizó un diseño no experimental de tipo transversal para analizar la variable ideación suicida con red de apoyo social. Para el análisis de datos, se implementó estadística inferencial de tipo no paramétrica a través de la prueba r de Spearman.

Participantes

Para la búsqueda de los participantes se utilizaron grupos de WhatsApp y Facebook, además de participaciones dentro de las instalaciones educativas donde se les pedía únicamente ser estudiantes activos de la Licenciatura en Psicología. Una vez encontrados, se les compartió el enlace para contestar el formulario digital.

La población objetivo en el presente estudio fueron estudiantes de la carrera de psicología. Se utilizó para ello un muestreo por conveniencia en donde se consideraron los siguientes criterios: ser estudiante activo de la Licenciatura en Psicología de una universidad pública al norte del país, haber aceptado participar voluntariamente y contestar los 2 instrumentos que se consideraron en el presente estudio.

La muestra fueron 303 estudiantes, los cuales cumplieron con todos los criterios mencionados. La descripción de los participantes de la muestra hace referencia a 57 hombres (18.8%) y 246 mujeres (81.2%), siendo que, dentro de la Facultad, la mayoría de la población inscrita es femenina. Las edades en la que rondaban los alumnos y alumnas fueron de 16 y 35 años, siendo el 28.5% estudiantes de 18 años. Dentro de esta muestra, el 78.9% solamente estudian y el 21.1% combinan sus estudios con el trabajo.

Entre otras características encontradas en la población, se observó que, el 62% tiene una preferencia hacia una persona del sexo opuesto, mientras que el 29.7% preferencia por ambos sexos, 5% menciona que se siente atraído o atraída por su mismo sexo y el 3.3% prefirió no mencionarlo.

La población que contestó los instrumentos son estudiantes de semestres iniciales, es decir, 124 (40.95) son del segundo semestre de la licenciatura, 73 personas (24.1%) corresponden al primer semestre, 20 (6.6%) cursan su último semestre y la población restante oscila entre sexto, octavo y noveno.

Instrumentos

Se utilizó la escala de Ideación Suicida de Plutchik adaptada a la población española en 2010 por Sabado y Monforte. Cuenta con 15 ítems, el factor I denominado: sentimiento de inutilidad, formado por los reactivos 3, 6, 8 y 12, el factor II denominado ideación suicida compuesto por los reactivos 2, 13 y 14, factor III denominado desesperanza, compuesto por los ítems 5, 7 y 9, el factor IV denominado factores sociales compuesto por los reactivos 1, 4, 10, 11 15. La adaptación a población española reportó una consistencia interna de .90 en la revisión de Sabado y Monforte (2010). El instrumento se responde con afirmaciones SÍ/NO, cada respuesta afirmativa suma un punto. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 15.

Por último, se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Percibido (EMAS), publicada en 1988 y elaborada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, adaptada en 1988 por Landeta y Clavete y en 2009 por Álvarez. La escala está conformada por 12 enunciados afirmativos (ítems), agrupándolos en tres factores que permiten dimensionar fuentes de apoyo social: la familia, los amigos y otras personas significativas, destacando la pareja sentimental; cada una de estas conformadas por cuatro ítems.

Los estudios psicométricos señalan resultados por confiabilidad de consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de .85 (9), .88 (10), .85 (11), .92(12), .96(13).

En cuanto a las alternativas del instrumento, se tomó la adaptación de Álvarez (2009), la cual sugiere de 7 alternativas a 5, adaptándose para la muestra. 1=total desacuerdo, 2=desacuerdo, 3=neutral, 4=acuerdo y 5=totalmente de acuerdo. La corrección del instrumento se realiza mediante la suma de los puntajes respondidos en cada uno de los ítems, existiendo una puntuación mínima de 12 y una máxima de 60 puntos; siendo las puntuaciones más altas indicadores de mayor percepción de apoyo social.

Procedimiento

Se procedió a obtener los permisos correspondientes, así como el consentimiento informado de los participantes, posteriormente se realizaron unas preguntas iniciales, tales como, semestre, sexo, edad, si actualmente se encontraban trabajando o no, entre otras. Seguimiento de estas preguntas, se aplicó una evaluación individual de la Escala de Ideación Suicida de Plutchik y de la Escala Multidimensional de Apoyo Percibido, en donde por medio de un forms se explicaron las instrucciones de llenado de dichas escalas, con un tiempo estimado de 10-20 minutos. Al finalizar el llenado de ambas se les mencionó que, en caso de querer conocer los resultados, agregarán un correo electrónico al cual se les enviarán y en donde se les proporcionarán contactos de servicios psicológicos.

Tras lograr el objetivo total de participantes (303), se analizaron los datos arrojados. Para evaluar los resultados obtenidos en las escalas tipo Likert, se calculó el puntaje total obtenido en cada una y se categorizó a quienes salían altos en ambas pruebas y a quienes solo salían altos en alguna de las dos. Obtenidos los puntajes totales de cada escala aplicada, se trabajó mediante el JASP, donde por medio de un análisis correlacional se mostró que la relación de la ideación suicida con las redes de apoyo está significativamente relacionada.

Los estudios psicométricos señalan resultados por confiabilidad de consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de .85 (9), .88 (10), .85 (11), .92(12), .96(13).

En cuanto a las alternativas del instrumento, se tomó la adaptación de Álvarez (2009), la cual sugiere de 7 alternativas a 5, adaptándose para la muestra. 1= total desacuerdo, 2= desacuerdo, 3 = neutral, 4 = acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. La corrección del instrumento se realiza mediante la suma de los puntajes respondidos en cada uno de los ítems, existiendo una puntuación mínima de 12 y una máxima de 60 puntos; siendo las puntuaciones más altas indicadores de mayor percepción de apoyo social.

Aspectos éticos

Los participantes dieron su consentimiento informado, el cual se les hizo llegar a través de la plataforma de Google Forms, En éste se explicitó su participación voluntaria y sincera. Además, se explicó que los datos personales se mantendrán en confidencialidad y serían utilizados con fines de investigación. También se les proporcionó correos electrónicos de las encargadas del estudio, para atender dudas sobre la investigación.

Cabe decir que, a todos los estudiantes se les indicó la posibilidad de conocer sus resultados. En el dado caso de que se requiriera intervención profesional se adjuntó el teléfono de la clínica psicológica para su atención inmediata.

Resultados

Para la obtención de los resultados se procedió a determinar las mediciones de cada una de las variables involucradas en el estudio. En primer lugar, se proponen datos descriptivos para la variable red de apoyo social en sus tres factores. El Factor 1, "familia", el 55.77% se perciben con una buena red de apoyo familiar, mientras que el 23.76% consideran tener apoyo familiar neutral y solo el 20.46% mostró bajo o nulo nivel de apoyo familiar. En el Factor 2, "amigos" el 83.49% consideraron que sus amistades son una red de apoyo; el 10.23% percibió poco apoyo de sus amistades. La red de apoyo social evaluada en el Factor 3, "otra persona significativa" el 76.89% se consideró altamente apoyado, el 12.54% apoyado y un 10.56% no se siente apoyado. Para la variable ideación suicida se encontró que, el 63.03% de los participantes no presentó ideación suicida, sin embargo, el 36.96% sí presenta ideación suicida.

Tabla 1. Frecuencia de personas con riesgo suicida

Ri Sui ¹	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
RIESGO	112	36.96%	36.96%	36.96%
SIN RIESGO	191	63.03%	63.03%	100.00%
Perdido	0	0.00%		
Total	303	100.00%		

Nota. Riesgo suicida

Ahora bien, se evaluó la correlación entre la ideación suicida y la red de apoyo social, en donde los datos revelaron que, las variables como ideación suicida están correlacionadas de manera significativa para todos los factores de apoyo social total ($\rho = -.386$, $p = .001$) otra persona significativa ($\rho = -.255$, $p = .001$), familia ($\rho = -.391$, $p = .001$) y amigos ($\rho = -.206$, $p = .001$). En la Tabla 2, se muestra la existencia de una correlación negativa en la ideación suicida y el apoyo social total. La correlación es estadísticamente significativa, lo que significa que las personas con mayor puntaje en ideación suicida tienen menos apoyo social total.

Tabla 2. Correlación entre ideación suicida y factores de apoyo social

Variable		IS_T ¹	AP_T ²	F_Ot_S ³	F_Am ⁴	F_Fam ⁵
IS_T1	Spearman's rho	-				
	p-value	-				
AP_T2	p-value	-				
F_Ot_S3	Spearman's rho	-0.386	-			
F_Am4	p-value	<.001	-			
F_Fam5	p-value	<.001	-			
	Spearman's rho	-.0255	0.770	-		
	p-value	<.001	<.001	-		
	p-value	<.001	<.001	-		
	Spearman's rho	-0.206	0.770	0.585	-	
	p-value	<.001	<.001	<.001	-	
	p-value	<.001	<.001	<.001	-	
	Spearman's rho	-0.391	0.852	0.504	0.449	-
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	-
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	-

Nota. Ideación Suicida Total¹, Apoyo Percibido Total², Factor Otros Significativos³, Factor Amigos⁴ y Factor Familia⁵.

Nótese que los factores de la escala de ideación suicida presentan significancia estadística para todos los factores de red de apoyo social, sin embargo, su fuerza asociativa es media negativa. Por ejemplo, la correlación que resultó con “apoyo social total” es para el Factor 1 “sentimiento de inutilidad”, $\rho = -.265$, $p = .001$; para el Factor 2 “ideación suicida”, es de $\rho = -.257$, $p = .001$; el Factor 3 “desesperanza” es de $\rho = -0.290$, $p = .01$, y el Factor IV “factores sociales”, es de $\rho = -.334$, $p = .001$. Lo cual refleja que el “factor familia” es de relevancia significativa para la Ideación Suicida. Véase la Tabla 3.

Tabla 3. Correlación entre apoyo social total y factores de IS

Variable		IS_T	FII_IdSui	FIII_Des	FIV_FaSoc	F_Ot_S	F_Am	F_Fam	AP_To	FI_Inut
IS_T ¹	Spearman's rho	-								
	p-value	-								
FII_IdSui ⁶	Spearman's rho	0.803	-							
	p-value	<.001	-							
FIII_Des ⁷	Spearman's rho	0.616	0.365	-						
	p-value	<.001	<.001	-						
FIV_FaSoc ⁸	Spearman's rho	0.706	0.419	0.325	-					
	p-value	<.001	<.001	<.001	-					
F_Ot_S ³	Spearman's rho	-0.255	-0.158	-0.172	-0.221	-				
	p-value	<.001	0.006	0.003	<.001	-				
F_Am ⁴	Spearman's rho	-0.206	-0.122	-0.145	-0.209	0.585	-			
	p-value	<.001	0.034	0.012	<.001	<.001	-			
F_Fam ⁵	Spearman's rho	-0.391	-.288	-0.317	-0.289	0.504	0.449	-		
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	-		
AP_To ²	Spearman's rho	-0.386	-0.257	-0.290	-0.334	0.770	0.770	0.852	-	
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	-	
FI_Inut ⁹	Spearman's rho	0.796	0.518	0.380	0.401	-0.177	-0.123	-0.265	-0.265	-
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	0.002	0.032	<.001	<.001	-

Nota. Ideación Suicida Total¹, Apoyo Percibido Total², Factor Otros Significativos³, Factor Amigos⁴, Factor Familia⁵, Factor II Ideación Suicida⁶, Factor III Desesperanza⁷, Factor IV Factores Sociales⁸ y Factor Inutilidad⁹.

Nota: Los datos sugieren que para la muestra tratada existe una relación negativa entre la variable ideación suicida y redes de apoyo social, siendo la fuerza de correlación media.

Discusiones y conclusiones

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre las redes de apoyo social y la ideación suicida en jóvenes universitarios de una carrera de psicología al norte de México.



Los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que la familia, como red de apoyo, tiene mayor impacto en cómo el estudiante afronta las dificultades que se le pueden presentar en su día a día, lo que significa que la familia es un recurso para prevenir la ideación suicida. Afirmando lo anterior, Santander (2020) y Morales et al., (2017), mencionan que la integración, la satisfacción, los estilos de afrontamiento y los estilos de crianza son parte de un buen funcionamiento familiar, por consecuencia éste se vuelve un factor protector.

Es importante destacar que, de acuerdo con la muestra estudiada y los resultados obtenidos, se estaría hablando de un mayor impacto entre la vinculación ideación suicida y redes de apoyo en la población femenina, por lo cual se sugiere ampliar este campo de investigación para su mejor interpretación.

En definitiva, el tema de ideación suicida en términos de salud mental sigue siendo un área de relevancia. Los resultados descritos previamente muestran que uno de cada tres estudiantes encuestados muestra signos de riesgo suicida. Este dato coincide con lo reportado en estudios similares donde se visibiliza un tema que debe ser tratado. (Rosales, Córdova y Escobar, 2013; Rosales, Córdova y Guerrero, 2013).

La ideación suicida se ha vuelto una problemática de salud pública dentro de las comunidades universitarias, y a la fecha, aún no ha podido ser erradicada. Esto ha sido evidenciado en diversos artículos que también muestran prevalencia de ideación suicida en sus poblaciones investigadas, por ejemplo, en una investigación realizada en Tlaxcala muestra la presencia de ideación suicida en el 7.2% de la muestra total (N=500) (Rosales et al., 2014).

Se ha comparado los resultados de los estudiantes y se ha comprobado que existe una relación entre ideación suicida y redes de apoyo, siendo esto importante, ya que, reconocido por varios autores, ha figurado ser un factor protector a la ideación suicida (Rosales et al., 2014; Morales et al., 2017).

Los factores de redes de apoyo investigadas (familia, amigos, otros significativos), aunque mostraron tener una fuerza asociativa media, resaltan la importancia que tiene el acompañamiento para afrontar situaciones que difícilmente pudieran hacer solos. El soporte emocional de los amigos, la familia, y en el ámbito educativo de maestros, compañeros y tutores podrían hacer la diferencia en el adolescente o joven para ayudarles a enfrentar situaciones difíciles (Morales et al., 2017; Rosales et al., 2014). A lo cual, Riquelme et. al. (2016), menciona que el apoyo social se define como un recurso psicosocial de afrontamiento que genera un impacto positivo en la autoestima y la autoeficacia, siendo este un colchón donde se amortiguan aquellos eventos negativos que se pudiesen llegar a presentar a lo largo de la vida, coincidiendo esto con la misma definición dada por Santillán et. al. (2022), donde se hace referencia a las redes de apoyo como la herramienta de afrontamiento para generar un impacto positivo en la autoestima y la autoeficacia.

De acuerdo con Feinberg et al., (2012), la familia es de los roles más indispensables para el buen ajuste psicológico y una disminución en conductas destructivas, por ello, una dinámica familiar disfuncional lleva a problemas de salud mental como la depresión, lo cual incide en la idea de suicidio. Las familias disfuncionales de acuerdo con Quitl y Nava (2015) son relaciones difíciles y representan un riesgo para los jóvenes, ya que, si no cuentan con las suficientes herramientas para sobrellevar situaciones de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, enfermedades, abandonos, etc., el joven podría desencadenar diversas conductas que pongan en peligro su vida, tales como generar depresión, ansiedad, estrés y entre las más graves la ideación suicida.

Por otra parte, personas que se desarrollan en familias funcionales son más probables a contar con herramientas para enfrentar y mejorar las etapas de la vida y las dificultades por las que puedan atravesar. Comparado con los resultados de Hollingsworth et al., (2017), la falta de redes de apoyo podría conducir a la percepción de ser una carga para los demás, lo que podría desencadenar en el deseo de muerte. Mientras que Muñoz, et. al. (2006) menciona que el déficit funcional dentro de las familias y los niveles bajos de cohesión en la relación familiar contribuyen a la ideación suicida. Unido a esta idea también hay que recordar que estamos en post cuarentena debido al COVID-19, lo cual sugiere otra problemática la cual se involucra de manera relevante en la idea de conllevar un suicidio, debido a esta falta de interacción social que es un factor para la protección del individuo.

Durante el COVID-19, las personas tuvieron que darle un vuelco de 180° a sus vidas, debido al enfrentamiento que pasaron durante el aislamiento. Muchas personas perdieron sus empleos y el factor financiero fue un causante de estrés, por lo que si bien se sabe éste representó una consecuencia de riesgo reconocido para caer en la ideación suicida, junto con el aislamiento social, el atrapamiento y la soledad. Siendo así una oportunidad para que las autoridades busquen alternativas de apoyo hacia la población no solo en el presente sino también pensando a futuro (Gunnell, 2020).

Por otra parte, es importante evidenciar cómo funciona el apoyo social a través de las redes digitales, ya que sería un campo en el cual tanto los estudiantes como las autoridades académicas podrían apoyarse para la búsqueda y creación de relaciones que apoyen de manera significativa a los universitarios, pero también habrá que considerar los riesgos que las plataformas digitales conllevan ya que, si bien pudiese contribuir el uso de estas como un factor protector, también se estaría dando oportunidad a nuevas formas de agredir la integridad de las personas que buscan ayuda en

ellas por diversas razones. En un estudio realizado por Guevara et. al. (2022), se encontró que entre más avanzado se vaya en el nivel académico, los alumnos perciben su apoyo social dentro de las redes digitales, más bajo. Lo cual abre otra área de investigación, pudiendo ser ésta, el hecho de que quienes están próximos a graduarse pierden a sus redes de apoyo y sería posible que se corra el riesgo de generar una ideación suicida.

Sin duda alguna, las redes de apoyo son un papel muy importante para salvaguardar a todos los individuos, ya que sin el acompañamiento de familia, amigos, parejas y otros, los jóvenes podrían presentar alguna problemática o riesgo, sobre todo si aunado a esto se suele presentar algunas características como: nivel económico bajo, etnia, orientación sexual distinta, dificultades en los estudios, pérdida de algún ser querido, abandono, divorcio de los padres, apoyo inadecuado, vivir solo, etc., los cuales contribuirán en la aparición de síntomas relacionados con la depresión, la cual si no se atiende a tiempo podría generar la ideación suicida (González et. al. 2018).

Es indispensable empezar a sensibilizar a las familias, instituciones educativas y gubernamentales en la identificación temprana y la creación de concientización, en específico a las familias por ser el núcleo central y el primer contacto de los jóvenes, para así saber actuar ante sintomatología que inicialmente y de acuerdo con lo antes mencionado en la presente investigación suele aparecer como depresión y poder efectuar acciones que brinden protección adecuada y precisa a quienes lo requieren. Debido a que en México la conducta suicida y la mortalidad por suicidios ha ido creciendo de manera progresiva en cuanto a temas

de salud pública, por ende, la investigación se enfocó en determinar cuáles son aquellas redes de apoyo que podrían contribuir a que se presente o no la IS e incluso a que se llegue o no a suscitar el evento. De acuerdo con Vázquez et. al. (2015), esta problemática cobra mayor sentido en los jóvenes universitarios mexicanos debido al panorama tan incierto que se presenta con las condiciones actuales del país.

Así mismo, cabe destacar que la ideación suicida aún sigue siendo un tema tabú en la sociedad actual, por lo cual el buen manejo de la información sobre estos temas de gran relevancia abrirá un área muy grande para la prevención de la realización. Es decir, el tomar medidas preventivas las cuales involucren a la sociedad civil, medios y administraciones públicas. Brindando información responsable, identificando de manera temprana y oportuna, fomentando la formación en esta área a personal sanitario y dando seguimiento y apoyo social.

Es importante mencionar que la ideación suicida es una conducta de riesgo, pero en la cual se pueden desarrollar estrategias de prevención, para así reducir la mortalidad y las secuelas que se pueden ocasionar por esta causa.

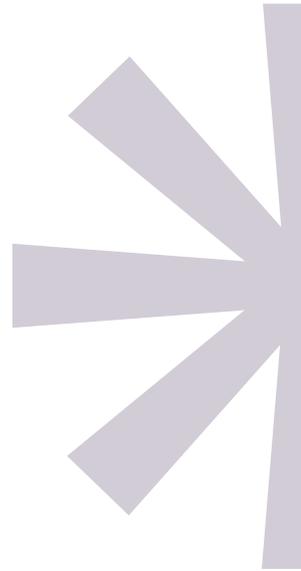
En resumen, el presente estudio es parte de una línea de investigación que valida la importancia de las redes de apoyo social, sin embargo, aunque hay evidencia de la relación, existen limitaciones que pueden potenciar teóricamente el entendimiento de estos constructos psicológicos. Para futuras investigaciones, es conveniente comparar las redes de apoyo social entre estudiantes con y sin riesgo suicida; además, de analizar otras variables de impacto como pueden ser género, violencia, preferencia sexual, autoestima, etc.

Así mismo, generar estudios analizando si personas que ya hayan intentado suicidarse tienen o no efecto con una red de apoyo sólida. Aunado a estas ideas y conforme a lo arrojado en los resultados del estudio, es pertinente mencionar que debido a que la población participante en su mayoría pertenece al sexo femenino, se sugiere para futuras investigaciones realizar precisiones en la definición por sexo, ideación suicida y redes protectoras. La información proporcionada en la presente investigación puede ser de gran utilidad durante la formación de futuras generaciones de psicólogos puesto que, en la actualidad es una problemática a nivel global y el desarrollar nuevas técnicas de intervención focalizadas en el fortalecimiento de las redes de apoyo social en los estudiantes pudiera tener un efecto positivo a futuro.

Referencias

- Álvarez A. (2009). *Soledad y agresión relacional en los centros educativos: Factores protectores y de riesgo en la adolescencia temprana*. <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/915/2009ALVAREZ%20BARDON%2C%20Aitor.pdf?sequence=1>
- Barros, H. G., Reschetti, S., Martínez, M., Nunes, M., y Cabral, P. M. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
- Cañón, S. C., y Carmona. (2018). Revisión Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
- Castro Vásquez, María del Carmen, y Arellano Gálvez, María del Carmen. (2014). Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. La ventana. *Revista de estudios de género*, 5(39), 208-240. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362014000100009&lng=es&tlng=es.
- Contreras, y Hernández, E. (2019). Redes de apoyo familiares y feminización del cuidado de jóvenes estudiantes universitarios. REDES, 30. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.766>
- Esteves-Villanueva, A. R., Paredes-Mamani, R. P., Calcina-Condori, C. R. y Yapuchura-Saico, C. R. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. Comunicación: *Revista De Investigación En Comunicación Y Desarrollo*, 11(1), 16-27. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>

- Feinberg, M. E., Solmeyer, A. R. y McHale, S. M. (2012). The third rail of family systems: Sibling relationships, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 43-57. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0104-5>
- González, S., Pineda, A., y Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Sindeev, A., Arispe Alburqueque, C. M., y Villegas Escarate, J. N. (2019). Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. *Revista Medica Herediana*, 30(4), 232-241
- Song, Y., y Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse education today*, 35(1), 86-90.
- Vidal, E. A., Chávez-Negrete, A., Riveros, A., y Sánchez-Sosa, J. J. (2020). Stress in medical residents: Care needs exploration in a public hospital. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 10(1), 1-8.



El psicoanálisis en la Universidad

Manuel Guzmán

Profesor en la Universidad Autónoma de Querétaro. Licenciado en Psicología. Maestro en Psicología Clínica. Analista de Grupos AMPAG (Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupos).

Contacto: manguztre@gmail.com

Resumen

El artículo trata sobre el papel del psicoanálisis en las universidades y la razón detrás de su institucionalización. El autor menciona que Freud mismo intentó introducir el psicoanálisis en las universidades, pero fue rechazado. Sin embargo, el psicoanálisis comenzó a ser impartido en las escuelas de psicología en los años 50 y 60, aunque aún es visto como un área elitista dentro de la disciplina. El autor reflexiona sobre los motivos de la institucionalización del psicoanálisis en las universidades, como la generación de pensamiento crítico y autocrítico, así como la posibilidad de atender a la sociedad de manera diferente a través de una educación psicológica.

Palabras clave: Psicoanálisis – Universidad – Desafíos – Formación profesional

Abstract

The article discusses the role of psychoanalysis in universities and the reason behind its institutionalization. The author mentions that Freud himself tried to introduce psychoanalysis in universities, but was rejected. However, psychoanalysis began to be taught in psychology schools in the 1950s and 60s, although it is still seen as an elitist area within the discipline. The author reflects on the reasons for the institutionalization of psychoanalysis in universities, such as the generation of critical and self-critical thinking, as well as the possibility of addressing society differently through psychological education.

Keywords: Psychoanalysis – University – Challenges – Professional training

Pareciera un juego de palabras, pero así empieza la inercia de pensar las preguntas sobre ¿Cuál es el fin del análisis? ¿Cómo es el fin del análisis? ¿El análisis tiene fin? Además de ello, ¿Con qué fin se instituye el psicoanálisis en las universidades? Institucionalmente, ¿qué intereses se persiguen en intentar cristalizar esta iniciativa con forma de empresa?

Freud mismo pretendió hacer esa innovación. Estaba convencido de que su invento intelectual sería bueno como para plantarlo en la meca del saber y la formación profesional: la universidad. Presentó esta idea en su alma mater, la Universidad de Viena, pero fue rechazada y postergada para otra época. No obstante, otras personas se dieron a la tarea de insertar ese saber a las aulas universitarias del mundo. Sin embargo, regresó la pregunta: ¿Cuál es el fin de impulsar el psicoanálisis en las universidades?

Han pasado poco más de 100 años desde que Freud visitó Estados Unidos, para dictar sus célebres conferencias en la Universidad Clark, pero, ¿con qué fin lo invitaron? Aparte de dar a conocer fuera de Europa a la nueva celebridad del mundo psiquiátrico, se visualizaba que sus escritos y propuestas estaban generando una cantidad de seguidores, altamente significativa como para tener evidencia de que sus propuestas tenían visión y perspectiva. Así, el psicoanálisis freudiano como artículo prometía ser ampliamente consumible.

Tal vez los norteamericanos tenían razón de ser los promotores del padre del psicoanálisis, no solo de EUA sino del continente. Tal vez Freud tenía interés de internacionalizar su pensamiento, quizás de hacerse rico e inmortal. Logró todo ello. Cuando hay intereses compartidos, todos ganan.



En México, el psicoanálisis va de la mano con el surgimiento de las escuelas de psicología de las diferentes universidades nacionales. La Asociación Psicoanalítica Mexicana surgió en los años 50's. Las escuelas de psicología, no como apéndices de las escuelas de filosofía, surgieron a mediados de los 60's. Ciertamente es que desde un inicio el psicoanálisis ha intentado cultivar su cultura con la ideología Monroe: El psicoanálisis para los psicoanalistas de las asociaciones. Los psicoanalistas, como tales, solo obtienen su título formal siendo egresados de las asociaciones ligadas a la API.

Las universidades vendrán a ser como un refugio, casi clandestino, de divulgación del pensamiento freudiano. Sin embargo, este clandestinaje tiene su conveniencia ya que es una institución que no difícilmente contrata personalidades de ese linaje de élite. Es como un mal necesario.

La universidad de la que provengo, la Autónoma de Querétaro, fundó la escuela de psicología entre 1966 y 1967. Desde ese entonces apareció el psicoanálisis como materia a cursar, pero, ¿con que fin?

El rector Hugo Gutiérrez Vega, que impulsó la fundación de la ahora Facultad, mantenía influencia directa de la Universidad Iberoamericana y ahí se iniciaba la discursiva del mismo psicoanálisis. Consideraba entonces que esta orientación filosófica, clínica y psicológica provocaba la cultura de pensar, generar el pensamiento crítico y autocrítico suficiente como para poder elucidar diversos enigmas existenciales. Para la época de la postguerra, esto estaba en su apogeo a saber: ¿Quién soy? ¿De dónde vengo? ¿A dónde voy? Además, uno de los propósitos de su administración, así lo proclamaba, era el de generar mujeres y hombres amantes del ser en personas cultas. En ese entonces, sólo existía la escuela de Derecho como disciplina social.

A propósito de fundar la escuela de psicología, subyacía la peregrina idea de que, a mediano y largo plazo, con el vértice de la enseñanza de lo psicoanalítico entre sus seminarios, la sociedad queretana podría ser atendida psicológicamente de una manera diferente a la del enclaustramiento en granjas de recuperación y hospitales psiquiátricos de reclusión al fin que "...los sueños, sólo sueños son."

En Querétaro, había pocas cosas, como pocos habitantes. Para 1967, apenas el registro del censo marcaba 60 mil habitantes en la cabecera municipal de la capital. Con esto y más, el diseño real de un gran reto inicial, pero ¿quién en esta pequeña ciudad va a enseñar los seminarios de psicoanálisis? De hecho, el reto consistía en ¿quién daría los seminarios si antes de esta creación sólo existía la nada intelectual?

No haré crónica histórica de lo que ha sucedido en estos 55 años de existencia de la Facultad de Psicología y de las enseñanzas freudianas en las aulas, pero sí mencionaré ciertos vértices en torno a los hechos de la dualidad Universidad y la docencia del psicoanálisis. Sobre todo, en la vista de dos vertientes.

La primera radica en la de moda, y más socorrida, la cual impulsa al pensamiento freudiano sobre los rieles de los textos lacanianos. Estos hechos marcaron una ruta y modalidad académica absolutamente teórica y filosófica. La mayoría de los seminarios y sus contenidos del área clínica eran dictados y revisados bajo la añosa didáctica de analizar a la línea lo que el autor supuestamente quiso decir o simplemente no

dijo. La tendencia, por lo menos en la licenciatura del área clínica, remarcó la importancia de lo psicoanalítico por encima de cualquier otro tipo de idea, propuesta, discusión e investigación.

Si no se propone la discursiva psicoanalítica, entonces se emite el juicio de que es otra cosa no válida. Hay la tendencia a desacreditar las ideas pensadas por el sector estudiantil haciendo sentir y pensar que son reflexiones de segunda categoría a pesar de que estas ideas provengan del trabajo de práctica directa realizada el último año.

Por otro lado, la tendencia que le consigue es marcada por la obligatoriedad de aprender cómo aplicar en el quehacer clínico el pensamiento psicoanalítico. Para tal efecto, el plan curricular se ha instrumentado de 12 programas de prácticas profesionales. Junto con esta propuesta se cuenta con escenarios (clínicas universitarias de psicología) públicos de atención psicológica que llevan el nombre de Central de Servicios a la Comunidad, los cuales fueron fundados en 1979. Además, cuenta con cuatro centros distribuidos en diferentes colonias populares de la ciudad de Querétaro, y otro más en la ciudad de San Juan del Río.

La modalidad del servicio se basa en la clínica psicoanalítica. De esta manera se atienden solicitudes desde la infancia, adolescencia, adultez y la tercera edad. La referencia teórica es el psicoanálisis. El trabajo de intervención clínica es inconmensurable, paradójicamente, pues la productividad de investigación y formas de titulación escrita dista mucho de verse abonada y cultivada en atención a la cantidad de trabajo clínico que se realiza en estos centros.

Hay un sinsentido académico en el que no empata la experiencia generada y la documentación esperada. El conocimiento queda suspendido y propenso a perderse en el olvido y la cultura de no escribir. ¿Para qué estudiar psicoanálisis si no se produce investigación fincada en la experiencia directa?

Este escenario de intervención clínica de manera directa, bajo las lecturas y filosofía psicoanalíticas, intenta cubrir los requerimientos propios de la práctica analítica. Me refiero a los cuatro puntos freudianos para el ejercicio del psicoanálisis, como los seminarios psicoanalíticos, la práctica clínica, la supervisión clínica y el análisis personal.

Los tres primeros puntos se cubren cabalmente, no así el cuarto desde los inicios del trabajo de intervención instituido en el área clínica de la licenciatura. El cuarto punto no ha sido reglamentado; es opcional y en cierta forma sugerido por el cuerpo docente responsable de las prácticas realizadas por el estudiantado de licenciatura.

El posgrado, relacionado con la Psicología Clínica, no contempla las prácticas profesionales. Ante ello, proponer la instauración y vinculación del pensamiento Freudiano en las universidades públicas y privadas queda a merced de la buena voluntad de un grupo o sector voluntarioso y entusiasta por impulsar este pensamiento y propuesta formativa.

En conclusión, es menester enfrentar con decisión la realidad representada en la existencia de una amplia multiplicidad de intereses que se ponen en juego cuando se trata de un proyecto que genere, aparte de conocimiento, recursos económicos. Ante ello surgen las preguntas: ¿Quiénes? ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Qué se va a enseñar con el psicoanálisis?

El factor humano pone en riesgo cualquier buen proyecto que se tenga, de ahí la sugerencia de que exista de manera instituida y permanentemente un grupo de reflexión en torno a los diferentes vaivenes que el vínculo psicoanálisis-universidad, la cual se provoca dentro de cualquier institución.

Alex: un caso de psicosis

Entre la Atención Primaria de la Salud (APS) y el psicoanálisis

Ignacio Barreira

Director del Doctorado en Psicología (USAL). Licenciado, Profesor y Doctor en Psicología (USAL). Posdoctor en Psicología (UFLO).

Contacto: ignacio.barreira@usal.edu.ar

Silvia Comastri

Licenciada en Psicopedagogía. Doctora en Psicología (USAL). Posdoctora en Psicología (UFLO). Dirige el Centro Uleem para la asistencia de los problemas en la infancia. Profesora de grado, posgrado e investigadora (USAL).

Contacto: silvia.comastri@usal.edu.ar

Leandro Bevacqua

Posgrado Clínico de Psicoanálisis en la Niñez y la Adolescencia. Doctorando del Doctorado en Psicología de la USAL. Docente adjunto e investigador en la Universidad del Salvador.

Contacto: inbevacqua@hotmail.com

Paula Varela

Licenciada en Psicología (USAL). Especialización en Psicoanálisis en el Centro de Salud Mental No. 3 Arturo Ameghino. Investigadora USAL. Psicóloga Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Sanatorio San Cayetano (SMATA).

Contacto: pauladvarela@gmail.com

Cesar Amaya

Licenciado en Psicología (USAL). Posgrado en teoría y técnica de psicoterapias psicoanalíticas en el Centro de Estudios en Psicoterapias. Investigador USAL. Psicólogo Clínico en Consultorio Privado.

Contacto: cesar.amaya@usal.edu.ar

María Bidal

Licenciada y Profesora de Psicología por la Universidad del Salvador. Especialista en Clínica de la Psicósomática (USAL). Especialista en Psicodrama (USAL). Diplomada en Dinámica de Grupos (ESA-UFLO).

Contacto: maria.bidal@usal.edu.ar

Pamela Vignati

Licenciada en Psicología (USAL). Especialista en Evaluación y Diagnóstico Psicológico (USAL). Docente e investigadora (USAL). Psicóloga Clínica y Evaluadora en el Servicio de Psicodiagnóstico del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Contacto: vignatipamela@gmail.com

Resumen

Se presenta una viñeta clínica de un caso de psicosis para observar cómo los contextos de tratamiento facilitan o limitan los abordajes en salud mental. El relato clínico corresponde a un tratamiento realizado en parte con cobertura PMO y luego con seguimiento particular de manera remota. Se centrará en las siguientes variables: abordaje y estrategias, relación con el profesional, transferencia, seguimiento de los síntomas, estabilidad, autonomía, vínculos, escolarización e intereses personales. La propuesta consiste en ilustrar cómo los dispositivos inciden en las prácticas clínicas, más allá de la problemática que el paciente presente y qué tipo de respuestas se ensayen.

Palabras clave: Psicosis – Atención primaria de salud – Plan médico obligatorio – Psicoanálisis

Abstract

In this paper, a clinical vignette of a case of psychosis is presented to observe how treatment contexts facilitate or limit mental health approaches. The clinical report corresponds to a treatment carried out in part with PMO coverage and then with particular remote monitoring. It will focus on the following variables: approach and strategies, relationship with the professional, transfer, monitoring of symptoms, stability, autonomy, ties, schooling and personal interests. The proposal consists of illustrating how the devices affect clinical practices, beyond the problems that the patient presents and what type of responses are tested.

Keywords: Psychosis – Primary health care – Mandatory medical plan – Psychoanalysis



Introducción

Los dispositivos de atención primaria de salud que responden al Plan Médico Obligatorio (PMO), se caracterizan por orientarse a la Atención Primaria de la Salud (APS). Esta situación resulta acertada para consultas que pueden ser resueltas en un breve lapso de tiempo, con pocas y no muy costosas intervenciones. Sin embargo, las consultas muchas veces encierran dificultades y complejidades que en los contextos de la APS no pueden ser resueltas. Frente a éstas, el PMO no cuenta con demasiados recursos ni opciones. De acuerdo

con la Resolución Ministerial 201/2002 del Ministerio de Salud de la República Argentina, la cobertura de prestaciones que figuran en el PMO continúan siendo las mismas de aquel entonces. En relación con el régimen ambulatorio, la salud mental contempla 30 entrevistas ambulatorias anuales (visitas por año calendario), no debiendo excederse la cantidad de consultas en hasta cuatro mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagógica, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia, de pareja y psicodiagnóstico.

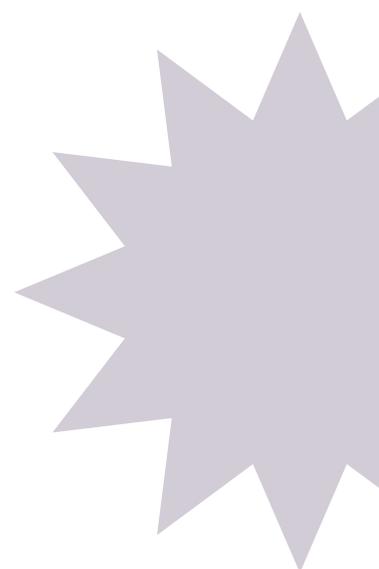
En relación con la cobertura en los dispositivos de internación psiquiátrica y hospital de día, estas cubren patologías agudas en las modalidades institucional u hospital de día, hasta 30 días por año calendario (Resolución 201/2002). Varios problemas se pueden presentar cuando esta cantidad de prestaciones no permite hacer frente a dificultades que puedan eventualmente plantearse, sea por cuestiones psicopatológicas o por la complejidad del entorno familiar.

A continuación, presentaremos el caso de una paciente a quien llamaremos Alex, cuyo tratamiento transcurrió durante ocho años. Los primeros cuatro años, Alex se trató en un centro de salud mental radicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con cobertura de PMO. Llegados los cuatro años de tratamiento, el mismo debió ser suspendido por interrupción de la cobertura, lo que decantó en que Alex acordara con su terapeuta la continuidad de manera particular. En consecuencia, relataremos las vicisitudes del tratamiento de Alex considerando la relevancia que fue jugando el marco terapéutico en la primera parte y los años posteriores. El objetivo general de la exposición consiste en ilustrar mediante este caso testigo cómo las lógicas de trabajo inciden directamente en el abordaje y qué posibilidades y limitaciones se generan a partir del mismo.

1. Presentación del caso

En el año 2015, Alex –con 16 años de edad– había desarrollado una serie de síntomas psicopatológicos que en su conjunto articulaban un cuadro depresivo de cierta gravedad. Por este motivo concurrió acompañada por sus padres a los consultorios externos de una clínica de salud mental para realizar entrevistas psiquiátrica y psicológica con cobertura de su obra social. Durante la consulta, se constataron antecedentes de relevancia: una primera internación psiquiátrica a sus 14 años, seguida de otras tres, y tratamientos psicológicos ambulatorios realizados en instituciones con cobertura de su obra social. Las internaciones habían sido motivadas por diferentes episodios en los que se habían destacado situaciones de impulsividad, autolesiones con elementos cortopunzantes y sobreingesta de diferentes tipos de fármacos. El diagnóstico consignado en la historia clínica fue “trastorno depresivo mayor”, justificado por el hecho de que Alex no manifestaba proyectos a futuro y que no había presentado alteraciones de la sensoropercepción ni ideas delirantes, lo que a priori sugería que el diagnóstico de psicosis había sido descartado.

Entre los antecedentes familiares, se registró que su madre, proveniente del interior del país, dio a luz a Alex siendo menor de edad, producto de un abuso sexual intrafamiliar y que su abuela materna había ejercido la prostitución. No se sabe si el padre biológico de Alex supo que



había sido padre. Cuando Alex llegó al año de edad, su madre viajó a la ciudad capital en búsqueda de oportunidades laborales, donde logró iniciarse con trabajos domésticos en casas de familias. Mientras tanto, su hija permaneció en la provincia bajo el cuidado de sus abuelos maternos durante un tiempo. En el curso del tratamiento, Alex refirió que a sus 2 años de edad vivió "episodios abusivos" por parte de primos, también menores de edad. Al año siguiente su madre formó pareja con Adrián, un hombre varios años mayor, quien primeramente había sido su empleador. Regresó a buscar a Alex y migraron definitivamente a la ciudad. Adrián se ocupó de que Alex pudiera ser incluida en la cobertura de su Obra Social y con el tiempo empezó a ser nombrado por ella como su padre. Desde muy niña, posteriormente a las discusiones entre su madre y Adrián, Alex comenzó a manifestar sus primeros episodios de desestabilización conductual, ya llegada la adolescencia se iniciaron los cortes superficiales que desembocaron en la primera de varias internaciones psiquiátricas para resguardarla de su propia impulsividad. Luego de una de sus externaciones, Alex llegó a la institución habiendo solicitado entrevistas para iniciar tratamientos psicológico y psiquiátrico ambulatorios con cobertura de su obra social, de acuerdo con las regulaciones del Plan Médico Obligatorio (PMO). Presentó un certificado firmado por un médico que indicaba estas prestaciones y que la calificaba como depresiva.

La inestabilidad de Alex se ponía de manifiesto en sus conductas, tanto en su hogar como en la escuela. Asimismo, las severas desregulaciones conductuales que venía presentando durante años, impactaron en que tuviera que cursar sucesivas internaciones. En consecuencia, para Alex fue dificultoso el sostenimiento de su escolaridad y al momento de la consulta había repetido de año. En esa época comenzó a presentar por primera vez fenómenos de despersonalización. Los mismos iban

acompañados de oscilaciones en una identificación con su propio género y en la comprensión de diferentes situaciones de la realidad: "A veces cuando hay muchas personas a mi alrededor siento que me están mirando y van a decirme cosas feas por ser una chica gorda y hacerme algo malo... después siento que quizás lo que pienso que soy yo en realidad no existe y mi ser podría ser un sueño de alguien, que tal vez la realidad que yo pienso que es real, en verdad no existe".

Presentaba dificultades en la vinculación con pares, sintiéndose ansiosa cuando se relacionaba con los mismos, ya que suponía que sus compañeros iban a juzgarla de modo negativo. En este contexto, su madre solía decirle "sos una burra, vas a terminar igual que tu abuela, prostituta". Frente a esta problemática, se procedió a trabajar sobre su escolarización. Se acordó con las autoridades de la escuela un régimen especial de seguimiento que consistió en una concurrencia espaciada a la institución y trabajo en su casa, ya que se angustiaba mucho cursando en el aula.

Mientras se intentaba resolver las dificultades que planteaba su cursada escolar, los problemas de discusión marital entre su madre y Adrián decantaron en un frente más de inestabilidad: el lugar en dónde vivir. A raíz de los constantes conflictos entre sus padres, su madre decidió irse de la casa, llevando consigo a su hija; ambas se mudaron a un departamento cerca de la casa de Adrián. Alex continuó la relación con él, visitándolo regularmente. Estas situaciones de inestabilidad provocaban mucha angustia en Alex. Los episodios de confusión respecto de la realidad iban de la mano de los vaivenes en la relación de sus padres, así como también las discusiones en relación a las visitas de Alex a su padre. Por lo general, las decisiones eran tomadas por su madre de manera unilateral, abrupta e impulsiva, sin diálogo ni acuerdo que mediara con su padre o con ella, lo que no generaba conflicto para Alex, sino inestabilidad

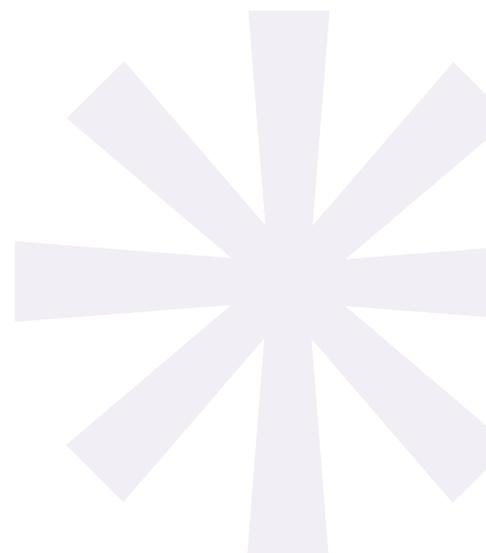
y confusión. Toda esta situación, su historia, la inestabilidad familiar, sus dificultades personales con los otros y los problemas escolares, constituyeron un caldo de cultivo suficiente que acabó por impactar en Alex, quién empezó a padecer fuertes oscilaciones en torno a su sexualidad.

1.1. Marco de trabajo asistencial en el Centro de Salud Mental

El concepto de asistencia en salud mental que manejaba el centro al cual había concurrido Alex, propio del PMO, pretendía articular las intervenciones en un proceso que pudiera ser completado en 30 entrevistas en total, incluyendo consultas psiquiátricas y psicológicas. La psicoterapia estaba planteada como un procedimiento breve y focalizado para ser realizada en 12 entrevistas.

Alex inició su tratamiento psicológico en esta institución a sus 16 años con un terapeuta de género masculino. En ese entonces, ella se presentaba a las consultas con un aspecto bizarro, vistiendo ropa infantil y desalineada. Se procedió a establecer los objetivos y focos de tratamiento, se acordó con Alex y su madre trabajar sobre las preocupaciones en torno a sus vínculos, que regularmente se seguían de situaciones en las que ella se desbordaba y se autolesionaba. Presentaba una marcada dificultad en discriminar los vínculos de amistad de los amorosos. Esta confusión se jugaba también en la elección de sus relaciones sexuales, que además ponían en marcha una serie de oscilaciones en relación a su propia identidad de género. Estas confusiones llegaban a generar conflictos en los que Alex presentaba una severa indiscriminación con los otros, le atribuía a otros sentimientos y estados de ánimo propios o se sentía afectada por situaciones menores como si la hubieran agredido o decepcionado. Las relaciones con los demás y consigo misma eran difusas, más de lo esperable para su edad.

Presentaba dificultades para poder identificar sus propias emociones y pensamientos y diferenciarse de los otros. De acuerdo con lo que le venía sucediendo en su vida cotidiana, luego de unos meses de trabajo con su terapeuta, solicitó de manera repentina un cambio, argumentando que quería tratarse con una psicóloga mujer. Se evaluó la solicitud por parte de la coordinación y se decidió aceptar el cambio de profesional para prevenir conflictos que pudieran desembocar en un rechazo de Alex hacia su tratamiento. Las dificultades de Alex afectaban su estabilidad en diferentes planos, destacándose su posicionamiento en relación al género, lo que hizo que la condición masculina de su terapeuta intensificase sus ansiedades paranoides. Era esperable que el trabajo de sus vínculos con los demás y consigo misma despertara pasiones transferenciales que eran más actuadas que pensadas.



Se realizó la derivación, se actualizó el contrato terapéutico en esta nueva etapa, que ya había excedido por lejos las 12 entrevistas en psicoterapia y las 30 entrevistas anuales que la obra social le cubría por PMO. Se reevaluaron los objetivos originalmente acordados y se realizó una ponderación de avances sobre lo tratado hasta ese momento. Se acordó mantener los mismos temas de trabajo, ya que persistían en el discurso y preocupación de Alex, pero se agregaron de manera explícita otros focos, ligados a proyectos personales y manejo en ciertas dificultades que presentaba en el vínculo con su madre. Esta estrategia respondió a que no era posible tratar los focos de trabajo originales sin darle lugar a cuestiones tanto de contexto familiar como de proyecto de vida personal de Alex. La paciente volvió a plantear sus cavilaciones respecto de su propio género y orientación sexual, definiéndose a sí misma como una persona de "género fluido".

La idea de fluidez había aparecido por primera vez en la vida de Alex en una situación escolar, en la que ella se había sentido atraída por una compañera de clase, experiencia que calificó como "de fluidez sexual". Desde aquel momento, la idea de la fluidez había llamado su atención, pero no era una posición que la representara. Posteriormente, el hecho de poder considerarse una persona de género fluido le permitió oscilar y alternar en sus consideraciones sobre diferentes relaciones sexuales sin sentir la obligación de que tenía que definir una posición exclusiva, situación que la irritaba sobremanera hasta ponerla violenta.

Las experiencias de fluidez le permitían jugar a ser un hombre, una mujer o una persona indefinida, según la ocasión, sorteando el conflicto que supondría ubicarse en una categoría taxativa. No obstante, lo que a primera vista podía parecer como parte de una búsqueda, plasticidad, flexibilidad o fluidez, representaba en realidad la dificultad en Alex para autopercebirse de manera estable. Es decir, sus variaciones eran más oscilaciones

repentinas que respondían a las vicisitudes que sus vínculos iban presentando más que cambios mentados. Si le gustaba un varón, ella tenía que ser una mujer; si le gustaba una mujer, ella tenía que ser un varón; si no sabía quién o qué le gustaba, no sabía qué era. La dinámica del género fluido le permitía ensayar un posicionamiento "estable" (la fluidez), en el cual la oscilación podía ser parte de una lógica preestablecida. Aunque eso no la eximía de la inestabilidad o la imprevisibilidad de cambios que parecían arbitrarios pero que seguían la lógica de la suplencia. La fluidez le permitía constituirse en "alguien estable en su inestabilidad", podía "cambiar" su manera de pensar y "sentir" la sexualidad más allá de los géneros, aunque todo parecía indicar que esto le permitía un lugar de correspondencia al partenaire que la demandaba.

La posibilidad de anclarse en identificaciones complementarias que la estabilizaran planteaba un nuevo desafío: el logro de una estabilidad en relación con ella misma y en sus relaciones con los demás. Como era de esperar, esto podía advertirse también en el plano transferencial, en el que Alex se presentaba a sí misma de manera oscilante frente a su terapeuta en cada entrevista, según las experiencias de la semana. Exigía ser llamada de acuerdo con el género con el que se identificaba el día que concurría a la consulta, pretendiendo que de antemano se supiera o se pudiera advertir su posición e identidad fluida. Cuando esto último no sucedía, Alex se irritaba manifestando abiertamente su enojo e intolerancia. ¿Cómo podía ser que su terapeuta no la reconociera como hombre, mujer o indefinida? ¿Cómo era posible que su terapeuta tuviera dudas sobre el pronombre que debía utilizar, adivinar en cada encuentro?

Las exigencias de Alex se iniciaban en el momento en que ella ingresaba al consultorio y se saludaba con su terapeuta -sin mediar palabra, solo con ser vista-, allí el otro debía saber cuál género era el correcto ese día, un transactivismo en el que daba por sentado que sus pensamientos eran compartidos.

Con el paso del tiempo y las entrevistas, fue encontrando menos estrés en sus vínculos desde la virtualidad. Mantenía una única relación personal y presencial con una amiga de la escuela secundaria, mientras que la mayoría de sus relaciones eran online. Se vinculaba con personas de diferentes países con quienes compartía intereses en relación a juegos y lecturas de novelas de ficción (principalmente románticas), lo que tornaba enriquecedor el intercambio. En estos vínculos se inició su interés por la lectura y la escritura, que le ratificaron su posicionamiento como persona de género fluido, pero que agregaron a esta condición el autoperibirse como homorromántica.

En el trabajo que se fue realizando esos primeros años, Alex logró un leve apaciguamiento tanto en sus impulsos autoagresivos (se autolesionaba menos que al inicio de sus consultas), como en fenómenos de despersonalización (vinculados directamente a estos cambios de género). Esto podía considerarse como una "mejoría parcial", sin embargo, cuando nuevas situaciones estresantes se presentaban, a raíz de circunstancias diversas, la estabilidad lograda volvía a ser puesta en riesgo.

Al margen de los logros obtenidos con su escolarización, sus conductas autoagresivas y la posibilidad de establecer vínculos, la lógica de tratamientos ambulatorios breves y focalizados no resultaba adecuada para ella. Si bien era evidente que la construcción de un género fluido le permitía oscilar de una situación a otra logrando una endeble consistencia imaginaria, la misma tampoco resultaba suficientemente consistente para que pudiera hacer frente a los avatares de su vida. El contacto con los problemas cotidianos le generaban una angustia muy intensa que abría la posibilidad de que pudiera autolesionarse. Por estos motivos, las intervenciones estaban más orientadas al refuerzo de sus recursos adaptativos, de manera que pudiera menguar su malestar psíquico. Lo que mayormente funcionaba en este plano eran los videojuegos, sus lecturas y sus ejercicios de escritura.

Además de ello, se le orientó para que fuera a vivir con Adrián, reduciendo el contacto y los tiempos de las visitas a su madre para evitar las desestabilizaciones que esta última generaba con su presencia estragante. Esto último fue posible al finalizar el tratamiento en la institución, pese a la resistencia de su madre, quién durante el tratamiento formó una nueva pareja, quedó embarazada y presentó problemas de salud relativos a la manifestación de un cáncer de mama.

1.2. Tratamiento particular sin la cobertura del PMO

La mayoría de edad de Alex llegó junto con la pandemia. En marzo de 2020 se decretó el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) y con ello, la suspensión de los tratamientos psicológicos de manera presencial en toda la República Argentina. En el caso de la institución en donde se trataba Alex, pudo articularse la posibilidad de continuar con el tratamiento de manera remota, lo que exigió una importante plasticidad por parte de pacientes y profesionales en estas adecuaciones (Barreira et al., 2022).

Este acontecimiento coincidió con el hecho que Alex se quedó sin la cobertura de su obra social. Situación que generó mucha preocupación a sus padres con respecto a un eventual retroceso de Alex. La incertidumbre traía consigo el fantasma de posibles

desestabilizaciones, reincidencias en conductas impulsivas y/o de riesgo, lo que implicaba la consideración de unas nuevas internaciones psiquiátricas en pandemia. En esta época, las internaciones psiquiátricas también habían tenido que adecuar sus protocolos. Tanto en el ámbito privado como el público, se incorporaron una serie de procedimientos específicos entre los que jugaba un rol esencial la mengua en la disponibilidad de camas psiquiátricas por tener que priorizar los casos de COVID.

Las internaciones debían respetar ciertos tiempos de aislamiento, se había restringido la circulación de los familiares para visitar a sus pacientes internados, habían suspendido los permisos de salida durante la internación, etc. Todas estas dificultades hacían pensar que la interrupción de los tratamientos de Alex podría generar múltiples inconvenientes y complicaciones que era mejor evitar.

Frente al escenario de cese de prestación y los riesgos potenciales considerados, por cuestiones de seguridad y cuidado de Alex se planteó la posibilidad de poder continuar ambos tratamientos, el psicológico y el psiquiátrico, de manera particular. Esta posibilidad garantizaba la continuidad en el trabajo que se venía realizando, a la vez que permitía un trato directo con la terapeuta sin la mediación de la institución.

Las primeras repercusiones en la implementación de esta nueva lógica de seguimiento (habían cambiado las condiciones de trabajo pero no los profesionales intervinientes), fueron positivas. Ocurrieron varios cambios: las entrevistas semanales pasaron de ser presenciales a ser remotas y se realizaban por videollamada. Asimismo, se extendió el horario de las entrevistas a una hora reloj, a diferencia de lo que sucedía en el sanatorio que las sesiones eran de 30 minutos. Estas adecuaciones impactaron de manera satisfactoria, de manera similar a cómo Alex había encontrado modos de

vinculación con menos exposición, la modalidad remota funcionó como amortiguador del encuentro con el otro, menguando la tensión paranoide tal como ocurría en los encuentros presenciales.

El cambio de dispositivo permitió cierta flexibilidad y espontaneidad en el trato con su terapeuta. La dinámica de una metodología estructurada y con una cantidad de entrevistas a priori limitadas, dio paso a otra lógica y dinámica en la que no había un final de tratamiento o de prestaciones preestablecidas.

La planificación del trabajo terapéutico dejó su lugar a encuentros que incluían lo espontáneo, aquello a lo que se podía dar lugar más allá del plan: situaciones emergentes que Alex llevaba a consulta, se abordaban con tiempo y sin prisa. También se pudo incluir de mejor manera el trabajo con su familia, dado que su madre en rol de garante del tratamiento, pasó a participar muy activamente en los mismos, muchas veces de manera poco conveniente. A esta constelación de factores debe sumarse el hecho de que la continuidad de los tratamientos brindada por los profesionales operó como sostén, ratificando el compromiso de éstos con Alex y en condiciones muy peculiares.

La resultante fue que Alex tomó muy bien estos cambios, logrando una mayor adhesión a sus tratamientos, presentando compromiso con el trabajo virtual. Habitualmente resaltaba su importancia en el hecho de que esta modalidad le hacía pensar que era la correcta para evitar una nueva internación psiquiátrica.

Algunas consultas telefónicas se realizaban exclusivamente con su madre, quien planteaba diferentes preocupaciones estragantes en el vínculo con su hija. Solía relatar las “dificultades” que Alex tenía para desenvolverse sola, en donde lo más importante pasaba por las precisiones sobre cómo ella la asistía y estaba siempre presente. Se planteó la necesidad de que Alex pudiera desarrollar más autonomía, pero enseguida aparecían repetidos comentarios sobre la incapacidad y dificultades de su hija. Los cuidados omnipresentes se justificaban por la historia de inestabilidad, cerrando una explicación tan intrincada como impenetrable. El uso de la tecnología le permitía a Alex apaciguar sus ansiedades en relación con los otros y al mismo tiempo le daba la posibilidad de construir nuevas relaciones por chats y videojuegos.

Frente a esta apertura, su madre cuestionaba la cantidad de horas que pasaba frente a la computadora. No mostraba un genuino interés en lo que podría concebirse como una regulación virtuosa, sino más bien como un ataque al hecho de que Alex no recurriera a ella para pedirle lo que precisaba. Eran recurrentes los comentarios sobre su preocupación en relación a la limpieza y al orden de la casa, como así también hacia el futuro incierto de su hija. Sin embargo, la madre no emitía comentarios sobre sus progresos en la escuela, que eran una realidad. Las críticas respecto de su aspecto físico coincidían con momentos en los cuales Alex pensaba en la posibilidad de cambio de género como solución. Planteaba en varias ocasiones: “Como para mi mamá yo soy gorda y desaliñada, no cumplo con los cánones de feminidad que ella espera, entonces es mucho más fácil ser varón. Salir a la calle así me da mucho menos miedo porque así no me van a intentar abusar”.

Al finalizar la pandemia se incrementó la ansiedad que le generaba la interacción con otras personas. Esto se ponía de manifiesto al salir más a la calle, ya sea para asistir a turnos médicos propios, como para acompañar a Adrián, quien había desarrollado síntomas más severos de parkinsonismo.

Esto había devenido en un cuadro demencial, que finalizó con su fallecimiento el siguiente año. A partir de este episodio, su madre reforzó sus quejas y preocupaciones y le solicitó que volviera a vivir con ella. Desde el espacio terapéutico se apostó a que Alex hiciera la prueba de vivir sola, alentándola a realizar actividades de forma autónoma, ya que en simultáneo a esta situación, su madre dio a luz a un niño, fruto de una nueva relación de pareja. En esos momentos del tratamiento, Alex refirió en reiteradas oportunidades su deseo de “volver a ser pequeña y no crecer nunca”. Esta identificación con su hermano, respondía a ciertas cuestiones regresivas en las que expresaba que quería volver a ser “una bebida para poder tener a su madre solo para ella”.

Paralelamente, su madre se encontraba realizando tratamiento de quimioterapia por cáncer de mama. En más de una ocasión se le planteó que la causante de esta afección habían sido los avatares de la crianza, culpabilizándola por el padecimiento de su enfermedad. Como efecto del análisis de estas situaciones, Alex ratificó los beneficios de vivir sola, decidiendo de una vez por todas que la separación física de su madre era un hecho consumado, sin vuelta atrás. Esto le permitió dar un paso fundamental en su intento por salir de la lógica del estrago y la indiscriminación entre ambas. Al poco tiempo, comenzó a hablar de los beneficios de ser adulta: sentía que podía decidir. Pudo lograr concluir la escuela secundaria de manera virtual y vespertina. Luego de graduarse, manifestó no tener perspectivas para realizar otros estudios. Tampoco tenía trabajo, cuestión que se tornó objeto de nuevas exigencias maternas.

Con el paso del tiempo, Alex fue encontrando una mayor estabilidad, menguando su impulsividad y menos oscilante en sus estados de ánimo. En relación con su identidad sexual, empezó a decir que la fluidez respecto a la diversidad de género, implicaba que ella podía elegir y sentirse ella misma. Ya no se trataba de responder si era una mujer o un varón, sino de dar lugar a las relaciones sin que estuviera en juego el cambio de su identidad de género.

La fluidez dejó de ser la necesidad de adecuarse, para pasar a ser una manera de elegir. En la relación transferencial, cesaron las situaciones en las que el otro debía adivinar cómo tratarla. Podía ser ella misma con apertura a otro, sin la necesidad de cambiar de género de acuerdo a su partenaire. En relación con los videojuegos de rol, éstos le permitieron generar mayores y mejores intercambios con personas de otros países en lengua inglesa y escritura de textos de ficción en inglés. El uso de otra lengua que no la interpelara subjetivamente, le permitió inaugurar un código en el que su madre no entraba, no la enloquecía, podía ir más allá del estrago. Con el tiempo fue construyendo una posición a modo de respuesta a la pregunta por el “¿quién soy?” a “Soy una escritora y quisiera ser conocida. Además, escribo en inglés, lo cual me permitirá viajar por el mundo y conocer a Peter”; su nueva pareja a quien había conocido en un videojuego.

Por primera vez pudo vincularse amorosamente con un hombre, de manera remota claro está, identificándose como una mujer en su fluidez y en sus condiciones: a distancia, haciendo uso de otra lengua, compartiendo intereses comunes.

Más acá en el tiempo, Alex fantasea con la posibilidad de viajar a Inglaterra para conocer a Peter y poder estudiar una carrera, la cual le permita obtener sus propios ingresos. Esto genera mucho temor en su madre, quien ocasionalmente interviene saboteando y cuestionando incisivamente sus proyectos personales: “¡Todavía ni podés vivir sola y ya pensás en viajar! ¿Cuándo vas a trabajar? ¿de qué vas a vivir? ¡vos con tu enfermedad no podés ir sola a ningún lado, tengo que ir yo donde vayas!”. Estos temores respecto a las posibilidades futuras son reproducidos por Alex tal como los enuncia su madre. Sin embargo, a lo largo de estos últimos años, Alex logró autonomizarse e irse a vivir sola sustentándose por su pensión por discapacidad. Continúa su vínculo virtual con Peter, ingresó a la carrera de traductorado público, cursa de manera presencial con muy buenas notas y genera nuevos vínculos con sus compañeros. En sus tiempos libres, realiza ejercicio y continúa escribiendo novelas de ficción, las cuales publica en foros.

2. Diferenciaciones de tratamientos e implicancias sintomatológicas

El concepto de asistencia en salud mental que manejaba el centro al cual había concurrido Alex, propio del PMO, pretendía articular las intervenciones en un proceso que pudiera ser completado en 30 entrevistas en total, incluyendo consultas psiquiátricas y psicológicas. La psicoterapia estaba planteada como un procedimiento breve y focalizado para ser realizada en 12 entrevistas.

Alex inició su tratamiento psicológico en esta institución a sus 16 años con un terapeuta de género masculino. En ese entonces, ella se presentaba a las consultas con un aspecto bizarro, vistiendo ropa infantil y desalineada. Se procedió a establecer los objetivos y focos de tratamiento, se acordó con Alex y su madre trabajar sobre las preocupaciones en torno a sus vínculos, que regularmente se seguían de situaciones en las que ella se desbordaba y se autolesionaba. Presentaba una marcada dificultad en discriminar los vínculos de amistad de los amorosos. Esta confusión se jugaba también en la elección de sus relaciones sexuales, que además ponían en marcha una serie de oscilaciones en relación a su propia identidad de género. Estas confusiones llegaban a generar conflictos



en los que Alex presentaba una severa indiscriminación con los otros, le atribuía a otros sentimientos y estados de ánimo propios o se sentía afectada por situaciones menores como si la hubieran agredido o decepcionado. Las relaciones con los demás y consigo misma eran difusas, más de lo esperable para su edad.

Presentaba dificultades para poder identificar sus propias emociones y pensamientos y diferenciarse de los otros. De acuerdo con lo que le venía sucediendo en su vida cotidiana, luego de unos meses de trabajo con su terapeuta, solicitó de manera repentina un cambio, argumentando que quería tratarse con una psicóloga mujer. Se evaluó la solicitud por parte de la coordinación y se decidió aceptar el cambio de profesional para prevenir conflictos que pudieran desembocar en un rechazo de Alex hacia su tratamiento. Las dificultades de Alex afectaban su estabilidad en diferentes planos, destacándose su posicionamiento en relación al género, lo que hizo que la condición masculina de su terapeuta intensificase sus ansiedades paranoides. Era esperable que el trabajo de sus vínculos con los demás y consigo misma despertara pasiones transferenciales que eran más actuadas que pensadas.

Tabla 1. Modalidades de Tratamiento con cobertura PMO y particular

Condiciones de trabajo	Modalidad de tratamiento	
	Con Cobertura PMO	Particular
Lugar	Se realiza en consultorio provisto por la institución.	Se realiza en un consultorio particular o de manera virtual.
Relación entre paciente y terapeuta, encuadre y honorarios	El terapeuta es parte de un equipo, el paciente llega derivado por la admisión del centro, los horarios son administrados por el centro, los honorarios son administrados por el centro, el tiempo de trabajo es de 30 minutos una vez por semana con una cantidad de hasta 30 entrevistas en salud mental anuales.	El terapeuta trabaja de manera particular, el paciente llega derivado por otros, colegas, pacientes o conocidos, los horarios son administrados por el profesional, los honorarios son arreglados entre paciente y terapeuta, el tiempo de trabajo es acordado entre paciente y terapeuta, puede ser una o más veces por semana sin una cantidad preestablecida de entrevistas, o sea sin un número fijo anual.
Modalidad de trabajo	Trabajo con objetivos focales acordados entre paciente y terapeuta.	Trabajo acordado entre paciente y terapeuta.

Por su parte, en la tabla 2 podrá advertirse, de acuerdo con lo sucedido, cómo se pudieron trabajar diferentes variables y qué dinámica e impacto tuvo el marco en ese trabajo. Se retoma el eje de la dirección de la cura, que es lo que le da el marco de trabajo y, en consecuencia, establece la lógica y sentido de las estrategias y del abordaje clínico. Luego, se caracteriza la relación con el profesional y la dinámica transferencial en la que el manejo de la alianza terapéutica fue primero parte del marco de trabajo, pero luego un recurso estratégico que se alternaba con la exploración de desarrollos transferenciales.

Tabla 2. Dinámica de los tratamientos

Condiciones de trabajo		Modalidad de tratamiento	
		Con Cobertura PMO	Particular
Abordaje y estrategias: dirección de la cura		Objetivos focales acordados con Alex. Marco institucional en Salud Mental, lógica médica de APS.	Contrato terapéutico acordado con Alex de manera personalizada, marco de tratamiento psicoanalítico
Relación con el profesional		Medida por la institución. El encuadre es establecido por la institución.	El encuadre es acordado entre partes con ambos profesionales, la psicoanalista y el psiquiatra, cada uno por su parte.
S i n t o m a s	Transferencia	Indiscriminación y transivismo con sus terapeutas, construye el vínculo terapéutico a partir de la continuidad. Se tolera la transferencia negativa de la paciente. Se trabaja con alianza terapéutica por una cuestión de marco.	Relación menos indiscriminada, mengua la transferencia negativa. La relación terapéutica como vínculo de reconocimiento de sí y posibilitador de construcción de otras relaciones, intereses y autonomía. Se exploran y explicitan aspectos transferenciales más allá de mantenerse la alianza terapéutica.
	Autolesiones con elementos cortopunzantes	Mucha impulsividad, la dirección de la cura consiste en lograr estabilidad y evitar internaciones.	Poca impulsividad, se encuentra más enfocada en sus tareas de la vida cotidiana.
	Identidad sexual	Se desestabiliza con facilidad, oscilaciones bruscas en su identidad sexual. Se autonoma como género fluido y "homorromántica" busca la estabilización a partir la respuesta a la demanda de amor del otro.	Se estabilizó en una posición de género fluido. Pese a sus elecciones pudo afirmarse en una posición no tan pasiva, pudo encontrar relaciones estables que no implicaban cambios radicales. Relación de pareja estable.
	Fenómenos psicóticos	Desregulación emocional y conductual. La estabilidad de su autoconcepto radica en responder a la demanda del otro.	Estabilización en la imagen de sí, mengua de fenómenos psicóticos y de impulsividad. Persiste cierta pasividad en los vínculos.
Estabilidad		Muy inestable, muy impulsiva.	Menos inestable, sin desbordes conductuales.
V i n c u l o s	Familia	Aparecían dificultades con la madre. Se daba lugar a la conflictiva familiar.	Trabajo sobre la relación estragante con su madre. Autonomía de Alex.
	Amigos	Dificultad de vincularse con pares. Una sola amiga presencial. Inicia amistades de manera virtual.	Crece en relaciones virtuales. Tiene amigos, puede sostener vínculos duraderos virtuales y después cara a cara.
	Parejas	Relaciones impulsivas, indiscriminadas, indiferenciadas.	Puede sostener vínculos duraderos duraderos, forma relación de pareja con Lars
Autonomía		Se encuentra capturada en el vínculo estragante con su madre.	Puede salir de vínculo estragante con su madre.
Intereses		Dificultad en sostener intereses propios, en vincularse, en ir a la escuela. Juega juegos online. Los vínculos online le permiten conectarse con la literatura y la escritura.	Capitaliza sus intereses generando intercambios con otras personas. Los juegos, la lectura y la escritura constituyen sus pasatiempos. Sus estudios, posibilidades laborales y proyectos de crecimiento forman parte de sus temas de trabajo en terapia.
Escolarización		Dificultades en su vinculación con pares, se sentía ansiosa cuando se relacionaba con los demás y la angustiaba sentirse juzgada por otros. Se consideró régimen especial de escolarización.	La pandemia le permitió encontrar un ritmo eficiente de estudio. Logró concluir la escuela secundaria y comenzar estudios universitarios de manera presencial.

Posteriormente, se abordan las cuestiones clínicas de relevancia: los síntomas de Alex. Se dividieron en tres grupos: autolesiones con elementos cortopunzantes, identidad sexual y fenómenos psicóticos. En cada uno de estos síntomas (o fenómenos), se puede advertir cómo un modo de abordaje y otro tendieron a sesgar los tratamientos con sentidos clínicos diferentes: desde la impulsividad de los cortes que fue menguando, pasando por la oscilación cotidiana que encontró una sustitución estabilizadora, hasta cómo la desregulación emocional y conductual encontró una estabilización en modos de sentir y comportarse. La variable sobre la estabilidad opera como una síntesis necesaria de lo desglosado en su antecesora, la variable que considera cómo se trabajó el síntoma y qué respuestas fue presentando Alex.

Además de ello, en la variable vínculo se explicitan los modos de hacer lazo de Alex. Allí se establecen tres ejes en donde aparece la familia, en donde la figura de su madre y el rol de su padre son esenciales, pero luego están explicitadas las relaciones con amigos y la lógica con sus parejas. Allí también se puede advertir cómo la clínica de la suplencia va ganando terreno a la desestabilización, pero resulta curioso cómo la segunda parte del tratamiento le permite a Alex una mejora notable en la calidad de sus vínculos que fueron desde la indiscriminación y el transactivismo a la separación y discriminación del otro.

Por último, hacemos mención de aspectos relevantes en el trabajo con Alex. Los mismos son su paulatina ganancia de autonomía que se vio acompañada de la aparición de intereses objetivos que pudo empezar a desarrollar, tanto como la escolarización. Esta última funcionó como símbolo de cómo Alex pasó de no poder ubicarse en una situación con otros a sí misma en una situación de aprendizaje como gestora de su producción.

Este caso resulta ilustrativo sobre cómo diversos sesgos clínicos apuntan a resguardar diferentes aspectos de la persona. Aunque ambos abordajes son parte del campo de la salud mental, la diferencia entre una lógica y otra debería ser tomada en cuenta de mejor manera por los profesionales, más allá de que las personas circulen por los espacios e instituciones que eligen o que les tocan.

3. Conclusiones

Considerando el rol de los dispositivos de asistencia en la cobertura de casos como el de Alex, situaciones en las que el ser es lo que está en juego, la lógica de la Atención Primaria de la Salud (APS) resulta necesaria, pero es insuficiente. Es posible establecer diferencias bien marcadas entre la primera etapa, propia de una concepción de salud mental influida por la medicina en general y por la psiquiatría en particular, y la segunda parte del tratamiento en la cual el síntoma fue considerado a partir de la concepción psicoanalítica (Lacan, 1988 [1966]). El caso de Alex muestra muy bien hasta qué punto ambas concepciones aplican al mismo fenómeno, aunque son diferentes. Sin embargo, el hecho de ser diferentes tampoco las vuelve excluyentes. En todo caso, en una época en donde el síntoma es captado por diferentes efectores de servicios, se torna relevante distinguir a qué apunta cada uno de estos y con qué objetivos. La época plantea estas posibilidades dentro del sistema de

salud, es cuestión de pensar cómo articular recursos, en donde el psicoanálisis forma parte esencial de éstos (Campodónico, 2019).

La prevención primaria y la prevención de la salud resultan adecuadas para aquellas personas que presentan cierta base de consistencia subjetiva y claridad suficiente, lo que posibilita un trabajo breve y focalizado. En cambio, en casos de psicosis como el de Alex, en los que el ser transita una oscilación permanente, dicha base falta y es lo que el trabajo terapéutico debe atender. A diferencia de la dialéctica de las neurosis, que contemplan el hecho de tener o no tener pene (complejo de castración: registro de falta de objeto y angustia), lo que está en juego en las psicosis es el ser (el complejo de castración no funciona, no hay registro de la falta de objeto, en consecuencia, no hay necesidad de tomar posición respecto de la falta). En el caso de Alex, las oscilaciones en su identidad de género y elección de objeto no funcionan como preguntas sobre su sexualidad (¿Tengo pene o no tengo pene? ¿Soy hombre, soy mujer, soy trans, qué soy?), sino más bien como una manifestación en la imposibilidad en que se pueda anclar una posición, la suya, frente a la castración. Esto último explica la oscilación del ser en las variaciones significantes de Alex.

En consecuencia, el desafío de pensar cómo enriquecer y potenciar nuestros sistemas de salud no consiste en excluir el menos apropiado en favor del más apropiado, sino en construir el modelo que permita mejores respuestas para la población. En ese sentido, consideramos que casos como el de Alex no cuadran bien en la lógica de la atención primaria de la salud, sino que deberían ser incluidos en un nivel secundario que apunte al diagnóstico precoz y tratamiento eficaz, pero esa instancia se torna nebulosa al momento de encontrar soluciones.

En definitiva, o el PMO abre una posibilidad para estos casos excepcionales, lo que implicaría una modificación específica en la lógica de trabajo con este tipo de pacientes, o bien, se debería habilitar una instancia de nivel de atención secundaria de la salud. Lo que queda claro es que no hay que apurarse a pasar a estos pacientes a un sector de discapacidad, que puede hacer correr el riesgo de confundir limitaciones con discapacidades y, como se pudo observar en el caso de Alex, muchas veces un sostenimiento y seguimiento adecuado pueden permitir sortear adecuadamente las tormentas más difíciles.



Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5*. Editorial Panamericana.
- Barreira, I. (2016). *Análisis crítico del diagnóstico en salud mental. Nosologías y nosografías en psicoanálisis*. Editorial Académica Española.
- Barreira, I., Bevacqua, L. N., Bidal, M. C., Varela, P. D., y Amaya, C. G. (2022). Impacto de la pandemia en los tratamientos psicológicos ambulatorios. *Tempus Psicológico*, 5(1); 33-49. <http://doi.org/10.30554/tempuspsi.5.1.4116.2022>
- Campodónico, N. (2019). *El síntoma en tiempos que urgen*. Psicoanálisis aplicado en la institución de salud. Letra Viva.
- Barreira, I., Bevacqua, L. N., Bidal, M. C., Varela, P. D., y Amaya, C. G. (2023). *Tratamiento de las psicosis en dispositivos de internación psiquiátrica*. Letra Viva.
- Comastri, S. (2022). Revisión sistemática de los estudios sobre las diferencias clínicas en la constitución del cuerpo en la psicosis y el autismo infantil. Perspectiva psicoanalítica. *Perspectivas Metodológicas*, 22. Recuperado de la web: <https://doi.org/10.18294/pm.2022.3987>
- Dor, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Amorrortu editores.
- Evans, D. (2004). *Diccionario introductorio al psicoanálisis de orientación*. Paidós.
- Freud, S. (2006 [1919]). *Lo ominoso*. En Obras Completas, Tomo XXI. 2ª Edición, 8ª reimpresión. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1996 [1930]). *El malestar en la cultura*. En Obras Completas, Tomo XXI. 2ª Edición, 5ª reimpresión. Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1988 [1966]). *El psicoanálisis y su enseñanza*. En: Lacan, J. (1988[1966]). Escritos I. Siglo XXI.
- Lacan, J (2003 [1958]). La significación del falo, En: Lacan, J. (2003). Escritos 2. Siglo XXI.
- Ley Nacional de Salud Mental*, N° 26.657. (2010). República Argentina.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. (2002). Resolución 201/2022. Boletín Oficial*.
- Nasio, J. D. (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. Paidós.

