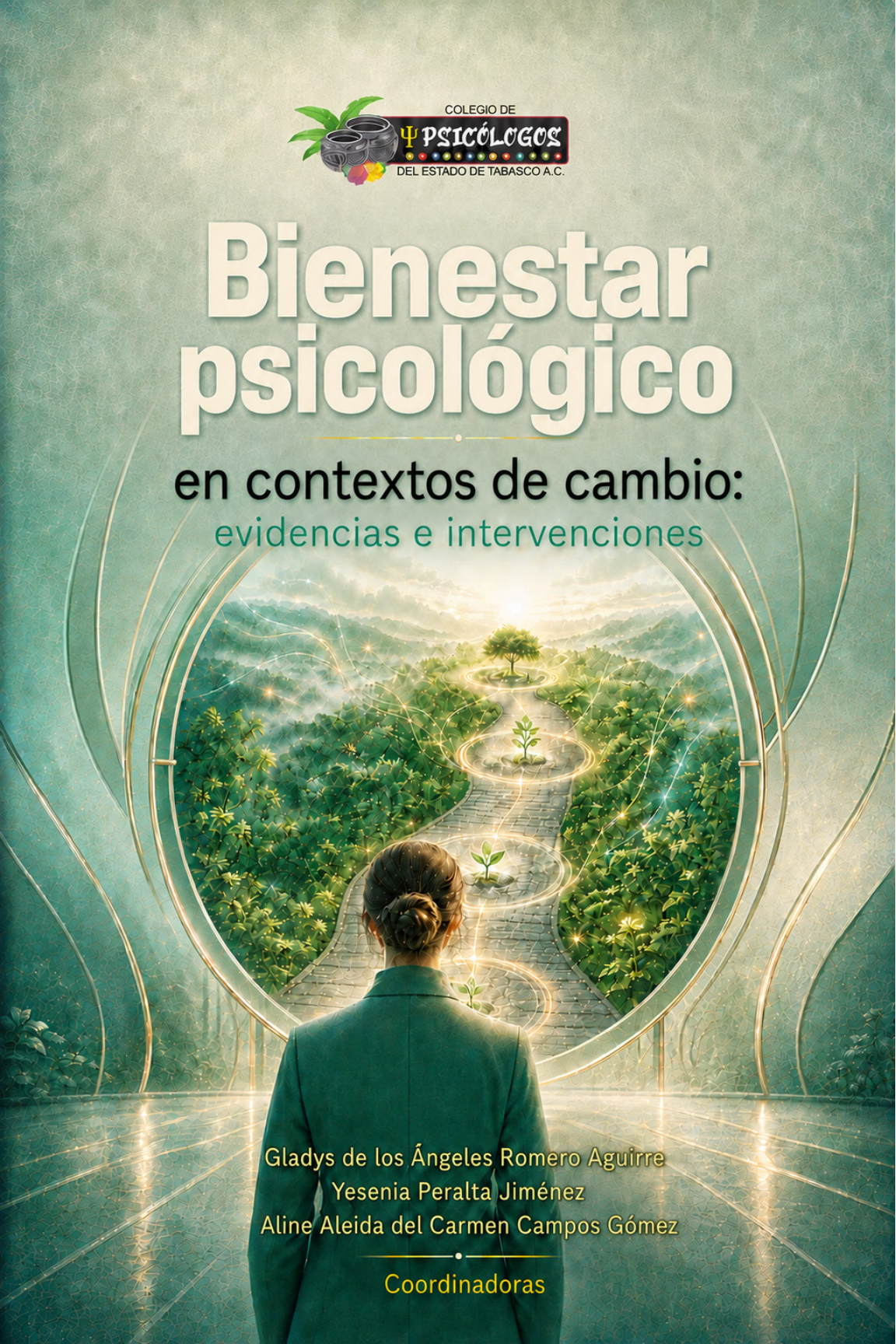


Bienestar psicológico

en contextos de cambio:
evidencias e intervenciones



Gladys de los Ángeles Romero Aguirre
Yesenia Peralta Jiménez
Aline Aleida del Carmen Campos Gómez

Coordinadoras

Bienestar psicológico

en contextos de cambio:
evidencias e intervenciones

Gladys de los Ángeles Romero Aguirre

Yesenia Peralta Jiménez

Aline Aleida del Carmen Campos Gómez

Coordinadoras

Dirección Editorial: PhD. Jorge Luis León-González

Diseño de portada y edición: DI. Yunisley Bruno-Díaz

ISBN: 978-1-968794-57-6

DOI: <https://doi.org/10.64092/LCBK7496>

© Colegio de Psicólogos del Estado de Tabasco, A.C., 2026. All rights reserved.

La evaluación científica y metodológica de la obra se realizó a partir del método de Revisión por Pares Abierta (Open Peer Review).

Este libro es una publicación de acceso abierto licenciada bajo la Licencia Internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar, redistribuir, adaptar, transformar y reproducir el material en cualquier medio o formato con fines no comerciales, siempre que se otorgue el crédito correspondiente al autor, se proporcione un enlace a la licencia y se indiquen los cambios realizados. Si el material se remezcla, transforma o se crea a partir de él, la obra resultante deberá distribuirse bajo la misma licencia que el original. No podrán aplicarse términos legales adicionales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas el ejercicio de los derechos concedidos por la licencia.



SOPHIA EDITIONS

8404 N Rome Ave, Tampa,
Florida, USA

Email: contact@sophiaeditions.com

Phone: +1 (813) 699-2557

<https://sophiaeditions.com/>

AGRADECIMIENTOS

A quienes han aprendido a sostenerse cuando el mundo a su alrededor cambia; a quienes cuidan, acompañan y escuchan, incluso cuando también necesitan ser cuidados; a quienes han conocido el miedo, la pérdida, el agotamiento, la incertidumbre o el silencio y, aun así, han encontrado una razón para continuar.

A las personas que hicieron de una herida una posibilidad, de una crisis un nuevo comienzo y de su vulnerabilidad una forma de reconocerse.

A quienes dedican su vida a comprender la mente humana sin olvidar que detrás de cada diagnóstico, cada resultado y cada intervención existe una historia que merece ser escuchada.

Y, especialmente, a quienes todavía buscan su propio bienestar: que nunca les falte una mano que sostenga, una palabra que acompañe y un lugar donde puedan volver a encontrarse, porque cambiar no siempre significa perder lo que fuimos; a veces significa descubrir todo lo que todavía podemos llegar a ser.

COMITÉ

EDITORIAL

PhD. Juan Gabriel Rivera-Ortiz, Ana G. Méndez University, Estados Unidos

PhD. Armanda Matos, Universidade de Coimbra, Portugal

PhD. Domingo Antonio Lilón-Larrauri, Universidad de Pécs, Hungría

PhD. Frida Díaz-Barriga Arceo, Universidad Nacional Autónoma de México, México

PhD. Lok Raj Sharma, Makawanpur Multiple Campus, Nepal

PhD. Pamela Marcone-Dapelo, Universidad de Playa Ancha, Chile

PhD. Sébastien Quenot, Università di Corsica, Francia

PhD. Rafael Ravina-Ripoll, Universidad de Cádiz, España

PhD. Karen Pesantes-Aldana, Universidad Privada Antenor Orrego, Perú

PhD. Pablo Páramo-Bernal, Universidad Pedagógica Nacional, Colombia

PhD. Eduardo Somarribas-Chávez, Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza, Costa Rica

PhD. Lázaro Pino-Rivero, Lone Star College, Estados Unidos

PhD. Anurag Hazarika, Global Interfaith University, Estados Unidos

PhD. Setyamartana Parman, Sekolah

Tinggi Teknologi Kedirgantaraan, Indonesia

PhD. Vicenç Font-Moll, Universidad de Barcelona, España

PhD. Ricardo Rivero-Ortega, Universidad de Salamanca, España

PhD. María Elena Estrada-Martínez, Colegio Palms Day School, Estados Unidos

PhD. Annette Lourdes Padilla-Gómez, Instituto de Educación de Aguascalientes, México

PhD. José Fernando Escobedo-Gálvez, Universidad Señor de Sipán, Perú

PhD. Ahmed G. Hegazy, National Research Centre, Egipto

PhD. Lilibeth Portillo-Rumbo, Universidad Autónoma de Tlaxcala, México

PhD. Ana María Téllez-López, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

PhD. Alexandra Verónica Parra-Cárdenas, Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, Ecuador

PhD. Faisal A. Alnaser, Imperial College London, Reino Unido

PhD. Berlan Rodríguez-Pérez, Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú

PhD. José Alberto Rivera-Costales, Universidad de Santiago de Compostela, España

PhD. Claudia Wasserman,
Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Brasil

**PhD. Enrique Rafael
Farfán-Heredia,**
Universidad Autónoma
del Carmen, México

**PhD. Lali Viviana Cedeño-
Sánchez,** Universidad
de Guayaquil, Ecuador

PhD. Odette Martínez-Pérez,
Universidad Bolivariana
del Ecuador, Ecuador

PhD. Moacir Gadotti,
Universidade de São
Paulo, Brasil

**PhD. Cesar Augusto
Bernal-Torres,** Universidad
de La Sabana, Colombia

**PhD. Lázaro Jesús
Ojeda-Quintana,** URBE
University, Estados Unidos

**PhD. Ángel Deroncele-
Acosta,** Universidad San
Ignacio de Loyola, Perú

**PhD. Rafael Gutiérrez-
Núñez,** Universidad
de Ciencias Médicas
de Granma, Cuba

**PhD. Alfredo Noré Saluanja-
Muacachila,** Universidade
do Namibe, Angola

**PhD. Ronald Antonio
Prieto-Pulido,** Universidad
Simón Bolívar, Colombia

**PhD. Nurian Yamileth
Luna-Laínez de Quintanilla,**
Universidad Gerardo
Barrios, El Salvador

**PhD. Lina María Cano-
Vásquez,** Universidad
Pontificia Bolivariana,
Colombia

**PhD. Jarosław
Korpysa,** University of
Szczecin, Polonia

PhD. Silvia Finocchio,
Universidad Nacional
de La Plata, Argentina

**PhD. Pablo Pérez-
Navarro,** Universidad
de Coimbra, Portugal

**PhD. Oscar José Alejo-
Machado,** Instituto
Superior Tecnológico de
Investigación Científica
e Innovación, Ecuador

**PhD. Juan Díaz-
Godino,** Universidad
de Granada, España

**PhD. Thiago Duarte-
Pimentel,** Universidade
Federal de Juiz de
Fora, Brasil

**PhD. Guadalupe Velázquez-
Vázquez,** Benemérita
Universidad Autónoma
de Puebla, México

**PhD. Lillian Rocio Pintado-
Sosa,** Universidad Ana
G. Méndez, Puerto Rico

PhD. Alexandru Manole,
ARTIFEX University of
Bucharest, Rumania

PhD. Alina Borysova,
Kharkiv State Academy
of Culture, Ucrania

PhD. Irina Sokolova,
Don State Technical
University, Rusia

PhD. Nadezhda Fedko,
Rostov State Transport
University, Rusia

**PhD. Samikshya
Madhukullya,** Global
Interfaith University,
Estados Unidos

**PhD. Roberto Maurice
Robert,** 21st Century
Open University, Wyoming,
Estados Unidos.

Prologo	i
Introducción	xii

Capítulo 1.

Asma y vida diaria: Análisis de la autonomía funcional y su impacto en la calidad de vida

1.1. Autonomía funcional y calidad de vida en personas con asma	1
1.2. Impacto del asma en la autonomía funcional y la calidad de vida	12
1.3. Conductas adaptativas, estímulos y factores asociados al asma	21

Capítulo 2.

Diseño metodológico para evaluar una intervención de análisis conductual en universitarios con ideación suicida

2.1. Ideación suicida en estudiantes universitarios: magnitud, factores de riesgo y vulnerabilidad psicosocial	31
2. 2. Modelos explicativos y evaluación psicométrica del riesgo suicida	38
2.3. Diseño metodológico y resultados esperados	46

Capítulo 3.

Síndrome de burnout en equipos de primera respuesta en una unidad de protección civil

3.1. Síndrome de burnout: fundamentos, factores de riesgo y consecuencias	62
3.2. Bienestar psicológico y burnout en el personal de primera respuesta de protección civil	71
3.3. Evidencia empírica sobre burnout y condiciones laborales	76

Capítulo 4.

Más allá del coeficiente intelectual total: evaluación de las altas capacidades mediante el WISC-IV

4.1. Altas capacidades intelectuales: identificación, características y heterogeneidad cognitiva	94
4.2. Evaluación de las altas capacidades mediante el WISC-IV: criterios de interpretación	102
4.3. Metodología para la evaluación de perfiles cognitivos mediante el WISC-IV	107

Capítulo 5.

Tratamientos conductuales-contextuales para personas que viven con VIH

5.1. Fundamentos de las terapias conductuales contextuales en personas que viven con VIH	124
5.2. Metodología y evidencia sobre la eficacia de las intervenciones conductuales contextuales	133
5.3. Integración clínica de los resultados y mecanismos de cambio terapéutico	142

Capítulo 6.

Estrategias de afrontamiento y salud mental en pasantes de servicio social de una universidad pública

6.1. Salud mental y riesgos psicosociales en profesionales de la salud	155
6.2. Estrategias de afrontamiento y su función en la adaptación psicológica	164
6.3. Relación entre afrontamiento, estrés, ansiedad y depresión	167

Capítulo 7.

Huellas psíquicas de abandono en infancias institucionalizadas: una lectura clínico-psicoanalítica

7.1. Institucionalización, abandono psíquico y constitución subjetiva	184
7.2. El internado escolar y las manifestaciones clínicas del abandono	194
7.3. Exploración clínica y orientaciones para la intervención institucional	199

Capítulo 8.

Cuidar sin desgastarse: Apoyo emocional y empatía en el rol del cuidador

8.1. Envejecimiento y necesidades integrales de la persona adulta mayor	212
8.2. El cuidador primario: adaptación, sobrecarga y desafíos del cuidado	219
8.3. Empatía, autocuidado e intervenciones de apoyo al cuidador	225
8.4. Evaluación de la sobrecarga y adaptación del cuidador primario	230

Capítulo 9.

Primeros auxilios psicológicos en emergencias prehospitalarias por accidentes de tránsito

9.1. Atención prehospitalaria y abordaje psicológico en emergencias por accidentes de tránsito	244
9.2. Primeros auxilios psicológicos y competencias del personal prehospitalario	250
9.3. Evaluación de los primeros auxilios psicológicos y necesidades de formación del personal prehospitalario	253

Capítulo 10.

Autocuidado en docentes de nivel superior:
Motivaciones, impacto y desafíos para el bienestar integral

10.1. Fundamentos psicológicos y motivacionales del autocuidado docente267

10.2. Experiencias, prácticas y determinantes del autocuidado en docentes universitarios276

10.3. Autocuidado y bienestar docente: interpretación, desafíos e implicaciones288

Capítulo 11.

Psicología 5.0 ante la inteligencia artificial:
microcredenciales y competencias para la formación profesional

11.1. Inteligencia artificial y transformación de las competencias profesionales en Psicología 5.0311

11.2. Evidencia científica sobre inteligencia artificial, práctica psicológica y formación profesional319

11.3. Microcredenciales para cerrar la brecha entre formación universitaria y mercado laboral337

Capítulo 12.

El otro significativo en la construcción de la subjetividad: análisis clínico desde el psicoanálisis relacional

12.1. Intersubjetividad, afecto y construcción relacional de la subjetividad350

12.2. El vínculo terapéutico y la transformación subjetiva en el psicoanálisis relacional362

12.3. Organización de la subjetividad y resignificación del self en el caso H370

PRÓLOGO



Bienestar psicológico en contextos de cambio: evidencias e intervenciones reúne doce capítulos escritos por profesionales de la psicología comprometidos con la convicción de que el conocimiento psicológico debe situarse frente al mundo real, al malestar contextualizado y a las experiencias de personas que viven en circunstancias específicas y atraviesan condiciones que, muchas veces, no eligieron.

El libro recorre algunos de los principales desafíos que enfrenta actualmente la psicología como disciplina y como práctica clínica, educativa y social. A primera vista, sus capítulos abordan temáticas diversas: el asma y la autonomía funcional, la ideación suicida en universitarios, el burnout en equipos de primera respuesta, las altas capacidades intelectuales, los tratamientos conductuales contextuales para personas que viven con VIH, las estrategias de afrontamiento en estudiantes, las huellas psíquicas del abandono en niños institucionalizados, el cuidado del cuidador, los primeros auxilios psicológicos en emergencias, el autocuidado docente, las microcredenciales y la inteligencia artificial en la Psicología 5.0, así como el psicoanálisis relacional como marco para comprender la organización de la subjetividad.

Sin embargo, detrás de esta diversidad temática emerge una pregunta transversal: ¿cuáles son las condiciones que hacen posible el cuidado y cuáles lo obstaculizan? Se trata del cuidado de sí, del otro, de las instituciones, de la práctica profesional y de la vida psíquica. Desde distintas perspectivas teóricas y metodológicas, los capítulos interrogan qué permite a una persona sostenerse, vincularse, elaborar su experiencia y construir algo propio en contextos marcados por la adversidad, el cambio acelerado, la sobrecarga o la pérdida.

En este sentido, la obra converge en una idea fundamental: el cuidado no constituye un estado definitivo que se

alcanza, sino un proceso que necesita sostenerse. Para hacerlo posible se requieren condiciones relacionales, institucionales, culturales y subjetivas que no siempre están disponibles y cuya identificación y construcción forman parte de las responsabilidades de la psicología contemporánea.

La pregunta por las condiciones del cuidado implica, a su vez, una reflexión epistemológica: ¿qué se entiende por sujeto psíquico? ¿Cómo se interviene sobre sus condiciones de vida? ¿Desde qué marcos teóricos se interpreta la experiencia humana? ¿Qué lugar ocupan el lenguaje, el vínculo y el cuerpo? ¿Qué puede decir la psicología acerca de la época y de las transformaciones que atraviesan la subjetividad?

Edgar Morin, en su *Introducción al pensamiento complejo* (1990), obra de referencia para las ciencias humanas, advierte que un pensamiento que separa, reduce y aísla puede producir lo que denomina inteligencia ciega: una forma de conocimiento capaz de resolver problemas parciales mientras pierde de vista la totalidad. En psicología clínica, esta fragmentación puede traducirse en prácticas diagnósticas que nombran un síntoma mientras silencian una historia, o en intervenciones que buscan aplacar la angustia sin interrogar aquello que la produce o le confiere significado.

Frente a esa fragmentación, esta obra propone, precisamente a través de la diversidad de sus capítulos, una aproximación a la psicología sustentada en la complejidad. No se trata de homogeneizar perspectivas teóricas diferentes, sino de reconocer que el bienestar psicológico difícilmente puede comprenderse al margen de las relaciones, las instituciones, las condiciones sociales y la historia singular de cada persona.

Esta perspectiva se hace especialmente visible en el capítulo dedicado a las huellas psíquicas del abandono

en niños institucionalizados. Desde una lectura clínico-psicoanalítica, el análisis no se limita a identificar las conductas que presenta el niño, sino que interroga la función que estas cumplen en su economía psíquica. De este modo, distingue entre adaptación funcional y elaboración subjetiva, y advierte que la hiperadaptación, expresada, por ejemplo, en un niño silencioso, obediente y que aparentemente no genera problemas, puede constituir una forma de renuncia defensiva antes que una manifestación de bienestar.

La lucidez clínica aparece, entonces, en la posibilidad de reconocer que el progreso terapéutico no siempre se expresa mediante una mejor adaptación. En determinadas circunstancias, avanzar puede significar que el niño deje de mostrarse excesivamente adaptado y encuentre las condiciones necesarias para decir que está triste, que siente miedo o que necesita ayuda. Para una institución centrada exclusivamente en la conducta observable, esta transformación podría parecer un retroceso; para la clínica, puede representar el comienzo de un proceso de simbolización.

De ahí la relevancia de una de las distinciones que atraviesa la obra: no es lo mismo estar cuidado que sentirse sostenido. Esta diferencia adquiere particular importancia en una época caracterizada por la aceleración, la inmediatez y el progresivo distanciamiento de los vínculos humanos. El libro invita así a recuperar el vínculo como una dimensión esencial de la práctica psicológica y del bienestar.

Esta mirada no se restringe a los niños institucionalizados. También alcanza a los equipos de primera respuesta que enfrentan el burnout mientras atienden permanentemente el sufrimiento de otros; a los docentes universitarios que reconocen la importancia del autocuidado, pero encuentran dificultades para incorporarlo a su vida cotidiana; y a los pasantes de servicio social que deben

afrontar situaciones clínicas complejas sin contar siempre con el acompañamiento institucional necesario.

En todos estos escenarios reaparece una misma cuestión: cuidar a quienes cuidan, acompañar a quienes acompañan y construir condiciones para que el bienestar psicológico no dependa exclusivamente de los recursos individuales. Desde esta perspectiva, la obra desplaza la responsabilidad del bienestar desde una visión estrictamente personal hacia una comprensión más amplia, en la que también intervienen los vínculos, las instituciones y los contextos en los que transcurre la experiencia humana.

El capítulo sobre el síndrome de burnout en equipos de primera respuesta de Protección Civil documenta cómo la exposición constante a situaciones críticas, sin espacios adecuados para el procesamiento psíquico, puede producir afectaciones como consecuencia de una organización del trabajo que no incorpora suficientemente el bienestar subjetivo de quienes cuidan. En este sentido, el problema deja de ser exclusivamente individual para adquirir una dimensión estructural. El capítulo dedicado al cuidador, ese sujeto que cuida a otro sin que necesariamente alguien se pregunte quién lo cuida a él, profundiza en la misma dirección.

Ambos capítulos comparten la capacidad de interpretar el síntoma individual como expresión de una realidad cultural más amplia. Esta perspectiva se aproxima a lo que Morin denomina principio hologramático, según el cual cada parte contiene, de algún modo, al todo. El burnout del paramédico puede comprenderse, así como la expresión singular de una lógica colectiva que organiza el cuidado como un recurso permanentemente disponible, sin reconocer plenamente su costo subjetivo. Escuchar ese síntoma en el consultorio implica también escuchar algo de la cultura y de las condiciones institucionales en las que ese paramédico trabaja y vive.

A lo largo del texto adquieren especial relevancia la palabra, el vínculo y la experiencia como condiciones de la salud psíquica. El capítulo dedicado al psicoanálisis relacional formula esta cuestión con claridad teórica, apoyándose en Stephen Mitchell, Ferenczi, Stern y la tradición de los sistemas intersubjetivos. Desde esta perspectiva, la mente se constituye y se organiza en un contexto interhumano, dentro de la trama de vínculos significativos. La subjetividad se configura y también puede desorganizarse en relación con otro. Por ello, la clínica no se concibe únicamente como un espacio destinado a corregir conductas, sino como un encuentro intersubjetivo en el que pueden producirse nuevas formas de significar la experiencia.

Esta idea resuena a lo largo del libro, incluso en aquellos capítulos desarrollados desde marcos teóricos diferentes. El capítulo sobre primeros auxilios psicológicos en emergencias no trabaja necesariamente con conceptos como interpretación o transferencia, pero sí concede un lugar central a la presencia, la escucha y la contención, condiciones fundamentales para que una persona en crisis pueda comenzar a expresar y organizar aquello que le ocurrió. El capítulo sobre afrontamiento en pasantes de servicio social señala, asimismo, la relevancia del apoyo social percibido, entendido como la experiencia de no encontrarse solo frente al malestar. Por su parte, el capítulo sobre autocuidado docente muestra la importancia de integrar el cuidado como un valor personal y de disponer de redes de apoyo que permitan reconocer las propias necesidades y solicitar ayuda.

En todos estos casos aparece una idea común: nadie construye su bienestar completamente solo. Paulo Freire desarrolla esta dimensión relacional en *Pedagogía del oprimido* (1968), al situar la transformación humana en relación con los otros y con el mundo. Lo que emerge como condición de posibilidad del bienestar no se reduce, por tanto, a una técnica o un protocolo. También requiere

una relación que sostenga, reconozca y dé lugar a la experiencia subjetiva sin reducirla a un dato.

Aquello que no logra ser nombrado difícilmente puede tramitarse psíquicamente y puede permanecer expresándose mediante el síntoma. La función de la escucha clínica y, en un sentido más amplio, de toda relación genuina de cuidado consiste en crear condiciones para que algo pueda decirse, para que la experiencia vivida pueda transformarse en experiencia representada y para que el sujeto pueda construir, junto con otro, un lenguaje capaz de otorgar significado a su propia historia.

Donald Winnicott denominó espacio transicional a esa zona intermedia entre el mundo interno y la realidad externa, entre la fantasía y la realidad, donde el sujeto puede crear, explorar y jugar. Allí adquiere especial relevancia la formación del símbolo y la elaboración de la experiencia. Una de las preguntas más urgentes que debe formularse la psicología contemporánea, y que atraviesa el libro, consiste precisamente en determinar qué condiciones favorecen u obstaculizan la constitución de ese espacio en los diferentes escenarios donde se aborda la salud mental.

El libro incluye también un capítulo sobre microcredenciales y Psicología 5.0, dedicado al impacto de la inteligencia artificial en la práctica psicológica. Desde una perspectiva metodológicamente fundamentada, analiza cómo estas tecnologías están transformando los procesos de evaluación, diagnóstico, intervención y formación profesional, al tiempo que identifica una brecha entre determinados contenidos de la educación superior y las nuevas demandas profesionales.

La inteligencia artificial puede procesar grandes cantidades de información, identificar patrones, apoyar determinadas decisiones e incluso reproducir algunas formas lingüísticas asociadas con la escucha. Sin embargo, esta capacidad

plantea interrogantes fundamentales para la psicología: ¿qué ocurre con la presencia y con lo imprevisible del otro? ¿Puede una tecnología participar del proceso vincular mediante el cual se construyen con el paciente palabras todavía inexistentes para nombrar aquello que le ocurre? La eficacia técnica y la experiencia clínica constituyen dimensiones diferentes de un proceso terapéutico, aunque puedan encontrarse e interactuar.

Estas preguntas adquieren especial relevancia ante las transformaciones contemporáneas de la subjetividad. Desde una perspectiva clínica, puede plantearse que los cambios tecnológicos y culturales no solo modifican las formas de comunicación, sino también las maneras de relacionarse, experimentar, representar y elaborar el malestar. La aceleración, la disponibilidad permanente de información y la automatización de numerosas actividades pueden favorecer formas de relación caracterizadas por una mayor distancia afectiva, dificultades para habitar la interioridad y una creciente tendencia al automatismo.

Desde esta perspectiva, uno de los desafíos contemporáneos consiste en comprender el posible vaciamiento de la experiencia. Cuando disminuyen los espacios para detenerse, elaborar y representar lo vivido, puede dificultarse la simbolización. El sujeto corre entonces el riesgo de reproducir información en lugar de construir significados, descargar en lugar de elaborar y reaccionar en lugar de narrar. Esta distinción no constituye un juicio moral sobre la tecnología, sino una hipótesis clínica acerca de las transformaciones en los modos de subjetivación y, consecuentemente, en las formas actuales del padecimiento.

La diferencia entre el sujeto de la representación, capaz de simbolizar, elaborar y producir experiencia, y el usuario inmerso en dinámicas de reproducción y automatización permite formular una pregunta central para la psicología

contemporánea. Si cambian las formas mediante las cuales las personas se relacionan consigo mismas, con los demás y con el mundo, también pueden cambiar las formas mediante las cuales experimentan y expresan el sufrimiento.

Ese padecimiento aparece hoy en los consultorios, en las aulas, en las instituciones y en los espacios de cuidado. Se manifiesta en quienes cuidan sin encontrar condiciones suficientes para cuidarse, en los paramédicos que sostienen a otros sin disponer siempre de espacios donde ser sostenidos y en quienes, rodeados de conexiones e información, encuentran cada vez menos oportunidades para convertir lo vivido en una experiencia propia dotada de significado.

La obra responde a este padecimiento contemporáneo desde la multiplicidad de perspectivas que exige la complejidad del problema. Lo hace mediante evidencia empírica y lectura clínica, desde marcos conductuales y psicoanalíticos, a través de estudios de caso, investigaciones y revisiones sistemáticas. Esta diversidad parte del reconocimiento de que ningún paradigma, por sí solo, alcanza a comprender la totalidad de la experiencia humana.

La psicología que emerge de la práctica de las autoras y los autores de esta obra reconoce al paciente como interlocutor de un proceso compartido. Recupera, de este modo, la dimensión humana del encuentro psicológico. Existe una diferencia fundamental entre concebir al paciente como objeto de estudio y reconocerlo como sujeto de su propia experiencia, entre ser estudiado y ser escuchado, entre ser clasificado y ser acompañado. Esta distinción configura buena parte del horizonte ético que propone el libro.

Se perfila así una epistemología del cuidado, entendida como una forma de producir conocimiento que reconoce

la relación entre quien conoce y quien es conocido. Desde esta perspectiva, el conocimiento acerca del sujeto no puede desvincularse completamente de la historia y la subjetividad de quien lo escucha. No hay clínico sin historia, ni terapeuta ajeno a su propia subjetividad, del mismo modo que ningún equipo de primera respuesta puede sostener indefinidamente el cuidado de otros sin disponer de condiciones para atender también su propio bienestar.

En una época en la que la tecnología interviene cotidianamente en la organización de la atención, la percepción y los vínculos, resulta necesario pensar un bienestar psicológico capaz de preservar y reconstruir las condiciones para que la experiencia humana pueda acontecer, ser reconocida y adquirir significado. Frente al automatismo de la reacción, la psicología puede recuperar el tiempo de la elaboración; frente a la distancia afectiva, puede favorecer el encuentro; frente a aquello que todavía no encuentra palabras, puede abrir un espacio para su representación.

Como se planteó al inicio de este prólogo, la salud no constituye un estado definitivo, sino un proceso que necesita sostenerse. El malestar en la cultura no siempre puede eliminarse ni reducirse a algo que deba ser curado. También puede ser escuchado e interrogado mediante la palabra para comprender qué revela acerca de las formas de vivir, vincularse y padecer propias de una época.

Las psicólogas y los psicólogos que participan en este libro parecen compartir esa convicción. La expresan con la precisión de quienes diseñan una investigación, con la paciencia clínica necesaria para escuchar una historia y con la disposición para nombrar aquello que todavía no ha encontrado un lugar suficiente dentro de las instituciones y las prácticas profesionales.

Es precisamente esa convergencia la que convierte esta obra en una apuesta colectiva por una psicología capaz de investigar sin reducir, intervenir sin silenciar y cuidar sin desconocer la singularidad. Una psicología que encuentra en la diversidad de perspectivas no una debilidad, sino una posibilidad para comprender mejor aquello que constituye el centro de su tarea: la complejidad de lo humano.

Lic. Santiago Javier Blanco

INTRODUCCIÓN



Vivimos en una época en la que el cambio ha dejado de ser una circunstancia excepcional para convertirse en una condición permanente de la experiencia humana. Cambian las formas de comunicarnos, aprender, trabajar y relacionarnos; cambian las instituciones, las profesiones y los modos de construir vínculos; cambian las tecnologías con las que interpretamos el mundo y, con ellas, las exigencias que enfrentan las personas para adaptarse a escenarios cada vez más dinámicos. Sin embargo, mientras el entorno se transforma con una velocidad sin precedentes, permanece una pregunta esencial: ¿qué necesita una persona para conservar, recuperar o construir su bienestar psicológico en medio de esas transformaciones?

Esta pregunta adquiere especial relevancia porque el bienestar psicológico no puede entenderse como la simple ausencia de enfermedad, conflicto o sufrimiento. Tampoco constituye una condición estable que, una vez alcanzada, permanezca inalterable. Se construye y reconstruye a través de la relación entre recursos personales, vínculos significativos, condiciones sociales, experiencias vitales, oportunidades de desarrollo y contextos institucionales. Una enfermedad crónica, una emergencia, la sobrecarga laboral, una experiencia de abandono, una crisis emocional, las demandas de la formación profesional o una transformación tecnológica pueden modificar profundamente ese equilibrio y obligar a la persona a reorganizar sus recursos para responder a una nueva realidad.

Esta obra parte de una comprensión amplia de la psicología y reúne diferentes perspectivas teóricas, metodológicas y profesionales para examinar algunos de los desafíos que atraviesan actualmente la salud mental y el desarrollo humano. Más que presentar el bienestar como un concepto abstracto, los capítulos lo sitúan allí donde verdaderamente adquiere significado: en la vida cotidiana

de personas concretas, enfrentadas a enfermedades, crisis, exigencias laborales, procesos educativos, situaciones de vulnerabilidad, responsabilidades de cuidado y transformaciones sociales y tecnológicas.

Esta diversidad constituye uno de los principales valores de la obra. Sus capítulos permiten transitar desde la experiencia de quienes viven con una enfermedad crónica hasta la realidad de estudiantes universitarios que atraviesan situaciones de vulnerabilidad psicológica; desde el desgaste de quienes trabajan en primera línea ante las emergencias hasta las necesidades emocionales de quienes cuidan a otros; desde la identificación de las altas capacidades intelectuales hasta las huellas que puede dejar el abandono durante la infancia; desde las intervenciones conductuales-contextuales hasta el psicoanálisis relacional; y desde el autocuidado profesional hasta los nuevos escenarios formativos asociados con la inteligencia artificial y la Psicología 5.0. Esta amplitud temática, lejos de fragmentar la obra, revela las múltiples dimensiones desde las cuales puede ser interrogado el bienestar humano.

El primer capítulo aborda la autonomía funcional y la calidad de vida de las personas con asma, mostrando que una enfermedad crónica no puede comprenderse exclusivamente a partir de sus manifestaciones fisiológicas. Vivir con una condición de salud supone también reorganizar rutinas, desarrollar conductas adaptativas, interpretar estímulos, enfrentar limitaciones y preservar niveles de independencia que inciden directamente en la percepción de calidad de vida. La dimensión psicológica aparece así estrechamente vinculada con la experiencia corporal y con la capacidad de la persona para desenvolverse en su entorno.

La obra se aproxima posteriormente a uno de los fenómenos más sensibles de la salud mental contemporánea: la

ideación suicida en estudiantes universitarios. El análisis de su magnitud, los factores de riesgo, la vulnerabilidad psicosocial, los modelos explicativos y las posibilidades de evaluación e intervención sitúa el problema más allá de interpretaciones simplificadoras. Comprender la conducta suicida exige reconocer la convergencia de factores individuales, emocionales, sociales y contextuales, así como fortalecer mecanismos de identificación temprana y estrategias de intervención sustentadas en evidencia.

La atención se desplaza después hacia quienes trabajan precisamente en escenarios donde la crisis y el sufrimiento forman parte de la actividad cotidiana. El estudio del síndrome de burnout en equipos de primera respuesta de Protección Civil evidencia una paradoja fundamental del cuidado: quienes sostienen a otros también pueden necesitar ser sostenidos. La exposición continua a emergencias, pérdidas, accidentes, sufrimiento y situaciones potencialmente traumáticas puede generar un importante desgaste emocional. Por ello, cuidar la salud mental de estos profesionales no constituye solamente una cuestión individual, sino una responsabilidad institucional vinculada directamente con la calidad y sostenibilidad de los servicios que prestan.

Esta preocupación por las diferencias individuales y por la necesidad de evaluaciones capaces de reconocer la complejidad de cada persona también aparece en el estudio de las altas capacidades intelectuales mediante el WISC-IV. La obra invita a superar interpretaciones reduccionistas basadas exclusivamente en un coeficiente intelectual total y a considerar la heterogeneidad de los perfiles cognitivos. Evaluar implica interpretar, contextualizar y reconocer que detrás de una puntuación existe una configuración particular de capacidades, fortalezas y necesidades que no siempre puede ser expresada adecuadamente mediante un único indicador.

Otra dimensión fundamental aparece en el análisis de los tratamientos conductuales-contextuales dirigidos a personas que viven con VIH. En este escenario, el bienestar psicológico se encuentra atravesado por la experiencia de una condición de salud que puede involucrar procesos emocionales, sociales y relacionales complejos. Las intervenciones psicológicas adquieren entonces especial relevancia para favorecer procesos de adaptación, aceptación y construcción de estrategias que permitan responder de manera más flexible a las dificultades asociadas con la enfermedad y con sus implicaciones en la vida cotidiana.

Los contextos formativos constituyen igualmente espacios en los que las exigencias pueden convertirse en importantes fuentes de tensión psicológica. El estudio de las estrategias de afrontamiento y la salud mental en pasantes de servicio social permite analizar las relaciones entre estrés, ansiedad, depresión y recursos adaptativos. La formación profesional no ocurre al margen de la experiencia emocional de quienes la transitan. Por el contrario, las demandas académicas y asistenciales, la exposición a situaciones complejas y la necesidad de responder progresivamente a responsabilidades profesionales convierten el afrontamiento y el apoyo social en componentes esenciales para la adaptación psicológica.

La mirada se dirige también hacia una realidad particularmente sensible: las huellas psíquicas del abandono en infancias institucionalizadas. Este análisis introduce una dimensión indispensable para comprender el bienestar: la importancia del vínculo en la constitución subjetiva. La protección material, aunque imprescindible, no agota las necesidades psicológicas de un niño. La experiencia de sentirse reconocido, escuchado, acompañado y emocionalmente sostenido desempeña un papel decisivo en su desarrollo. Comprender las

manifestaciones clínicas asociadas con el abandono requiere, por tanto, aproximarse a la historia singular del sujeto y a las formas mediante las cuales intenta elaborar experiencias que muchas veces anteceden incluso a su capacidad para nombrarlas.

La pregunta por el cuidado reaparece desde otra perspectiva cuando la obra examina el apoyo emocional y la empatía en el rol del cuidador. Cuidar implica disponibilidad, responsabilidad y compromiso, pero también puede generar desgaste cuando las necesidades de quien ofrece el cuidado quedan permanentemente desplazadas. La salud psicológica del cuidador adquiere entonces una relevancia que trasciende su bienestar individual, pues influye igualmente en la calidad de la relación de cuidado. Reconocer sus necesidades, fortalecer sus recursos emocionales y desarrollar redes de apoyo constituye una condición necesaria para evitar que el acto de cuidar termine produciendo agotamiento.

Una lógica semejante se encuentra en los primeros auxilios psicológicos aplicados a emergencias prehospitalarias por accidentes de tránsito. En los primeros momentos posteriores a un acontecimiento crítico, la intervención psicológica puede contribuir a disminuir la desorganización emocional, favorecer la percepción de seguridad y facilitar formas iniciales de afrontamiento. La escucha, la orientación y la contención adquieren en estas circunstancias una importancia particular. La atención integral de una emergencia no puede limitarse únicamente a las lesiones visibles; debe considerar también el impacto psicológico que el acontecimiento produce en quienes lo experimentan.

El autocuidado en docentes de nivel superior amplía nuevamente esta reflexión. Las instituciones educativas suelen concentrar sus esfuerzos en los resultados de aprendizaje, la productividad académica, la investigación

y las responsabilidades administrativas, pero detrás de esas funciones existen profesionales expuestos a múltiples demandas simultáneas. El autocuidado no debería comprenderse como una práctica secundaria ni como una responsabilidad exclusivamente individual. Supone reconocer límites, necesidades y recursos, pero también construir ambientes institucionales que hagan posible el bienestar y prevengan procesos de agotamiento.

Junto con estos desafíos, la psicología enfrenta una transformación que probablemente modificará profundamente su ejercicio profesional durante los próximos años. La inteligencia artificial, la automatización y las nuevas tecnologías están alterando los procesos de formación, evaluación, acceso a la información y desarrollo de competencias. El análisis de las microcredenciales como estrategia de formación continua en el contexto de la Psicología 5.0 introduce esta problemática desde la relación entre educación superior y mercado laboral. La velocidad de los cambios tecnológicos exige profesionales capaces de actualizar permanentemente sus conocimientos, pero también obliga a las instituciones universitarias a reconsiderar cómo forman, certifican y acompañan el desarrollo de nuevas competencias.

La innovación tecnológica plantea, además, interrogantes que trascienden la adquisición de habilidades instrumentales. La psicología trabaja con experiencias humanas, significados, emociones, vínculos y subjetividades. Por ello, incorporar nuevas tecnologías exige preguntarse no solamente qué puede automatizarse, sino también qué dimensiones de la práctica requieren presencia humana, juicio profesional, sensibilidad ética y comprensión contextual. El desafío consiste en aprovechar las posibilidades de la innovación sin reducir la complejidad de la experiencia psicológica a aquello que puede ser medido, procesado o reproducido mediante sistemas tecnológicos.

Finalmente, la relevancia del otro significativo en la organización de la subjetividad, abordada desde el psicoanálisis relacional, conduce hacia uno de los ejes más profundos de la obra: la dimensión intersubjetiva de la experiencia humana. La persona no se constituye de manera aislada. Los vínculos participan en la formación de significados, en la construcción de la identidad y en las formas mediante las cuales se experimentan la seguridad, la pérdida, el reconocimiento y el sufrimiento. Esta perspectiva permite comprender que el bienestar psicológico posee una dimensión esencialmente relacional: necesitamos recursos propios, pero también necesitamos vínculos capaces de ofrecer reconocimiento, contención y posibilidades de transformación.

Los doce capítulos configuran así un recorrido que atraviesa diferentes momentos, escenarios y expresiones de la experiencia psicológica. No pretenden imponer una única definición de bienestar ni reducir la diversidad de la psicología a un paradigma exclusivo. Por el contrario, la coexistencia de investigaciones empíricas, aproximaciones clínicas, perspectivas conductuales, análisis psicoanalíticos, estudios sobre salud, educación, emergencias y tecnología permite reconocer que los problemas contemporáneos requieren miradas capaces de dialogar sin perder su especificidad.

De esta convergencia emerge una idea fundamental: el bienestar psicológico no depende únicamente de la capacidad individual para adaptarse. Existen contextos que protegen y contextos que vulneran; instituciones que acompañan y otras que pueden incrementar la sobrecarga; vínculos que sostienen y experiencias relacionales que dejan huellas; estrategias personales que favorecen el afrontamiento y circunstancias que pueden superar temporalmente los recursos disponibles. Una psicología comprometida con el bienestar necesita, por ello,

comprender simultáneamente al individuo y al contexto en el que su experiencia adquiere sentido.

Esta perspectiva obliga también a reconsiderar el significado de la intervención. Intervenir no consiste exclusivamente en actuar cuando el sufrimiento ya se ha instalado. Significa prevenir, identificar factores de riesgo, fortalecer recursos, construir redes de apoyo, transformar prácticas institucionales, desarrollar competencias profesionales y generar conocimiento capaz de orientar decisiones. Significa también reconocer cuándo una persona necesita ser escuchada antes que clasificada, acompañada antes que apresurada hacia una solución y comprendida dentro de su historia antes que reducida a un conjunto de síntomas.

En ese sentido, la evidencia científica y la sensibilidad frente a la experiencia humana no representan caminos contrapuestos. Constituyen dimensiones necesarias de una psicología rigurosa y, al mismo tiempo, profundamente consciente del sujeto con el que trabaja. Investigar permite identificar patrones, evaluar intervenciones, contrastar hipótesis y generar conocimiento sistemático; escuchar permite comprender cómo esos fenómenos adquieren significado en una vida singular. La fortaleza de la disciplina reside precisamente en su capacidad para articular ambas dimensiones.

Bienestar psicológico en contextos de cambio: evidencias e intervenciones se propone contribuir a ese diálogo. Sus capítulos muestran que hablar de bienestar significa hablar de autonomía, afrontamiento, prevención, cuidado, vínculos, salud, educación, subjetividad, intervención, tecnología y transformación. Significa preguntarse no solamente por aquello que produce sufrimiento, sino también por las condiciones que permiten a las personas reorganizar su experiencia, desarrollar recursos y continuar construyendo proyectos de vida en circunstancias cambiantes.

La obra está dirigida a estudiantes, docentes, investigadores, psicólogos y profesionales vinculados con la salud, la educación y las ciencias sociales. Sin embargo, las preguntas que plantea exceden los límites de una disciplina. ¿Cómo cuidamos a quienes cuidan? ¿Cómo acompañamos a quienes atraviesan una crisis? ¿Cómo reconocemos necesidades que no siempre son visibles? ¿Cómo construimos instituciones que no conviertan la adaptación permanente en una exigencia individual? ¿Cómo incorporamos la tecnología sin perder la dimensión humana del encuentro? ¿Cómo transformamos el conocimiento científico en intervenciones capaces de producir cambios significativos en la vida de las personas?

Responder definitivamente a estas preguntas probablemente no sea posible, y quizá tampoco sea deseable. La psicología avanza precisamente porque continúa interrogando aquello que parece conocido y porque cada transformación social introduce nuevas formas de vivir, relacionarse, sufrir, afrontar y construir bienestar. Lo que sí resulta posible es generar mejores preguntas, producir evidencia más rigurosa, desarrollar intervenciones responsables y sostener una práctica profesional capaz de reconocer la complejidad de cada contexto.

Ese es el horizonte desde el cual invitamos a recorrer las páginas que siguen. No como una colección aislada de investigaciones, sino como distintas aproximaciones a una misma preocupación: comprender qué ocurre con el ser humano cuando su realidad cambia y qué puede aportar la psicología para acompañarlo en ese proceso.

Porque los contextos cambian, las tecnologías cambian, las instituciones cambian y también cambian las formas en que las personas experimentan el mundo. En medio de esas transformaciones, el bienestar psicológico no puede concebirse simplemente como la capacidad de resistir.

También implica encontrar recursos para comprender lo vivido, construir vínculos, reconocer límites, pedir ayuda, recuperar autonomía, elaborar el sufrimiento y producir nuevas posibilidades de existencia.

Comprender esos procesos constituye uno de los grandes desafíos de la psicología contemporánea. Contribuir a hacerlos posibles constituye, también, una de sus mayores responsabilidades.

Las Coordinadoras:

Yesenia Peralta Jiménez

Gladys de los Ángeles Romero Aguirre

Aline Aleida del Carmen Campos Gómez



01.

Asma y vida diaria: Análisis de la autonomía funcional y su impacto en la calidad de vida

Tania Lizeth Torres Mares

Yesenia Peralta Jiménez

María Antonia
Jiménez Santos

1.1. Autonomía funcional y calidad de vida en personas con asma

El asma bronquial es una enfermedad crónica que se manifiesta principalmente por sibilancias, tos, sensación de opresión en el pecho y dificultad para respirar. Estos síntomas son consecuencia de la hiperactividad e inflamación de las vías respiratorias, procesos que generan una limitación variable del flujo de aire (García González et al., 2025).

En México, el asma continúa siendo un problema de salud pública debido a su alta prevalencia. En los últimos años, profesionales de la salud e instituciones académicas han impulsado diversos esfuerzos para analizar, actualizar y fortalecer el conocimiento sobre esta patología, con el fin de mejorar su diagnóstico y tratamiento (Larenas-Linnemann et al., 2021).

Desde una perspectiva clínica contemporánea, el asma se reconoce como una enfermedad heterogénea en la que intervienen diferentes mecanismos inflamatorios, características fenotípicas, factores ambientales y respuestas individuales al tratamiento. Porsbjerg et al. (2023) destacan que esta heterogeneidad tiene implicaciones directas para el diagnóstico, la evaluación de la gravedad y la selección terapéutica. Por ello, el manejo actual requiere superar una visión uniforme de la enfermedad y considerar las características particulares de cada paciente, especialmente en aquellos casos donde persisten los síntomas, se producen exacerbaciones frecuentes o existe una respuesta insuficiente al tratamiento convencional.

En esta misma dirección, Quek et al. (2025) señalan que el desarrollo de la medicina de precisión ha permitido avanzar hacia una caracterización más específica del asma mediante el empleo de biomarcadores. Estos indicadores pueden contribuir a identificar mecanismos biológicos subyacentes, diferenciar fenotipos y endotipos, estimar riesgos y orientar la selección de determinadas terapias. Esta perspectiva resulta especialmente relevante en pacientes con enfermedad grave o de difícil control, debido a que la identificación de características inflamatorias específicas puede favorecer decisiones terapéuticas más individualizadas y

un seguimiento clínico ajustado a las necesidades de cada persona.

El deterioro de la salud física es uno de los principales determinantes de la calidad de vida en personas con asma. Manifestaciones como tos persistente, sibilancias y disnea interfieren con actividades tan simples como caminar, trabajar o realizar ejercicio. La evidencia muestra que los casos de asma grave se asocian con una calidad de vida deteriorada; sin embargo, una educación adecuada sobre la enfermedad y un seguimiento médico continuo son fundamentales para mejorar el control y, en consecuencia, el bienestar de las personas afectadas.

Marco Bueno et al. (2025) profundizan en esta relación al señalar que las repercusiones del asma no se limitan a las manifestaciones respiratorias, sino que alcanzan diferentes dimensiones de la vida cotidiana. Las crisis, las restricciones para realizar determinadas actividades, la necesidad de tratamiento y la preocupación asociada a la aparición de nuevos episodios pueden modificar la percepción de bienestar y limitar el desenvolvimiento habitual. De esta manera, la calidad de vida constituye un indicador relevante para valorar integralmente las consecuencias de la enfermedad, debido a que permite considerar aspectos que no siempre quedan reflejados exclusivamente mediante parámetros clínicos.

La calidad de vida, además, debe comprenderse desde una perspectiva multidimensional. Angelucci y Rodríguez Chávez (2024) muestran que la satisfacción con la vida se encuentra relacionada con variables personales y conductuales, entre ellas los estilos de vida, el optimismo, el pesimismo y la edad, con diferencias según el sexo. Aunque su investigación no se centra específicamente en personas con asma, sus aportaciones permiten



comprender que el bienestar subjetivo no depende únicamente del estado físico. En personas con enfermedades crónicas, esta perspectiva resulta pertinente para analizar cómo las condiciones de salud interactúan con recursos psicológicos, comportamientos cotidianos y características individuales que pueden favorecer o dificultar la adaptación.

Lugo (2024) identificó la prevalencia del asma en seis ciudades mexicanas y esta osciló entre 5 % y 14 %, lo que reafirma la magnitud del problema en el país. De manera complementaria, García (2024) reportó que, aunque pacientes y médicos mexicanos consideraban que la enfermedad estaba bajo control, los resultados del Test de Control del Asma (ACT) mostraron lo contrario: el 82 % de los pacientes obtuvo una puntuación menor a 20, un indicador claro de control inadecuado. Los síntomas nocturnos no solo interrumpen el descanso, sino que generan alteraciones significativas del sueño, afectando de forma importante la calidad de vida de quienes viven con asma.

La relación entre asma y sueño ha recibido particular atención debido a que las manifestaciones nocturnas pueden constituir una expresión importante del control insuficiente de la enfermedad. Rodrigues et al. (2024) analizaron la influencia de los ataques nocturnos de asma sobre parámetros del sueño y marcadores inflamatorios, mostrando la relevancia de considerar el descanso nocturno dentro de la evaluación integral del paciente. Esta relación adquiere especial importancia porque la alteración del sueño puede repercutir durante el día en el funcionamiento físico, el estado de ánimo y la capacidad para desarrollar actividades habituales, ampliando

las consecuencias de la enfermedad más allá del episodio respiratorio propiamente dicho.

Fernández et al. (2024) definieron el asma difícil de controlar como aquella que persiste a pesar del uso de dosis medias o altas de esteroides inhalados, o que exige la utilización de dosis elevadas para mantener cierta estabilidad. En contraste, el asma grave se diagnostica cuando, aun con un tratamiento ajustado, una adecuada adherencia y el empleo de múltiples fármacos en dosis máximas, no es posible alcanzar el control de los síntomas.

Venancio et al. (2022) advierten que la evaluación del asma difícil de tratar y del asma grave requiere un abordaje diagnóstico cuidadoso antes de atribuir la persistencia de los síntomas únicamente a la gravedad intrínseca de la enfermedad. En este proceso resulta necesario considerar aspectos relacionados con la adherencia terapéutica, la técnica de utilización de los dispositivos, la exposición a factores desencadenantes y la presencia de comorbilidades. Esta valoración permite reconocer factores potencialmente modificables y contribuye a evitar que un control deficiente sea interpretado automáticamente como una forma grave de asma.

En concordancia con este enfoque, la Global Initiative for Asthma (2025) plantea que el manejo debe sustentarse en un proceso continuo de evaluación, tratamiento y revisión de la respuesta obtenida. El control de los síntomas y la prevención de exacerbaciones constituyen objetivos esenciales, pero deben acompañarse de educación del paciente, correcta utilización de los inhaladores, adherencia al tratamiento, identificación de factores de riesgo y participación activa de la persona en el manejo de su enfermedad. De esta forma, el tratamiento adquiere una dimensión

integral que incorpora tanto los indicadores clínicos como las condiciones que determinan el funcionamiento cotidiano y el bienestar.

Cherif y Mokadde (2025) destacaron que el asma, además de ser una enfermedad crónica de alta frecuencia en México, implica costos directos relacionados con medicamentos, consultas y hospitalizaciones. A ello se suman los costos indirectos, derivados principalmente de la pérdida de productividad y el ausentismo laboral, lo que evidencia el impacto económico y social de esta patología.

Estas dificultades pueden intensificarse en poblaciones con acceso limitado a servicios sanitarios. Patel (2025) señala que el manejo del asma en contextos con recursos limitados enfrenta obstáculos relacionados con la infraestructura sanitaria, el conocimiento sobre la enfermedad y el acceso a medicamentos. En estas circunstancias, las estrategias de diagnóstico, tratamiento y seguimiento deben ser factibles y adaptarse a las posibilidades reales de los pacientes y de los sistemas de salud. Esta perspectiva adquiere importancia para estudios desarrollados en comunidades donde las condiciones socioeconómicas y la disponibilidad de recursos pueden influir tanto en el control de la enfermedad como en la autonomía de las personas afectadas.

El estilo de vida constituye igualmente un componente que debe considerarse en el manejo integral del asma. Wood (2017) analiza la relación existente entre dieta, obesidad e inflamación respiratoria y señala que los patrones alimentarios de baja calidad, caracterizados por un consumo elevado de grasas saturadas y alimentos procesados y una ingesta reducida de fibra, frutas, vegetales y antioxidantes, pueden

favorecer un entorno proinflamatorio. Asimismo, la obesidad se relaciona con una mayor morbilidad por asma y con una disminución de la calidad de vida, lo que respalda la necesidad de considerar tanto la cantidad como la calidad de los alimentos dentro de las estrategias dirigidas a mejorar la salud general de estos pacientes.

En relación con componentes específicos de la alimentación, Thomann et al. (2024) evaluaron mediante una revisión sistemática la efectividad del consumo de frutas y vegetales sobre los síntomas y episodios asmáticos. Los autores identificaron tres ensayos clínicos aleatorizados que reunieron 197 participantes y observaron una disminución de los síntomas según el Asthma Control Questionnaire, aunque el efecto no alcanzó significación estadística. Los hallazgos sugieren posibles cambios favorables asociados al consumo de frutas y vegetales, pero también evidencian la necesidad de realizar nuevos ensayos clínicos que permitan incrementar la solidez de la evidencia disponible.

Con base en lo previamente expuesto, se realizó un estudio en dos comunidades del estado de Tabasco, México, con el objetivo de analizar la calidad de vida y el nivel de funcionalidad en las actividades de la vida diaria de personas que viven con asma. La importancia del estudio radica en que sus resultados permitirán identificar áreas de mejora desde los ámbitos de la enfermería y la psicología, al analizar el impacto del asma sobre el bienestar emocional y la calidad de vida de las personas que la padecen. Esta información contribuirá al desarrollo de estrategias de autocuidado y apoyo psicológico orientadas a fortalecer el afrontamiento de la enfermedad, la adaptación emocional y la adherencia al tratamiento, favoreciendo una atención integral



centrada en las necesidades reales de las personas con asma.

Para lograr el objetivo planteado, se diseñó un estudio con enfoque cuantitativo, de carácter observacional, transversal y correlacional, lo que permitió obtener una visión amplia y objetiva del estado actual de la población participante.

El asma, como enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias, impacta de manera significativa la calidad de vida de quienes la padecen, pues los síntomas recurrentes como disnea, tos y sibilancias limitan la autonomía funcional y restringen la realización de actividades cotidianas, generando dependencia y afectando el bienestar integral. La autonomía funcional, entendida como la capacidad de ejecutar tareas básicas y complejas sin asistencia, se ve comprometida en personas asmáticas, lo que repercute en su participación social y en la percepción de control sobre la propia vida (Fernández et al., 2024).

En conjunto, estas evidencias permiten comprender que el impacto del asma no puede evaluarse únicamente mediante la presencia o ausencia de síntomas respiratorios. Su estudio requiere integrar el grado de control de la enfermedad, la autonomía funcional, el sueño, la alimentación, las características individuales, los recursos psicológicos, las condiciones socioeconómicas, la adherencia terapéutica y la percepción de calidad de vida. Esta perspectiva integral resulta particularmente pertinente para la enfermería y la psicología, pues ambas disciplinas pueden contribuir a identificar necesidades que trascienden el tratamiento farmacológico y favorecer estrategias de autocuidado, adaptación y acompañamiento orientadas a preservar la

independencia y el bienestar de las personas que viven con asma.

Además, el asma no solo condiciona la dimensión física, sino también la emocional y social, ya que las personas reportan sentimientos de frustración, miedo e incluso aislamiento, lo que incrementa la carga psicosocial y disminuye la calidad de vida global. En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial al promover estrategias de autocuidado, educación en salud y acompañamiento emocional, que fortalecen la adherencia terapéutica y favorecen la conservación de la autonomía funcional, reduciendo la dependencia y mejorando la percepción de bienestar.

Así, el análisis de la relación entre asma, autonomía funcional y calidad de vida permite comprender que la atención integral debe considerar no solo el control clínico de la enfermedad, sino también la dimensión psicosocial y el fortalecimiento de la capacidad de los pacientes para desenvolverse en la vida diaria.

La mortalidad hospitalaria por asma en México es baja (0.09% entre 2020 y 2024), sin embargo, cada fallecimiento se considera prevenible, lo que subraya la necesidad de fortalecer la atención, el seguimiento clínico y las estrategias de prevención (García González et al., 2025).

Desde esta perspectiva, mejorar el nivel de funcionalidad de las personas que viven con asma implica reforzar la implementación de las guías de manejo vigentes, garantizar el acceso oportuno a tratamientos eficaces y promover una atención individualizada, centrada en lograr un adecuado control de la enfermedad.

En este sentido, es importante reiterar que el asma afecta de manera significativa la calidad de vida,



con repercusiones en la salud física, emocional, social y ocupacional. Como señalan Angeles Garay et al. (2020), el asma no controlada se relaciona significativamente con una peor calidad de vida, debido a que sus manifestaciones y las dificultades asociadas a su manejo repercuten en el bienestar y las actividades cotidianas de los pacientes.

No obstante, cuando el paciente recibe un tratamiento constante y adopta cambios específicos en su rutina diaria, es posible observar una mejoría notable en su bienestar (National Institute of Health, 2025).

El asma grave en población joven no solo representa un desafío médico, sino también un problema psicosocial que requiere intervenciones integrales. La inclusión de apoyo psicológico, psicoeducación y estrategias para la integración social pueden disminuir el riesgo de depresión y aislamiento (Leanne-jo, 2025). Dicho aislamiento impacta de manera negativa las relaciones interpersonales, limita la participación en actividades recreativas y afecta el rendimiento laboral y académico, lo que incrementa su repercusión ocupacional (Organización Mundial de la Salud, 2026).

A nivel global, se estima que más de 339 millones de personas viven con asma. Su prevalencia es mayor en niños y adolescentes (alrededor del 10.5%), mientras que en adultos oscila entre el 6% y 7 %, con un incremento significativo en países de ingresos bajos y medios. Para evaluar de manera adecuada la enfermedad, se consideran dos aspectos clave: el control actual, que incluye la frecuencia de los síntomas, el uso de medicación de rescate y la función pulmonar; y por otro lado el riesgo futuro, relacionado con la posibilidad de presentar crisis, requerir hospitalizaciones

o experimentar un deterioro progresivo en la capacidad respiratoria (Cano-Salas, 2022).

Aunque existen tratamientos eficaces, lograr un control estable no siempre es posible. Factores sociales, económicos y contextuales pueden influir en el acceso oportuno a los servicios de salud y en la adherencia terapéutica, dificultando la estabilidad clínica de los pacientes (Antoñón et al., 2023).

Se ha demostrado que la actividad física contribuye de manera positiva a varias dimensiones del asma: mejora la calidad de vida, favorece el control de los síntomas, fortalece la función pulmonar y aumenta la capacidad física. Actividades como el ejercicio aeróbico, la yoga, los ejercicios de respiración y el entrenamiento acuático ofrecen beneficios específicos (Liu et al., 2025). Así mismo, el consumo regular de frutas y verduras ha mostrado efectos positivos como estrategia complementaria, por lo que se recomienda promover hábitos alimenticios saludables.

De igual forma la terapia biológica ha demostrado una notable eficacia en el control clínico y funcional del asma grave. Este tipo de tratamiento reduce la frecuencia de las exacerbaciones, evita visitas a urgencias y disminuye la necesidad de corticoides sistémicos, lo que representa una alternativa eficaz y segura para quienes no logran un adecuado control con inhaladores a dosis altas (Fernández et al., 2024).

Por último, la identificación y reducción de factores desencadenantes como alérgenos, humo de tabaco y contaminación ambiental resulta esencial para mantener la estabilidad de las personas con asma (National Institute of Health, 2025).



1.2. Impacto del asma en la autonomía funcional y la calidad de vida

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, observacional, transversal y correlacional, no experimental, realizado en dos comunidades de Tabasco, cuya población es de 3,961. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia integrada por 30 personas con diagnóstico de asma de los cuales 14 son hombres y 16 mujeres, con edades que oscilan entre 12- 69 años.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo del 1 al 27 de noviembre del 2025, mediante Google Forms. Cada participante firmó un consentimiento informado donde se detalló los instrumentos utilizados como las garantías de confidencialidad y anonimato. En el estudio participaron sólo las personas con diagnóstico de asma y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Los instrumentos se aplicaron en tres etapas. En la primera de ellas se utilizó la escala de Actividades de la Vida Diaria London (LCADL por sus siglas en inglés), integrado por 15 ítems que evalúan la dificultad de respiración percibida y la limitación funcional en los pacientes con enfermedades crónicas durante la realización de las actividades cotidianas. Contiene cuatro dimensiones: autocuidado; actividades domésticas; actividades físicas y actividades de ocio. Cada ítem se evalúa con una escala de 0-5. El puntaje total oscila entre 0-75, a mayor puntaje mayor limitación funcional durante las actividades de la vida diaria.

En la segunda fase se aplicó el Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) de Juniper, un instrumento diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con Asma. Está compuesto por 32 ítems

distribuidos en cuatro dimensiones: limitación de las actividades habituales (11 ítems), síntomas (12 ítems), función emocional (5 ítems) y estímulos ambientales (4 ítems). Cinco de los ítems que integran la dimensión de actividades habituales son personalizadas a partir de las actividades que la persona realiza con mayor frecuencia en su vida cotidiana. Para seleccionarla, el paciente identifica de manera espontánea aquellas actividades que considera más representativas, apoyándose en un listado de actividades comunes proporcionado por el cuestionario; una vez elegidas, estas actividades específicas se mantienen sin cambios durante toda la aplicación del instrumento quien escoge estas actividades de forma espontánea y después de consultar un listado de actividades frecuentes que proporciona el cuestionario. Estas actividades específicas se mantienen durante la administración del instrumento. La puntuación se basa en una escala Likert de 1-7 puntos para cada ítem.

En la tercera fase se realizó una entrevista, del modo fisiológico de oxigenación que evalúa todo lo relacionado con la capacidad del organismo para mantener un adecuado intercambio gaseoso y transporte de oxígeno, su objetivo es identificar si la persona presenta conductas adaptativas (respiración eficaz, buena oxigenación) o conductas ineficaces (disnea, hipoxemia, fatiga respiratoria). Está integrada por 12 preguntas que evalúan el estado de respiración de las personas en los últimos seis meses o si ha estado en contacto de humo de tabaco o de leña se integró de la Guía de Valoración de Conductas y Estímulos del Adulto a través de Modelo De Roy, que evalúa a la persona como un sistema adaptativo a través de la recolección de datos sobre conductas (primer nivel) y estímulos (focal, contextual y residual) en cuatro modos: físico, autoconcepto, función del



rol e interdependencia. Esta herramienta busca identificar respuestas adaptativas o ineficaces para planificar cuidados.

La guía se organiza en dos valoraciones. Valoración de conductas (1er Nivel): observación directa de las respuestas de la persona en cuatro áreas críticas, modo fisiológico; oxigenación, nutrición, eliminación, actividad/descanso y protección, modo de autoconcepto (grupo- identidad); necesidades físicas y psíquicas del ser, modo de función del rol; ejecución de roles sociales y tareas, modo de interdependencia; relaciones de apoyo y afecto. valoración de estímulos (2do nivel): identificación de factores que provocan la conducta, focal; el estímulo inmediato que enfrenta de la persona, contextual; estímulos ambientales presentes, residual; creencias o experiencias pasadas que afectan a la persona.

El modelo facilita la identificación de diagnósticos de enfermería, como la “autogestión ineficaz de la salud”, y contribuye al diseño de planes de cuidados individualizados, ajustados a las necesidades específicas de cada persona. Una vez obtenidos los datos, estos fueron procesados y analizados mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 21 (IBM Corp., 2021).

En el estudio participaron 30 personas (n) participantes con diagnóstico de asma: 46.7% (14) hombres y 53.3% (16) mujeres. La edad osciló entre 12 y 69 años.

Los resultados del instrumento LCACL muestran que la mayoría de los participantes tiene una percepción de disnea ausente o moderada en las actividades de autocuidado y ocio, sin embargo, un 43% siente ahogo moderado al ponerse los zapatos o calcetines. En promedio el 40% de las personas participantes reportó disnea de

moderada a intensa durante la realización de las tareas doméstica. Las actividades que requieren esfuerzo sostenido con brazos por encima de la cintura o movimientos repetidos fueron las que concentraron con mayor frecuencia episodios de disnea moderada a intensa y un aumento en la dependencia funcional.

En particular un 76.6 % refirió presentar dificultades de moderadas a intensas al limpiar o secar polvo, y un 16.7% manifestó incapacidad para realizar estas tareas o necesidad de recibir ayuda. En cuanto a las actividades físicas, la sensación de disnea de moderada a intensa se elevó hasta el 86.6%, especialmente al subir escaleras, agacharse o inclinarse, aspirar o barrer, registrándose incluso algunos casos de imposibilidad para realizar estas actividades. De manera global, el 56.7% de las personas participantes percibió que su respiración afecta de manera importante sus actividades habituales, en contraste con el 43.3% que reportó una afectación leve. Estos datos evidencian un impacto significativo de la dificultad respiratoria en la autonomía y el desempeño cotidiano, como se muestra en la tabla 1.1.

Tabla 1.1. Impacto funcional por LCADL por actividad (n=30).

Actividad (dominio)	Datos	Fr	%
Autocuidado	Ponerse los Zapatos o Calcetines		
	No siento ahogo	1	46.3
	Siento moderado ahogo	1	43.3
	Siento mucho ahogo	1	3.3
	No puedo hacerlo de ninguna manera	1	3.3
	Necesito que otra persona lo haga por mi	2	3.3



Domésticas	Limpiar y secar el Polvo		
	No siento ahogo	2	6.7
	Siento moderado ahogo	13	43.3
	Siento mucho ahogo	10	33.3
	No puedo hacerlo de ninguna manera	2	6.7
	Necesito que otra persona lo haga por mi	3	10.0
	Aspirar /Barrer		
	No lo haría de ninguna manera	1	3.3
	No siento ahogo	4	13.3
	Siento moderado ahogo	13	43.3
	Siento mucho ahogo	8	26.7
	No puedo hacerlo de ninguna manera	2	6.7
Físicas	Subir escaleras		
	No lo haría de ninguna manera	1	3.3
	No siento ahogo	2	6.7
	Siento moderado ahogo	13	43.3
	Siento mucho ahogo	13	43.3
	No puedo hacerlo de ninguna manera	1	3.3
	Agacharse o inclinarse		
	No siento ahogo	10	33.3
	Siento moderado ahogo	14	46.7
	Siento mucho ahogo	6	20.0
	Necesito que otra persona lo haga por mi	2	6.7
Ocio	Caminar por la casa		
	No siento ahogo	9	30.0
	Siento moderado ahogo	19	63.3

	Siento mucho ahogo	2	6.7
	Salir para distraerse		
	No siento ahogo	15	50.0
	Siento moderado ahogo	11	36.7
	Siento mucho ahogo	3	10.0
	Necesito que otra persona lo haga por mi	1	3.3
Cuánto le afecta a usted su respiración en sus actividades habituales de la vida diaria:	Mucho	17	56.7
	Poco	13	43.3

Nota: LCADL = London Chest Activity of Daily Living. Porcentajes sobre n = 30 por ítem; categorías agrupadas fieles al instrumento.

Por otra parte, los resultados del cuestionario de AQLQ de Juniper evidencian un nivel considerable de malestar y agobio durante las últimas dos semanas entre las personas con asma. En las evaluaciones globales alrededor de un 30% reportó malestar intenso o muy intenso, mientras que otro 30% lo calificó como bastante. En conjunto, más de la mitad de los participantes experimentó un grado significativo de afectación, siendo minoría quienes refirieron “muy poco” o “ningún” malestar (20%), como se muestra en la tabla 1.2 y 1.3:

Tabla 1.2. Malestar/agobio en 2 semanas (AQLQ – global).

Datos	Fr	%
Muchísimo / Mucho	9	30.0
Bastante	9	30.0
Moderado	6	20.0
Algo / Muy poco / Nada	6	20.0



Tabla 1.3. Malestar/agobio en 2 semanas por la tos (AQLQ – global).

Datos	Fr	%
Muchísimo / Mucho	9	30.0
Bastante	8	26.7
Moderado	7	23.3
Muy poco / Nada	6	20.0

En relación con los síntomas específicos y las preocupaciones destaca la preocupación constante por el asma, que el 60% manifestó sentirla casi siempre o gran parte del tiempo. Más de la mitad reportó disnea (53.3%) y dificultad para exhalar (50%). Entre los factores ambientales que detonaron síntomas con mayor frecuencia se encontraron el humo de tabaco (43.3%), el polvo (46.7%) y la contaminación (30%), como se muestra en la tabla 1.4:

Tabla 1.4. Síntomas frecuentes en las últimas dos semanas.

Datos	Fr	%
Preocupación por tener asma	18	60.0
Disnea por asma	16	53.3
Síntomas por humo de tabaco	13	43.3
Sibilancias (pitos)	14	46.7
Evitación por humo de tabaco	11	36.6

Por otra parte, el impacto emocional y funcional también fue notable: la frustración (30%), el miedo ante la falta de medicamentos (40%), los problemas para dormir (43.3%) y el esfuerzo para respirar (43.3%) reflejan una carga importante en la calidad de vida. En cuanto a las limitaciones sociales, el 40% de los participantes evita lugares con polvo, el y el 20% deja de salir a pasear debido a la contaminación, lo que muestra cómo la enfermedad condiciona la participación en actividades sociales, como se muestra en la tabla 1.5:

Tabla 1.5. Síntomas frecuentes en las últimas dos semanas.

Datos	Fr	%
Frustrado por el asma	9	30.0
Ahogo	12	40.0
Preocupación por medicamentos	12	40.0
Aclararse la garganta	11	26.7
Síntomas por polvo	14	46.7
Dificultad para exhalar	15	50.0
Evitar un lugar con polvo	12	40.0
Despertar por síntomas de asma	12	40.0
Miedo por no tener medicamento	12	40.0
Molestia por respiración pesada	11	36.7
Síntomas por contaminación	9	30.0
Despertado por el asma	11	36.6
Dejar de salir por contaminación	6	20.0
Síntomas por perfumes	5	16.6
Miedo por no tener respiración	15	50.0
Problemas para dormir	13	43.3
Esfuerzo para respirar	13	43.3

Los datos evidencian que el asma no solo se manifiesta mediante síntomas físicos, sino que también genera preocupación constante, limitaciones funcionales y afectaciones emocionales. La elevada proporción de pacientes con malestar moderado a intenso subraya la necesidad de implementar estrategias de manejo integral que incluyan tanto el control clínico como el apoyo psicosocial, como se muestra en la tabla 1.6:



Tabla 1.6. AQLQ (Juniper): grado de limitación por actividad (extracto).

Actividad	Grado de limitación	Fr	%
Secarse	Poco limitado	11	52.4
	Ext./Totalmente limitado	5	23.8
Vestirse parte superior	Poco limitado	7	41.2
	Muy limitado	5	29.4
Ponerse zapatos/calcetines	Ext./Totalmente limitado	5	26.4
	Muy limitado	4	21.1
Hacer las camas	Poco limitado	6	26.1
	Muy/Ext. limitado	9	39.1
Aspirar/barrer	Moderadamente limitado	11	45.8
	Muy/Ext./Total	10	41.7
Subir escaleras	Moderadamente limitado	10	41.7
	Muy/Extremadamente	12	50.0

Nota. AQLQ = *Asthma Quality of Life Questionnaire*. Totales por fila < 30 reflejan no respuesta en algunos ítems según su base original.

Los resultados evidencian que el asma afecta de manera significativa la autonomía funcional y la calidad de vida de las personas estudiadas. Las mayores limitaciones se presentan en actividades domésticas y físicas que requieren un esfuerzo respiratorio sostenido, mientras que la disnea, la dificultad para exhalar y otros síntomas condicionan el desempeño cotidiano y reducen la independencia funcional.

Asimismo, la enfermedad genera repercusiones que trascienden la dimensión física, al asociarse con preocupación constante, miedo, alteraciones del sueño, frustración y restricciones en la participación social. Estos hallazgos muestran la necesidad de abordar el asma desde una perspectiva integral que combine el control de los síntomas con acciones dirigidas al bienestar



emocional, el autocuidado y la conservación de la autonomía en la vida diaria.

1.3. Conductas adaptativas, estímulos y factores asociados al asma

Con base al cuestionario aplicado de acuerdo con la guía de valoración de conductas y estímulos del adulto a través del modelo de Roy los datos reflejan que las personas con asma presentan alteraciones respiratorias frecuentes y persistentes, acompañadas de exposición ambiental y antecedentes familiares que refuerzan la vulnerabilidad.

En los cambios respiratorios más de la mitad reporto sensación de falta de aire (53.3%) y un tercio dificultad para respirar (33.3%), en los problemas respiratorios recurrentes el 70% indico haberlos experimentado entre más de 4 y más de 6 veces en los últimos seis meses, el uso de medicación (80%) utiliza fármacos respiratorios, siendo el salbutamol el más común (90%), la exposición ambiental la mitad refirió exposición a contaminantes, principalmente en el trabajo (30%) y en la cocina con leña o fogón (56.6%), los síntomas asociados son la tos frecuente siendo muy prevalente (86.6%), en los antecedentes familiares más de la mitad (53.3%) reporto historia de asma en la familia.

Estos hallazgos muestran que el asma se encuentra estrechamente ligada a factores ambientales y familiares, además de manifestarse con síntomas respiratorios persistentes que requieren tratamiento farmacológico continuo. La alta prevalencia de tos y sensación de falta de aire evidencia el impacto funcional cotidiana, mientras que la exposición a contaminantes y el uso de cocina de leña sugieren un entorno que potencia la exacerbación de la enfermedad. El predominio del



salbutamol como medicación refleja la necesidad de control de inmediato de los síntomas, aunque también señala la dependencia de tratamientos de rescate más que de prevención, como se muestra en la tabla 1.7:

Tabla 1.7. Conductas y estímulos (Modelo de Roy).

Datos	Categoría	Fr	%
Cambios en la respiración	Sensación de falta de aire	16	53.3
	Dificultad para respirar	10	33.3
Problemas resp. (últimos 6 meses)	4–6 veces / ≥ 6 veces	21	70.0
Medicación respiratoria	Sí	24	80.0
Fármacos específicos	Salbutamol	27	90.0
Exposición a contaminantes	Sí	15	50.0
Lugar de exposición	Trabajo	9	30.0
Cocina con leña/fogón	Sí / A veces	17	56.6
Tos frecuente	Sí / A veces	26	86.6
Antecedentes familiares	Sí	16	53.3

Los resultados obtenidos permiten evidenciar que el asma constituye un problema de salud que afecta de manera significativa la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, la calidad de vida y la prevención primaria.

Las manifestaciones clínicas principalmente la disnea, la tos persistente y las sibilancias, interfieren en diversas tareas cotidianas, de autocuidado básico hasta las actividades domésticas y físicas. Aunque la mayoría de las personas refirió disnea ausente o moderada en acciones simples, un porcentaje considerable

(43%) manifestó ahogo moderado al realizar básicas como ponerse zapatos o calcetines.

Las actividades domésticas mostraron un impacto aun mayor: 76.6% presentó disnea moderada a intensa al limpiar o secar polvo, y un 16.7% reportó incapacidad o necesidad de asistencia. En actividades físicas, el 86.6% experimentó disnea moderada a intensa, especialmente al subir escaleras o realizar movimientos repetitivos. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (2026), que advierte que las limitaciones físicas derivadas del asma reducen la autonomía y afectan la funcionalidad de quien la padece, incrementando la carga social y ocupacional de la enfermedad.

El análisis de la calidad de vida mostró un nivel considerable de malestar en las últimas dos semanas, con más de la mitad de los participantes reportando afectación moderada a intensa. La preocupación constante por el asma (60%), la presencia de disnea (53.3%) y la dificultad para exhalar (50%) evidencian una carga persistente de síntomas que influyen en el bienestar físico y emocional. Así mismo, los factores ambientales como el humo de tabaco (43.3%), el polvo (46.7%) y la contaminación (30%) actúan como detonantes frecuentes, exacerbando la sintomatología. En el ámbito emocional, se observaron niveles relevantes de frustración (30%), miedo por la falta de medicamentos (40%) y alteraciones del sueño (43.3%).

Desde el enfoque del modelo de adaptación de Callista Roy, se identifica que las personas con asma presentan alteraciones respiratorias frecuentes y persistentes, combinadas con una exposición ambiental significativa y antecedentes familiares que incrementan su vulnerabilidad. Mas de la mitad de los participantes en el estudio





reportó sensación frecuente de falta de aire (53.3%) y un tercio refirió dificultad para respirar (33.3%); además, el 70% señaló haber presentado síntomas respiratorios recurrentes en los últimos seis meses. El uso de medicación es elevado (80%), con predominio del salbutamol (90%), lo que sugiere una dependencia de tratamientos de rescate en lugar de medidas preventivas. La exposición a contaminantes en el trabajo (30%) y al humo de leña utilizado para cocinar (56.6%) revela un entorno que favorece la exacerbación del asma.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Cano-Salas (2022); y el National Institute of Health (2025), quienes enfatizan la importancia de evaluar tanto el control actual como el riesgo futuro, así como de identificar y reducir la exposición a factores desencadenantes. Desde la perspectiva de enfermería, se hace evidente la necesidad de fortalecer la prevención primaria a través de intervenciones educativas, la promoción de ambientes saludables y el desarrollo de estrategias de autocuidado orientadas a disminuir la exposición a riesgos ambientales.

Los resultados permitieron analizar la calidad de vida y el nivel de funcionalidad en las actividades de la vida diaria de personas que viven con asma en dos comunidades del estado de Tabasco. Los hallazgos evidenciaron que la enfermedad afecta de manera importante la autonomía funcional de los participantes, especialmente en las actividades domésticas y físicas que requieren esfuerzo sostenido. En relación con la calidad de vida, más de la mitad de las personas que participaron en el estudio experimento malestar moderado a intenso durante las dos semanas previas a la evaluación, acompañado de síntomas frecuentes como disnea, dificultad para exhalar,

alteraciones del sueño y preocupación constante por el padecimiento. Así también, se observó una alta sensibilidad a factores ambientales como el polvo, el humo de tabaco y la contaminación, los cuales incrementan la presencia de síntomas y limitan la participación en las actividades sociales y recreativas.

Estos hallazgos permiten identificar que las afectaciones derivadas del asma trascienden a la dimensión física y se extiende al ámbito emocional. La preocupación por padecer una crisis asmática, el miedo a no disponer de medicamentos, la frustración por las limitaciones funcionales y los problemas del sueño reflejan una carga psicológica importante que afecta el bienestar emocional, la percepción del control de la enfermedad y la adaptación al padecimiento. Estos resultados sugieren que el impacto psicológico puede ser significativo por lo que es necesario considerarlo en la atención integral mediante la implementación de estrategias de afrontamiento, manejo de la ansiedad, regulación emocional y adaptación a la enfermedad.

La participación de profesionales de la psicología es necesaria para contribuir al desarrollo de programas psicoeducativos dirigidos tanto a pacientes como a sus familias para favorecer la adherencia al tratamiento, detección temprana de indicadores de estrés, ansiedad o aislamiento social que puedan prevenir complicaciones psicológicas que interfieran en el control de la enfermedad.

Los resultados indican que el asma afecta significativamente la calidad de vida y la funcionalidad de las personas, toda vez que las limitaciones respiratorias interfieren en las actividades cotidianas, generan dependencia y reducen la participación social. Además





de las afectaciones físicas, se identificó una importante carga emocional que se caracteriza por la preocupación constante, miedo a las crisis asmáticas, frustración y alteraciones del sueño, todos estos aspectos influyen en la adaptación de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de una atención integral e interdisciplinaria, en la que el personal de enfermería fortalezca las acciones de educación para el autocuidado, el apego al tratamiento y el control de factores ambientales desencadenantes. Asimismo, resulta fundamental la participación de profesionales de la psicología para implementar intervenciones orientadas al manejo emocional, el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, la reducción de la ansiedad y el desarrollo de recursos adaptativos que favorezcan una mejor convivencia con la enfermedad. La integración de ambos enfoques contribuirá a una atención centrada en la persona, promoverá no solo el control clínico del asma, sino también el bienestar físico, emocional y social, así como una mejor calidad de vida y mayor independencia funcional.

Referencias

- Angeles Garay, U., Morán Sotelo, D., Becerril Angeles, M. H., Ruiz Betancourt, B. S., & Acosta Cazares, B. (2020). Control del asma y calidad de vida en niños asmáticos y sus cuidadores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(5), 548–556. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/2641

- Angelucci, L., & Rodríguez Chávez, L. (2024). Estilos de vida, optimismo, pesimismo y edad como predictores de la satisfacción con la vida según el sexo. *Revista Calidad de Vida y Salud*, 17(1), 33–52. <https://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/404>
- Antoñón, M., Ventura Pernía Sánchez, J., Cancho Soto, T., Segovia Molina, I., Díez Monge, N., & Cano, A. (2023). Control del asma en niños, desigualdad socioeconómica y asistencia sanitaria. *Anales de Pediatría*, 98(5), 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.12.009>
- Cano-Salas, M. C. (2022). Control de asma: Un reto en la atención. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 81(3), 155–162. <https://doi.org/10.35366/111084>
- Cherif, H., & Mokaddem, S. (2025). Evaluación crítica de los métodos para evaluar los costos médicos directos anuales del tratamiento del asma. *Revista Alergia México*, 72(1), 84–85. <https://doi.org/10.29262/ram.v72i1.1416>
- Fernández, P., Trujillo, M., Parada, M. T., Marinovic, M. A., Díaz, C., Toche, P., Zegpi, K., Osses, F., Andino, S., Poblete, V., Oyonarte, M., Feijoo, R. M., & Lolas, M. (2024). Beneficios de la terapia biológica en asma grave: Un registro multicéntrico chileno. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 40(2). <https://doi.org/10.4067/S0717-73482024000200081>
- García González, E. D., García Gómez, D. B., & Lara Lona, E. (2025). Asma: una causa evitable de muerte hospitalaria ¿cuál ha sido la tendencia en México en los últimos años? *Revista Alergia México*, 72(3), 219. <https://doi.org/10.29262/ram.v72i3.1496>





- García, O. (2024). *Correlación entre el resultado del ACT (Asthma Control Test) y el de la espirometría en pacientes de 6 a 12 años de la UMAE Hospital de Cardiología 34* [Tesis de maestría, Universidad de Monterrey].
- Global Initiative for Asthma. (2025). *Global strategy for asthma management and prevention*. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/11/GINA-2025-Update-25_11_08-WMS.pdf
- IBM Corp. (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 21.0). <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-21>
- Larenas-Linnemann, D., Salas-Hernández, J., Del Río-Navarro, B. E., Luna-Pech, J. A., Navarrete-Rodríguez, E. M., Gochicoa, L., Cano-Salas, M. C., García-Ramírez, U. N., López-Estrada, E. C., Ortega-Martell, J. A., Aguilar-Aranda, A., Caretta-Barradas, S., Bedolla-Barajas, M., Camargo, R., Cuevas-Schacht, F. J., Fernández-Vega, M., García-Bolaños, C., Garrido-Galindo, C., Jiménez-Chobillón, A., . . . Vázquez-García, J. (2021). MIA 2021, manejo integral del asma: Lineamientos para México. *Revista Alergia México*, 68(Suplemento 1), s1–s122. <https://doi.org/10.29262/ram.v68i5.880>
- Liu, W., Feng, Z., Song, S., & Lei, S. (2025). The effectiveness of physical activity in asthma management: An overview of systematic reviews. *PLOS ONE*, 20(7), e0325488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325488>
- Lugo, M. G. (2024). Entre el 5 y 12 % de la población tiene asma en México. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/entre-el-5-y-12-de-la-poblacion-tiene-asma-en-mexico/>

- Marco Bueno, T., Hernández Caiza, R. E., Gardziejewska, S. I., Acín Andrés, E. M., Caballero Sola, M. T., & Sanz Martí, M. L. (2025). Asma y su impacto en la calidad de vida. *Ocronos*, 8(4), 376. <https://revistamedica.com/asma-impacto-implicaciones-morbilidad/>
- National Institute of Health (2025). *Asthma*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/ency/article/000141.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2026). *Asma*. OMS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
- Patel, O. (2025). Asthma management in low-resource settings: A narrative review. *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation*, 6(4), 198–199. <https://doi.org/10.54660/IJMRGE.2025.6.4.198-199>
- Porsbjerg, C., Melén, E., Lehtimäki, L., & Shaw, D. (2023). *Asthma*. *Lancet* (London, England), 401(10379), 858–873. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02125-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02125-0)
- Quek, E., Horn, N., & Siddiqui, S. (2025). Precision Medicine in Asthma: The Role of Biomarkers. *ImmunoTargets and therapy*, 14, 1479–1513. <https://doi.org/10.2147/ITT.S532291>
- Rodrigues, M., Santoro, D., Alvarenga, T. A., Morelhão, P. K., Tufik, S., & Andersen, M. L. (2024). Do nocturnal asthma attacks influence sleep parameters and inflammatory markers? A cross-sectional population-based study. *Sleep and Breathing*, 28(2), 619–627. <https://doi.org/10.1007/s11325-023-02935-9>





- Ruiz de León, M. (2025). Control del asma y calidad de vida en pacientes mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/6641
- Thomann, E., González, M., Morales, G., Pérez, C., & López, M. Á. (2024). Effectiveness of fruit and vegetable consumption with asthmatic symptoms and episodes: A systematic review. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 739. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024739>
- Venancio, M., Mendieta, E., Mendiola, J., Alaniz, A. K., & Reyes, M. (2022). Abordaje diagnóstico del asma difícil de tratar y asma grave. *Revista Alergia México*, 69(Supl. 1), s94–s111. <https://doi.org/10.29262/ram.v69iSupl1.1046>
- Wood, L. G. (2017). Diet, obesity, and asthma. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(Suppl. 5), S332–S338. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201702-124AW>



02.

Diseño metodológico para evaluar una intervención de análisis conductual en universitarios con ideación suicida

Jesús Cipriano
Rangel Alarcón

Karina del Carmen
Zetina Concepción

Renan García Falconi

2.1. Ideación suicida en estudiantes universitarios: magnitud, factores de riesgo y vulnerabilidad psicosocial

El tránsito por la educación superior se caracteriza por la presencia de múltiples estresores contextuales que pueden vulnerar la salud mental de los jóvenes, lo que contribuye significativamente a que el riesgo suicidio en



esta etapa de vida este posicionado como una de las preocupaciones más críticas de salud pública a nivel mundial (De Oliveira Crispim et al., 2021; Organización Mundial de la Salud, 2025). Tradicionalmente, las estrategias institucionales se han diseñado bajo un enfoque clínico reactivo; por ello, se propone el desarrollo de una intervención primaria fundamentada en las técnicas del Análisis Conductual Aplicado (ABA).

Esta propuesta pretende evaluar la efectividad de un protocolo conductual dirigido a modificar las contingencias ambientales que mantienen las respuestas verbales de desesperanza antes de que estas escalen hacia conductas de autolesión (Klonsky & May, 2015; Sun et al., 2022). El beneficio directo se proyecta sobre la comunidad estudiantil de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), proporcionando un modelo preventivo estandarizado, viable y sustentado en datos psicométricos rigurosos.

Con esta perspectiva, se pretende proponer y evaluar la efectividad de un protocolo conductual dirigido a modificar las contingencias ambientales que mantienen las respuestas verbales de desesperanza antes de que estas escalen hacia conductas de autolesión (Klonsky & May, 2015; Sun et al., 2022). El beneficio directo se proyecta en primera instancia sobre la comunidad estudiantil de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT)., con la disposición para ampliar la intervención en otros escenarios en caso de conseguir proporcionando un modelo preventivo sustentado en datos psicométricos rigurosos, viable, estandarizado y efectivo.

El suicidio y los comportamientos asociados a este representan uno de los desafíos más severos,

urgentes y complejos para los sistemas de salud pública contemporáneos a nivel mundial. La conducta autolítica es entendida en la actualidad como un multicausal en el que interactúan factores biológicos, psicológicos, ambientales, de soporte social y culturales a lo largo del ciclo vital del individuo (Organización Mundial de la Salud, 2025). Las estimaciones epidemiológicas globales indican que cada año fallecen más de 720,000 personas por lesiones autoinfligidas, lo que posiciona al suicidio como una de las principales causas de defunción en el grupo poblacional de jóvenes de entre 15 y 29 años. Según datos muestran que la gran mayoría de estos decesos ocurre en países de ingresos bajos y medianos, donde las barreras socioeconómicas, el estigma institucional y la precarización en el acceso a servicios especializados de salud mental agudizan la vulnerabilidad de las poblaciones.

Asimismo, la literatura epidemiológica advierte que los números de intentos son mucho más elevados y que, por otra parte, un intento previo constituye el mayor factor de riesgo proximal para la ejecución de futuros actos letales en la población general (Organización Mundial de la Salud, 2025).

En el contexto de la República Mexicana, el panorama reproducido por los registros oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía corrobora una trayectoria creciente y de alta preocupación en las tasas de mortalidad por esta causa durante las últimas dos décadas. Para el año 2023, se documentaron 8,837 suicidios en el territorio nacional, lo que representó el 1.1% del total de las defunciones registradas y situó la tasa de mortalidad general en 6.8 decesos por cada 100 mil habitantes (México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024). Desde una perspectiva de género, se observa una marcada





sobremortalidad masculina, con una tasa de 11.4 por cada 100 mil hombres frente a un 2.5 por cada 100 mil mujeres, lo que equivale a la ocurrencia de más de cuatro suicidios masculinos por cada evento femenino.

No obstante, las transiciones demográficas y epidemiológicas evidencian que el impacto se concentra predominantemente en las cohortes más jóvenes, observándose que más de la mitad de los eventos totales ocurre en personas menores de 40 años. Este sesgo etario se acentúa en las mujeres, donde la mayoría de los decesos se concentra por debajo de dicho umbral de edad, frente a una proporción ligeramente menor en los varones.

Respecto a las características instrumentales y los escenarios de ocurrencia del suicidio en México, el ahorcamiento, la estrangulación o la sofocación se congregan como el método más recurrente estando presentes en la gran mayoría de los casos tanto en hombres como en mujeres (México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024). Como segundo mecanismo de mayor frecuencia, los varones recurren al disparo por arma de fuego, mientras que las mujeres emplean el envenenamiento por ingesta de sustancias o medicamentos. En lo concerniente al microentorno espacial, la vivienda particular constituye el principal lugar de ocurrencia, con un porcentaje significativamente mayor en las mujeres en comparación con los hombres. Estas asimetrías operacionales sugieren que la manifestación de la desesperación psíquica y la elección de los repertorios instrumentales se encuentran fuertemente mediadas por condiciones contextuales que demandan el diseño de estrategias preventivas diferenciadas.

A nivel internacional, las revisiones sistemáticas con metaanálisis enfocadas en el estudiantado de educación superior advierten una variabilidad metodológica y epidemiológica sustancial en la prevalencia de conductas autolíticas. Los rangos de prevalencia de la ideación suicida reportados en la literatura oscilan de forma muy amplia, fluctuando significativamente según la región geográfica, el año de recolección de los datos y el tipo de instrumento psicométrico empleado para el tamizaje (De Oliveira Crispim et al., 2021; De Paula et al., 2020).

Esta fluctuación de las tasas subraya el impacto directo que ejercen los determinantes económicos, geopolíticos y culturales sobre el sufrimiento emocional de los jóvenes, lo cual justifica la urgencia de proponer modelos de cribado estandarizados y proactivos que permitan un monitoreo riguroso de las variables predictoras del riesgo autolítico en las aulas universitarias (Miranda-Mendizabal et al., 2019). El análisis pormenorizado de estas variaciones transculturales revela que las presiones del entorno inmediato moldean la expresión del distrés psicológico y alteran los umbrales de tolerancia de los estudiantes frente a las demandas institucionales (Eskin et al., 2020).

La transición hacia el entorno universitario representa un hito vital que coincide con una etapa de alta vulnerabilidad para el desarrollo o la exacerbación de diversos trastornos emocionales y del comportamiento (Auerbach et al., 2016). El ingreso a las instituciones de educación superior desestabiliza frecuentemente las redes de apoyo social primarias debido a demandas de autonomía, cambios de residencia habitual y la inmersión en un microclima de alta exigencia académica y competencia interpersonal. Las revisiones sistemáticas globales estiman que una proporción



considerable de los universitarios experimenta síntomas de ansiedad (24.5%), mientras que un porcentaje similar (26.1%) es identificado con síntomas de trastornos depresivos, cifras que rebasan las líneas base de la población general no universitaria (De Paula et al., 2020). Se ha documentado la vulnerabilidad de los estudiantes de las carreras de ciencias de la salud, en particular de medicina, ante escenarios de crisis, como fue el caso durante la pandemia por COVID con la triplicación de la prevalencia de malestar afectivo y un aumento progresivo de la ansiedad y la depresión (Domínguez-González et al., 2022).

El análisis de la comorbilidad psiquiátrica revela que la presencia combinada de trastornos del afecto multiplica el riesgo autolítico. Las aproximaciones transdiagnósticas contemporáneas sugieren que el tamizaje exclusivo de la sintomatología depresiva resulta insuficiente para salvaguardar la vida de los estudiantes universitarios (Moskow et al., 2024). Datos derivados de investigaciones internacionales evidencian que el cribado de la depresión por sí solo es capaz de identificar únicamente una fracción menor de los estudiantes en riesgo de desarrollar ideación suicida (aproximadamente el 23%). Sin embargo, al incorporar de forma paralela la evaluación de los trastornos de ansiedad, la capacidad de detección oportuna se eleva en los modelos predictivos (hasta el 35%) (Moskow et al., 2024). Los jóvenes que puntúan de forma simultánea en cribados positivos para ansiedad y depresión muestran tasas de intentos de suicidio que duplican las de aquellos que únicamente cursan con afectación depresiva aislada, lo que demuestra que la tensión fisiológica y la desregulación emocional actúan como variables aceleradoras de la letalidad conductual.

Asimismo, al estudiar los diferentes reactivos de forma individual de escalas de ansiedad como el GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), se observa que síntomas específicos como “sentirse asustado o temeroso de que algo horrible pueda suceder” duplican los momios para la aparición de ideación suicida (OR = 2.22, IC 95%: 2.13-2.31), denotando el impacto directo de la cognición catastrófica y la hiperalerta hedónica en el desajuste afectivo del estudiante (Moskow et al., 2024).

En las regiones norte y centro de México, se han encontrado indicadores críticos en relación a las conductas suicidas en universitarios del área de la salud como

en un 62% de ideación suicida, 14.9% de intentos autolíticos previos y un 18.3% de riesgo suicida general ponderado (Bañuelos Barrera et al., 2024). Al analizar los factores predictores, destacó que el estrés percibido y la ausencia de apoyo social de familiares y amigos actúan de manera transversal e independiente del sexo en todos los estados del norte-centro evaluados. Un nivel elevado de estrés percibido incrementa sustancialmente el riesgo de ideación suicida (OR = 5.6, IC 95%: 4.2-7.5), la probabilidad de un intento (OR = 3.1, IC 95%: 2.1-4.7) y el riesgo suicida global (OR = 6.4, IC 95%: 4.2-9.8), mientras que la falta de apoyo social eleva el riesgo de ideas autolíticas (OR = 2.4, IC 95%: 1.8-3.2) y el riesgo suicida general (OR = 3.7, IC 95%: 2.5-5.4) de forma drástica.

Estos datos coinciden con hallazgos en estudiantes de Reino Unido, donde el 37.3% una gran parte se clasificó en alto riesgo (37.3%) debido a la interacción de la depresión (OR = 1.15, IC 95%: 1.10-1.19), el estrés percibido (OR = 1.04, IC 95%: 1.01-1.07) y experiencias psicóticas subclínicas (OR = 1.10, IC 95%: 1.04-1.15) (Akram et al.,





2020). De igual modo, en un estudio realizado en Bangladesh, se encontró que en entornos de menores ingresos se reportaron altas tasas de prevalencia de ideación autolítica anual (14.7%) y vitalicia (61.1%) (Mamun et al., 2020).

Este desajuste emocional se asocia de forma robusta a estresores distales como la ruptura de la relación de pareja ($OR = 4.49$), las dificultades financieras crónicas ($OR = 1.93$) y el desarrollo de adicciones conductuales como la dependencia a redes sociales ($OR = 1.55$), que actúan como mecanismos desadaptativos de escape ante el malestar emocional acumulado (Lázaro-Pérez et al., 2023; Mamun et al., 2020).

La evidencia analizada confirma que la ideación suicida en estudiantes universitarios constituye un fenómeno complejo que requiere estrategias preventivas capaces de reconocer tempranamente distintas manifestaciones de vulnerabilidad. Su abordaje no debe limitarse a la presencia de síntomas depresivos, sino integrar la valoración del malestar emocional, la ansiedad, el estrés y las condiciones sociales que rodean al estudiante.

En este contexto, fortalecer los mecanismos institucionales de detección y acompañamiento resulta esencial para identificar oportunamente a los estudiantes con mayor vulnerabilidad. La consideración conjunta de factores individuales y del entorno puede favorecer intervenciones más precisas y contribuir a reducir la progresión desde la ideación hacia comportamientos autolíticos de mayor gravedad.

2. 2. Modelos explicativos y evaluación psicométrica del riesgo suicida

La epistemología del riesgo autolítico ha evolucionado de forma considerable al enfrentarse

con las limitaciones de las teorías clásicas de la psicología. Estas teorías resultaron históricamente útiles para identificar correlatos asociados al sufrimiento psíquico; sin embargo, adolecían de una conceptualización crítica al asumir que los mismos factores causales explicaban tanto la emergencia de los pensamientos de muerte como la ejecución del intento de suicidio. Este enfoque tradicional ignoraba que la gran mayoría de los individuos que configuran ideaciones suicidas recurrentes nunca progresan hacia la realización de una tentativa autolítica de carácter letal o de alta intencionalidad.

El quiebre con este abordaje convencional se consolidó al reconocer que el desarrollo del deseo de morir y la transición hacia el comportamiento autolesivo son procesos psicopatológicos completamente dissociables, gobernados por variables y mecanismos explicativos diferenciados. Es así que se fue desarrollando el marco teórico del comportamiento suicida conocido como Ideation-to-Action (desde la ideación a la acción). Dentro de este marco, Klonsky y May, (2015) propusieron la Teoría de los Tres Pasos (3ST) que se presenta a continuación.

En esta teoría, el primer paso corresponde al origen de la ideación suicida y se fundamenta en la combinación de dos variables primarias: el dolor psicológico y la desesperanza. El dolor psicológico, entendido como cualquier estado de sufrimiento afectivo, cognitivo o somático intolerable como la tristeza profunda, la culpa, el pánico o el distrés general, actúa como un castigo biológico que disminuye el valor de la vida y desgasta los repertorios adaptativos del organismo.

No obstante, el dolor por sí solo no basta; si el sujeto mantiene la expectativa de que las contingencias





ambientales pueden modificarse, enfocará sus recursos conductuales hacia la resolución de problemas en lugar de rumiar sobre la muerte. Es únicamente cuando el dolor intolerable se engarza con la certeza de que la situación aversiva es permanente e inmodificable que el suicidio emerge como una opción instrumental factible de escape ante la desesperación. Esta premisa se alinea con las aportaciones conductuales clásicas sobre el procesamiento cognitivo de la desesperanza, la cual constituye el predictor a largo plazo más robusto de la consumación del suicidio en poblaciones vulnerables (Beck, 1986; Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Según Klonsky y May (2015), el segundo paso de la teoría corresponde a la intensificación de la ideación con la introducción del constructo de conectividad como variable moderadora de consideración que reguladora la intensidad de los pensamientos autolíticos. La conectividad abarca cualquier lazo afectivo con un ser significativo, un rol institucional, metas académicas o un sentido percibido de propósito vital que mantenga al sujeto investido en la existencia y actúe como un freno contra la desesperación.

El modelo postula que, aun en presencia de dolor psicológico y desesperanza, la ideación suicida se preservará en un rango moderado o pasivo siempre y cuando el grado de conectividad del individuo rebase la magnitud de su sufrimiento interno. Para estos autores, la transición hacia una ideación fuerte, activa y con un deseo imperante de morir se desata específicamente en el momento en que el dolor psicológico supera por completo las fuerzas protectoras de la conectividad, desarticulando los frenos relacionales del sujeto.

El tercer paso explica la transición definitiva desde la ideación activa hacia la ejecución del intento

de suicidio, situando a la capacidad suicida como la única variable explicativa de este paso. Estos autores consideran que los seres humanos poseen un imperativo evolutivo de autopreservación que genera un miedo innato al dolor físico y a la muerte; en consecuencia, el acto de atentar contra la propia vida requiere una alta capacidad que venza dicha resistencia. El modelo de los tres pasos operativiza esta capacidad en tres fuentes dimensionales: la capacidad disposicional, la capacidad adquirida y la capacidad práctica, las cuales determinan conjuntamente si el individuo puede sobrepasar las barreras del dolor físico y ejecutar la acción autolítica

El procesamiento de la desesperanza como eje mediador central ha sido respaldado en muestras estudiantiles internacionales, observándose que variables como la baja autoestima y la ansiedad social disparan de forma directa los niveles de desesperanza afectiva ($\beta = -0.54$ y $\beta = 0.21$, respectivamente), la cual a su vez predice la severidad de los síntomas depresivos y la intrusión de ideas autolíticas en el ámbito académico (Nguyen et al., 2021).

Del mismo modo, el modelado transdiagnóstico contemporáneo asume que la disposición enfocada en lo negativo se asocia con la ideación suicida a través de la mediación en cascada de la ansiedad somática, el distrés general y la depresión, confirmando que las cogniciones pesimistas sobre el futuro activan sistemas fisiológicos y afectivos que precipitan el deseo de morir como una vía de escape instrumental (Sun et al., 2022). Las interacciones entre estas variables cognitivo-afectivas demuestran que el pensamiento suicida es el producto de un sistema dinámico de síntomas entrelazados que socavan





de forma progresiva la conectividad del sujeto con su entorno biográfico (Yang et al., 2023).

Por otra parte, la validez y la utilidad clínica de cualquier programa preventivo dirigido a contener el riesgo autolítico en las instituciones de educación superior se encuentran supeditadas a la calidad y la credibilidad de los autorreportes provistos por los estudiantes durante los tamizajes psicométricos.

En el microentorno universitario, la recolección de datos sobre conductas altamente estigmatizadas se enfrenta de forma constante al sesgo de respuesta provocado por la deseabilidad social, ¿el temor a intervenciones involuntarias no deseadas? o la evitación de consecuencias académicas. Bajo estas coordenadas, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF) se posiciona como una herramienta de referencia debido a la sofisticación de sus escalas de validez independientes del contenido, diseñadas para detectar estilos de respuesta no creíbles o sesgados mediante factorizaciones optimizadas (Ben-Porath & Tellegen, 2011).

Las investigaciones enfocadas en la predicción del riesgo de suicidio advierten que el fenómeno del subreporte o minimización de síntomas constituye un obstáculo de consideración para la salud pública y la psicología clínica (Khazem et al., 2021). Al evaluar la interacción entre las escalas de validez del MMPI-2-RF y otros instrumentos de cribado, se ha demostrado que elevaciones en las escalas de validez de la adaptación (K-r) y de virtudes poco comunes (L-r) ejercen un efecto de supresión clínica sobre la escala de ideación suicida (SUI) y sobre entrevistas estructuradas complementarias (Khazem et al., 2021).

Los estudiantes que adoptan un estilo de respuesta defensivo presentan puntuaciones artificialmente bajas en los reactivos autolíticos, fingiendo un bienestar psicológico inexistente con el fin de proyectar una imagen adaptada ante las autoridades de la institución y evitar la intervención de los servicios de soporte (Khazem et al., 2021). Por ende, un perfil elevado en estas escalas de validez debe ser interpretado como una señal de alerta de peso que invalida la aparente ausencia de riesgo y demanda una evaluación multimodal exhaustiva.

A esta complejidad se suma la necesidad de diferenciar de manera nítida entre las Pruebas de Validez de Síntomas (SVT), que evalúan la credibilidad de las quejas subjetivas de afectación psicológica, y las Pruebas de Validez de Rendimiento (PVT), que miden de forma objetiva el nivel de esfuerzo durante tareas neurocognitivas (De Boer et al., 2022). Los análisis aplicados en entornos neuropsiquiátricos demuestran que estos dos constructos están dissociables e independientes en los perfiles psicométricos. Un hallazgo crítico revela que la presencia de sobre-reporte o exageración de síntomas en autorreportes emocionales o somáticos no correlaciona de manera significativa con una falla en las pruebas de esfuerzo cognitivo.

La única excepción psicométrica de consideración la constituye la escala de Sesgo de Respuesta (RBS) del MMPI-2-RF, la cual ostenta la mayor capacidad de clasificación para predecir fallas en las pruebas de rendimiento ($AUC = 0.690$) debido a su diseño basado en reactivos vinculados al rendimiento memorístico y el esfuerzo neurocognitivo (De Boer et al., 2022). Para el evaluador, esta disociación estructural comporta una implicación de peso: el hecho de que un estudiante magnifique



subjetivamente sus síntomas de distrés o dolor psicológico no autoriza a decretar la invalidez de sus capacidades de ejecución cognitiva o rendimiento académico, refleja más bien un estilo de afrontamiento hipervigilante que requiere análisis funcional exhaustivo.

Por último, la organización estructural de estas dimensiones de sufrimiento psíquico ha sido clarificada en la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP), un modelo dimensional diseñado para superar las limitaciones de comorbilidad y heterogeneidad estructural de los manuales categoriales clásicos (Langwerden et al., 2022). ¿Al aplicar algoritmos estadísticos avanzados de descubrimiento causal bayesiano sobre las escalas del MMPI-2-RF?, se ha verificado la emergencia de un factor general de psicopatología, denominado factor p, sobre el cual pivotan los espectros psicopatológicos nucleares: el internalizante, el externalizante-desinhibido, el externalizante-antagónico, el desapego, el trastorno del pensamiento y el somatoformo (Sadeghi et al., 2025).

El factor p representa una vulnerabilidad transdiagnóstica compartida que influye sobre la severidad de todos los espectros nosológicos, se demuestra mediante el modelado causal que se conecta directamente con las subescalas sindrómicas primarias de las escalas estructuradas, se alude la mediación obligatoria de las variables de segundo orden convencionales y aporta un respaldo sólido al modelo bifactorial de la psicopatología (Langwerden et al., 2022). Los estudios de validación estructural han confirmado que el espectro somatoformo constituye una dimensión independiente dentro de esta taxonomía,

particularmente en muestras médicas donde los síntomas somáticos son prominentes (Sadeghi et al., 2025).

Bajo esta luz, la escala de Desmoralización (RCd), aunque comparte varianza de consideración con el espectro internalizante, no agota el contenido del factor p, pues este último captura un riesgo de mayor alcance que incluye de forma integral manifestaciones de descontrol conductual y pensamiento aberrante (Langwerden et al., 2022). Asimismo, estudios transculturales recuerdan que variables de la organización de valores sociales como el individualismo ejercen un papel moderador complejo. En niveles intermedios actúan como protectores universales contra los decesos por suicidio, mientras que los extremos aumentan el riesgo de ideación según el arraigo cultural del sujeto y el grado de cohesión colectiva (Eskin et al., 2020).

Finalmente, la manifestación del daño psíquico muestra perfiles dissociables entre víctimas directas de violencia contextual, quienes concentran su afectación en evitación traumática (CIT_EVI, diferencia media = -10.75, $p = 0.01$), y víctimas indirectas, quienes elevan críticamente las escalas de ideación suicida (MMPI_PI_ISU, diferencia media = 10.41, $p = 0.002$) (Cruz-López et al., 2024). Este quiebre cognitivo de las pruebas proyectivas estructurales se vinculan a la desorganización de los procesos de pensamiento y la presencia de impulsos hostiles inundantes (AGC, $p = 0.002$, $r = 0.50$), y no a meras fallas en la prueba de realidad formal (Marques Reis et al., 2023). Lo anterior justifica la pertinencia de enfocar la presente propuesta preventiva sobre metodologías analítico-conductuales de alta precisión estructural.





El análisis realizado evidencia que la comprensión del riesgo suicida requiere distinguir entre los procesos que favorecen la aparición de la ideación y aquellos que pueden facilitar su progresión hacia una conducta autolítica. Desde esta perspectiva, variables como la desesperanza, el dolor psicológico y la conectividad adquieren especial relevancia para interpretar los distintos niveles de vulnerabilidad y orientar acciones preventivas más específicas.

A su vez, la evaluación psicométrica debe considerar tanto la intensidad de los indicadores clínicos como la posible presencia de sesgos en las respuestas. La integración de instrumentos con escalas de validez y enfoques dimensionales permite obtener una valoración más completa del estudiante y evitar que la aparente ausencia de síntomas conduzca a una subestimación del riesgo.

Estos elementos respaldan la necesidad de una evaluación multimodal que articule factores psicológicos, conductuales y contextuales, proporcionando una base más sólida para la detección temprana y el diseño de intervenciones preventivas en el ámbito universitario.

2.3. Diseño metodológico y resultados esperados

La investigación se desarrollará mediante un diseño cuasi experimental, prospectivo y correlacional, orientado a evaluar la efectividad de una intervención conductual dirigida a estudiantes universitarios con indicadores clínicamente significativos de ideación suicida. El diseño permitirá analizar los cambios producidos en las variables de estudio mediante la comparación de dos grupos: un grupo experimental, que

participará en el protocolo de intervención conductual, y un grupo de control equivalente, que continuará recibiendo el seguimiento tutorial estándar establecido por la institución. Este planteamiento permitirá valorar el comportamiento de la ideación suicida considerando su carácter multifactorial y la influencia de variables psicológicas y contextuales asociadas al riesgo autolítico (Klonsky & May, 2015; Sun et al., 2022).

La evaluación se realizará en dos momentos fundamentales. Inicialmente, se establecerá una línea base mediante la aplicación de los instrumentos psicométricos seleccionados y, una vez concluido el periodo de intervención, se efectuará una segunda medición utilizando los mismos instrumentos. Esta estrategia permitirá comparar las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención, tanto dentro de cada grupo como entre el grupo experimental y el grupo de control, con el propósito de determinar la magnitud y dirección de los cambios observados en la ideación y las conductas autolíticas.

Asimismo, el componente correlacional permitirá examinar las asociaciones existentes entre la ideación suicida y diferentes variables psicológicas y contextuales contempladas en el estudio. Particularmente, se considerarán factores relacionados con el malestar psicológico, la ansiedad, la depresión y el apoyo social percibido, debido a su posible participación en la vulnerabilidad o protección frente al riesgo suicida (Bañuelos Barrera et al., 2024; Sun et al., 2022). De esta manera, el diseño permitirá no solo valorar los posibles efectos de la intervención, sino también analizar los factores que pueden incrementar, reducir o modular la presencia de pensamientos y comportamientos autolíticos.





La población objetivo estará constituida por 628 estudiantes matriculados en la División Académica de Ciencias de la Salud. A partir de esta población se seleccionará una muestra no probabilística por conveniencia mediante un proceso inicial de tamizaje psicométrico. Este procedimiento estará dirigido a identificar a los estudiantes que presenten indicadores clínicamente significativos de ideación suicida y que cumplan con los criterios establecidos para participar en las etapas posteriores de la investigación.

Para el proceso de selección se considerarán estudiantes con edades comprendidas entre 18 y 25 años que presenten perfiles clínicamente significativos de ideación suicida y que manifiesten voluntariamente su disposición a participar mediante la firma del consentimiento informado. La identificación inicial de estos perfiles se realizará mediante el MMPI-2-RF, instrumento que permite integrar indicadores clínicos y escalas de validez relevantes para la evaluación del riesgo y el control de posibles sesgos en las respuestas (Ben-Porath & Tellegen, 2011; Khazem et al., 2021).

Para la recolección de la información se prevé utilizar instrumentos psicométricos estandarizados destinados a evaluar las variables predictoras, identificar los perfiles de riesgo y establecer una línea base que permita realizar comparaciones posteriores. La utilización conjunta de diferentes medidas favorecerá una valoración multidimensional de la ideación y las conductas autolíticas, considerando tanto sus manifestaciones específicas como otras variables psicológicas y contextuales relacionadas.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (MMPI-2-RF, por su nombre original en inglés, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form*): se administrarán las escalas clínicas y de validez pertinentes, con especial atención a la escala de Ideación Suicida (SUI), con el propósito de identificar indicadores clínicamente significativos relacionados con pensamientos autolíticos. Asimismo, se considerarán las escalas K-r y L-r para identificar posibles patrones de respuesta asociados con la minimización o el subreporte de dificultades psicológicas. La incorporación de estas medidas permitirá fortalecer la interpretación de los perfiles obtenidos y controlar posibles sesgos que puedan afectar la evaluación del riesgo suicida (Ben-Porath & Tellegen, 2011; Khazem et al., 2021).

Escala de Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) y Cuestionario de conductas suicidas Revisado (SBQ-R): Se emplearán para tasar la severidad, frecuencia e intensidad histórica de las conductas autolíticas (Akram et al., 2020; Bañuelos Barrera et al., 2024).

Inventario de Ansiedad, Depresión y Malestar (ADDI-27), es una escala psicométrica breve de 27 reactivos diseñada para evaluar de forma rápida síntomas de ansiedad y depresión en adultos, basada en el modelo tripartito de la afectividad

Escala Reducida de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R), es un para evaluar la percepción que tiene un individuo sobre el respaldo que recibe de su entorno cercano:

Las variables se muestran en la tabla 2.1:



Tabla 2.1. Cuadro de Operacionalización de Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores Esperados
Variable Independiente: Protocolo de Intervención ABA	Conjunto de técnicas de modificación conductual orientadas a reconfigurar los antecedentes aversivos y los reforzadores desadaptativos (Klonsky & May, 2015).	Programa estructurado de 12 sesiones semanales de 60 minutos enfocado en entrenamiento en habilidades de afrontamiento y reforzamiento de conductas alternativas (De Oliveira Crispim et al., 2021).	Porcentaje de asistencia y cumplimiento de autoregistros conductuales.
Variable Dependiente: Ideación Suicida	Pensamientos repetitivos e intrusivos relacionados con el cese de la propia existencia y la planeación del acto autolítico (Klonsky & May, 2015).	Puntuaciones estandarizadas obtenidas en la escala SUI del MMPI-2-RF y el índice de severidad del SBQ-R (Akram et al., 2020; Ben-Porath & Tellegen, 2011).	Reducción de puntuaciones T en el post-test psicométrico.
Variables Moderadoras: Estrésores Contextuales y Soporte	Factores psicológicos y ambientales que interactúan con la vulnerabilidad del estudiante (Bañuelos Barrera et al., 2024; Sun et al., 2022).	Niveles de estrés percibido (PSS), ansiedad somática (ADDI-27) y escala de apoyo social percibido (AFA-R) (Bañuelos Barrera et al., 2024; Sun et al., 2022).	Coeficientes de correlación y peso predictivo en modelos de regresión.

El procedimiento de la investigación se desarrollará de manera secuencial en cuatro fases, diseñadas para garantizar la adecuada selección de los participantes, el establecimiento

de una línea base, la implementación controlada de la intervención y la posterior evaluación de sus efectos. Cada fase responderá a los objetivos específicos del estudio y permitirá mantener condiciones homogéneas durante el proceso de recolección de información. Asimismo, se procurará que todas las actividades se desarrollen bajo los principios éticos establecidos para investigaciones con seres humanos, considerando especialmente la sensibilidad de las variables relacionadas con la ideación y las conductas autolíticas.

Fase de gestión: En esta primera etapa se realizarán las coordinaciones institucionales necesarias para la ejecución del estudio. Se solicitarán los avales bioéticos correspondientes ante los comités de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) y se socializará la propuesta con las autoridades y actores institucionales involucrados. Durante esta fase también se organizarán las condiciones necesarias para la aplicación de los instrumentos y el desarrollo posterior de la intervención, procurando garantizar la confidencialidad de la información y el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el protocolo de investigación.

Fase de criba (pretest): Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se procederá a la aplicación inicial de la batería psicométrica. Esta evaluación permitirá establecer una línea base de las variables estudiadas antes de iniciar la intervención e identificar oportunamente a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos. Los resultados obtenidos durante esta fase servirán como referencia para determinar posteriormente la magnitud de los cambios producidos tras la intervención. Asimismo, ante la identificación de participantes

con indicadores que requieran atención inmediata, se procederá conforme al protocolo bioético y de atención previsto para el estudio.

Fase de intervención: Posteriormente, se desarrollará durante 12 semanas el protocolo de Análisis Funcional de la Conducta (AFC) con los participantes asignados al grupo experimental. La intervención se ejecutará de manera sistemática conforme a la planificación previamente establecida, procurando mantener uniformidad en su aplicación. Durante este periodo se trabajará en la identificación y análisis de los antecedentes, respuestas y consecuencias relacionadas con las conductas objeto de estudio, con el propósito de reconocer los factores funcionales vinculados con su aparición y mantenimiento y favorecer cambios conductuales acordes con los objetivos de la intervención.

Fase de evaluación (postest): Al finalizar las 12 semanas de intervención, se administrará nuevamente la misma batería de instrumentos psicométricos utilizada durante el pretest. Esta segunda medición permitirá obtener información comparable con la línea base y determinar los cambios registrados en las variables estudiadas. Posteriormente, los resultados del pretest y del postest serán contrastados estadísticamente para identificar posibles variaciones en las conductas autolíticas y establecer la efectividad del protocolo de Análisis Funcional de la Conducta. La comparación permitirá determinar tanto la dirección como la magnitud de los cambios observados después de la intervención.

Los datos serán procesados mediante estadística descriptiva para caracterizar demográficamente la muestra. Para determinar la efectividad de la propuesta, se proyecta el uso de Pruebas T

para muestras pareadas (cambios intragrupo) y Pruebas T para muestras independientes (comparación intergrupo experimental-control). Los efectos de comorbilidad y el peso de las variables moderadoras se modelarán mediante Análisis de Varianza (ANOVA) y modelos de Regresión Logística.

Se espera que el grupo expuesto al protocolo ABA evidencie una reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones de la escala de ideación suicida (SUI) en comparación con su línea base y con el grupo de control (Ben-Porath & Tellegen, 2011; De Oliveira Crispim et al., 2021). Se proyecta que la dotación de técnicas de afrontamiento conductual y la desarticulación de los reforzadores negativos de escape disminuyan de forma notable los síntomas de malestar psicológico general y desesperanza (Klonsky & May, 2015; Sun et al., 2022). Finalmente, se anticipa que los análisis estadísticos confirmen que los niveles elevados de apoyo social familiar operan como un amortiguador (*buffer*) que potencia la velocidad de adquisición de repertorios prosociales y de autocuidado en los estudiantes (Bañuelos Barrera et al., 2024).

El análisis crítico de esta propuesta pretende confrontar los modelos factoriales tradicionales frente a las aproximaciones transdiagnósticas de la psicopatología (Langwerden et al., 2022; Sadeghi et al., 2025). Se discutirá cómo el comportamiento de las variables de ansiedad somática y distrés general se conecta de forma directa con la emergencia de pensamientos de muerte, apoyando el modelo bifactorial donde el riesgo autolítico es una respuesta operante ante el dolor insoportable y no un mero subproducto de un diagnóstico categorial de depresión (Sadeghi et al., 2025; Yang et al., 2023).





Asimismo, la contrastación teórica revisará los alcances de la Teoría de los Tres Pasos (3ST), argumentando que la conectividad institucional actúa como un elemento de contención que detiene el tránsito de la ideación moderada hacia planes letales, justificando por qué la intervención debe operar modificando el macroentorno y el control estimular dentro de las aulas universitarias (Klonsky & May, 2015; Sun et al., 2022).

En este estudio se pretende demostrar que la implementación de un programa preventivo basado en el Análisis Conductual Aplicado (ABA) constituye una estrategia tecnológicamente viable, medible y altamente eficaz para la contención de la ideación suicida en entornos de educación superior (De Oliveira Crispim et al., 2021; Klonsky & May, 2015). Al operacionalizar las conductas de riesgo a nivel de síntomas y contingencias funcionales, la propuesta aporta un modelo sólido para la psicología de la salud y la salud pública, evidenciando que el abordaje proactivo y la dotación de habilidades de regulación emocional reducen la vulnerabilidad institucional y sientan las bases para mitigar de forma científica el sufrimiento psíquico en las comunidades universitarias (Bañuelos Barrera et al., 2024).

Como derivación de las líneas de acción de este capítulo, se plantean las siguientes recomendaciones institucionales:

- **Sistematización de Filtros Psicométricos:** Desarrollar tamizajes periódicos transdiagnósticos integrados a los procesos de tutoría académica para mapear de forma temprana los síntomas puente de agitación e ideas de muerte (Auerbach et al., 2016; Yang et al., 2023).

- **Estandarización del AFC en la Práctica Clínica Universitaria:** Incorporar formalmente el Análisis Funcional de la Conducta en los protocolos de intervención del Centro de Psicología Aplicada para dotar de habilidades alternativas de afrontamiento a los alumnos detectados en rangos clínicos (De Oliveira Crispim et al., 2021; Klonsky & May, 2015).
- **Capacitación de Guardianes Contextuales:** Diseñar talleres dirigidos a los docentes de la DACS-UJAT para la identificación de conductas precursoras de riesgo, facilitando un enlace oportuno y digno con los servicios de salud mental y limitando los efectos del estigma institucional (Auerbach et al., 2016; Bañuelos Barrera et al., 2024).

El diseño metodológico propuesto permite abordar la ideación suicida en estudiantes universitarios desde una perspectiva integral, al combinar la evaluación psicométrica, el análisis de variables psicológicas y contextuales y la aplicación de una intervención conductual. La comparación entre un grupo experimental y un grupo de control, junto con las mediciones realizadas antes y después de la intervención, permitirá valorar los posibles cambios en la ideación y las conductas autolíticas y determinar la influencia de factores como la ansiedad, la depresión, el malestar psicológico y el apoyo social.

La incorporación de instrumentos estandarizados y de un proceso sistemático de tamizaje permitirá identificar perfiles de riesgo y disponer de información objetiva para orientar la intervención. Asimismo, el desarrollo secuencial de las fases de gestión, evaluación inicial, intervención y evaluación final contribuirá a mantener la coherencia del procedimiento y a establecer





comparaciones entre la línea base y los resultados posteriores a la aplicación del protocolo.

Se espera que la intervención favorezca una disminución de los indicadores de ideación suicida y del malestar psicológico, mientras que el apoyo social familiar podría constituir un factor protector relevante frente al riesgo autolítico (Ben-Porath & Tellegen, 2011; De Oliveira Crispim et al., 2021; Klonsky & May, 2015; Sun et al., 2022). En este sentido, la propuesta busca aportar una estrategia preventiva aplicable al contexto universitario que facilite la detección temprana, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y la articulación de respuestas institucionales orientadas a proteger el bienestar psicológico de los estudiantes.

La propuesta metodológica ofrece una vía para trasladar la evaluación del riesgo suicida hacia acciones preventivas concretas dentro del contexto universitario. Su principal fortaleza radica en vincular la detección psicométrica con una intervención orientada a modificar factores asociados con la vulnerabilidad y fortalecer recursos de afrontamiento y protección.

Los resultados esperados permitirán valorar la utilidad de este enfoque para disminuir el riesgo autolítico y generar evidencia que favorezca decisiones institucionales en materia de prevención. De confirmarse los efectos previstos, el estudio podría servir como referente para desarrollar programas sistemáticos de detección, acompañamiento e intervención dirigidos a estudiantes universitarios en situación de vulnerabilidad.

Referencias

- Akram, U., Ypsilanti, A., Gardani, M., Irvine, K., Allen, S., Akram, A., Drabble, J., Bickle, E., Kaye, L., Lipinski, D., Matuszyk, E., Sarlak, H., Steedman, E., & Lazuras, L. (2020). Prevalence and psychiatric correlates of suicidal ideation in UK university students. *Journal of Affective Disorders*, 272, 191–197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.185>
- Bañuelos Barrera, Y., Pérez Briones, N. G., Trejo Ortiz, P. M., Lara Reyes, B. J., Ruiz Sánchez, E., & Argüello, E. J. (2024). Predictive factors for suicidal behaviors among university students in the north-central region of Mexico. *Salud Mental*, 47(2). <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2024.011>
- Beck, A. T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 90–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27888.x>
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2011). *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form): Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Cruz-López, I., Meza-Alejos, A. E., & Pérez-Agüero, M. C. (2024). Comparación de afectaciones psicológicas entre víctimas directas e indirectas de delitos violentos que reclaman una compensación por daño psicológico. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 27(1–2), 47–52. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/92362>





- De Boer, A. B., Phillips, M. S., Barwegen, K. C., Obolsky, M. A., Rauch, A. A., Pesanti, S. D., Tse, P. K. Y., Ovsiew, G. P., Jennette, K. J., Resch, Z. J., & Soble, J. R. (2022). Comprehensive analysis of MMPI-2-RF symptom validity scales and performance validity test relationships in a diverse mixed neuropsychiatric setting. *Psychological Injury and Law*, 16, 61–72. <https://doi.org/10.1007/s12207-022-09467-9>
- De Oliveira Crispim, M., Rodrigues dos Santos, C. M., Da Silva Frazão, I., Farias de Queiroz Frazão, C. M., Rameh de Albuquerque, R. C., & Albuquerque Perrelli, J. G. (2021). Prevalence of suicidal behavior in young university students: A systematic review with meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3495. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5320.3495>
- De Paula, V., Silveira Bregcuez, G., Leandro Machado, E., & Meireles, A. L. (2020). Prevalence of anxiety, depression, and suicidal ideation symptoms among university students: A systematic review. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8739–8756. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-119>
- Domínguez-González, A. D., Guzmán-Valdivia, G., Ángeles-Téllez, F. S., Manjarrez-Ángeles, M. A., & Secín-Diep, R. (2022). Depression and suicidal ideation in Mexican medical students during COVID-19 outbreak: A longitudinal study. *Heliyon*, 8(2), e08851. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08851>

- Eskin, M., Tran, U. S., Carta, M. G., Poyrazli, S., Flood, C., Mechri, A., Shaheen, A., Janghorbani, M., Khader, Y., Yoshimasu, K., Sun, J., Kujan, O., Abuidhail, J., Aidoudi, K., Bakhshi, S., Harlak, H., Moro, M. F., Phillips, L., Hamdan, M., . . . Voracek, M. (2020). Is individualism suicidogenic? Findings from a multinational study of young adults from 12 countries. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 259. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00259>
- Khazem, L. R., Rufino, K. A., Rogers, M. L., Gallyer, A. J., Joiner, T. E., & Anestis, J. C. (2021). Underreporting on the MMPI-2-RF extends to extra-test measures of suicide risk. *Psychological Assessment*, 33(8), 789–794. <https://doi.org/10.1037/pas0001034>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Langwerden, R. J., Van der Heijden, P. T., Claassen, T., Derksen, J. J. L., & Egger, J. I. M. (2022). The structure of dimensions of psychopathology in normative and clinical samples: Applying causal discovery to MMPI-2-RF scales to investigate clustering of psychopathology spectra and p-factors. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1026900. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1026900>
- Lázaro-Pérez, C., Munuera Gómez, P., Martínez-López, J. Á., & Gómez-Galán, J. (2023). Predictive factors of suicidal ideation in Spanish university students: A health, preventive, social, and cultural approach. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1207. <https://doi.org/10.3390/jcm12031207>





- Mamun, M., Rayhan, I., Akter, K., & Griffiths, M. (2020). Prevalence and predisposing factors of suicidal ideation among the university students in Bangladesh: A single-site survey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 1958–1971. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00403-z>
- Marques dos Reis, T. C., Antúnez, A., & Yazigi, L. (2023). Suicidal ideation in university students: A Rorschach assessment. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 33, e3330. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3330>
- México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Prevención del Suicidio*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Moskow, D. M., Lipson, S. K., & Thompson, M. C. (2024). Anxiety and suicidality in the college student population. *Journal of American College Health*, 72(3), 881–888. <https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2060042>

Nguyen, T. D., Mitsui, N., Asakura, S., Watanabe, S., Takanobu, K., Fujii, Y., Toyoshima, K., Kako, Y., & Kusumi, I. (2021). The mediating role of hopelessness in the relationship between self-esteem, social anxiety, and suicidal ideation among Japanese university students who visited a university health care center. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100192. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100192>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Suicidio*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Sadeghi, S., Pourshahbaz, A., Shakiba, S., Akhavan Hejazi, S. M., & Davoudi, M. (2025). Can MMPI-2-RF confirm the structural validity of the somatoform spectrum of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in patients with chronic low back pain. *Acta Psychologica*, 259, 105386. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105386>

Sun, G., Liu, Z., Ma, Z., Lew, B., & Jia, C. (2022). The relationship between negative focused disposition and suicidal ideation among college students: The mediating effects of somatic anxiety, general distress, and depression. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 928666. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.928666>

Yang, T., He, Y., Wu, L., Ren, L., Lin, J., Wang, C., Wu, S., & Liu, X. (2023). The relationships between anxiety and suicidal ideation and between depression and suicidal ideation among Chinese college students: A network analysis. *Heliyon*, 9(10), e20938. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20938>





03.

Síndrome de burnout en equipos de primera respuesta en una unidad de protección civil

Hatziry Gisell

Pérez Suárez

Yesenia Peralta Jiménez

Lucía Velázquez

Velázquez

3.1. Síndrome de burnout: fundamentos, factores de riesgo y consecuencias

El síndrome de burnout es un estado de estrés laboral crónico que surge cuando las demandas del trabajo superan los recursos personales de afrontamiento. Freudenberger (1974) utilizó por primera vez el término *burnout* para describir el desgaste emocional, físico y mental

observado en personal clínico e identificó señales físicas y conductuales del agotamiento así mismo, explicó cómo afecta la forma de pensar, decidir y gestionar las emociones. También advirtió que la dedicación al trabajo tiene efectos positivos, sin embargo, su exceso resulta desgastante. Además, propuso medidas para prevenir o atender los síntomas de agotamiento, con ello, lo definió como un proceso progresivo relacionado al estrés laboral crónico y a las demandas emocionales propias del trabajo, estableciendo así las bases de lo que hoy se conoce como síndrome de burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Posteriormente fue sistematizado por Maslach y Jackson (1981) mediante el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) el cual, es un instrumento que identifica tres dimensiones fundamentales, con el que evaluaron el síndrome en profesionales de servicios humanos, estableciendo tres subescalas centrales. Este ha mostrado alta fiabilidad y validez, actualmente es el instrumento más utilizado en el mundo para medir este síndrome.

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2019) reconoce el *burnout* en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno ocupacional, aunque no lo clasifica como trastorno médico. En México, la salud ocupacional está regulada por un marco jurídico amplio y por diversas autoridades, cada una con atribuciones específicas en seguridad, higiene, prevención de riesgos y salud laboral. Entre ellas destaca la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2024) en México, quien es responsable de proteger la integridad física y la salud de las personas trabajadoras conforme a lo indicado por la Ley Federal del Trabajo (México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024); por ello, es la encargada de vigilar el





cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo, emitir Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y realizar inspecciones y, en su caso, sanciona incumplimientos.

En este sentido, es importante analizar el síndrome de burnout en los equipos de primera respuesta de una unidad de Protección Civil (PC) en el estado de Tabasco, toda vez que enfrentan condiciones laborales altamente demandantes, con exposición constante a situaciones críticas y jornadas prolongadas, lo que puede contribuir al desgaste emocional y físico. Esta situación incrementa el riesgo de desarrollar síndrome de burnout, afectando su bienestar psicológico y la calidad del servicio que brindan. Sin embargo, existen poca evidencia local que permita dimensionar la magnitud del problema, lo que limita la implementación de estrategias preventivas y de intervención.

La protección civil comprende acciones y normas orientadas a prevenir, auxiliar y restablecer la seguridad de la población ante emergencias y desastres. En México, la Ley General de Protección Civil articula la coordinación entre niveles de gobierno bajo el enfoque de gestión integral de riesgo. Por otra parte, en Tabasco, el Instituto de protección implementa este marco mediante programas, diagnóstico de riesgos, coordinación interinstitucional y de capacitación. En este contexto, las unidades de protección civil ejecutan el Programa Interno de Protección Civil, organizando brigadas y protocolos para proteger a personas bienes y entorno. El personal operativo que trabaja en escenarios de alto riesgo, con jornadas prolongadas y presión constante, lo que genera desgaste físico y emocional.

Estas condiciones, sumadas a la exposición continua de fenómenos naturales en Tabasco, incrementan el riesgo de ese síndrome de burnout. La evidencia señala que factores como turnos extensos y demandas psicosociales elevan la despersonalización. Esto impacta negativamente en el bienestar del personal y su rendimiento laboral.

Actualmente existen estudios que reportan una alta relación entre el síndrome de burnout y el rendimiento laboral del personal de salud, lo que indica que tiene un impacto significativo en el rendimiento y la productividad de los trabajadores del sector.

Con base en lo anterior, es importante considerar los factores psicosociales establecidos por la NOM-035-STPS-2018 (México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018), junto con las condiciones laborales del personal operativo y las características organizacionales de cada unidad de protección civil. Así mismo, es esencial comprender como estos elementos influyen en la manera en que el personal enfrenta la carga emocional y física de su trabajo. La escasa evidencia local dificulta dimensionar plenamente esta problemática e impide avanzar hacia estrategias preventivas e intervención específicas.

Ante esta necesidad, se realizó un estudio con diseño no experimental y transversal, de enfoque cuantitativo y alcance correlacional y comparativo, con el propósito de analizar el síndrome de burnout en los equipos de primera respuesta en una Unidad de protección civil en Tabasco. Este diseño permitió identificar dimensiones, factores asociados y generar acciones orientadas a reducir su impacto en la salud laboral del personal de primera respuesta para mejorar la calidad de atención que se brinda a la población.



La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2024) define el *burnout* como un síndrome derivado del estrés laboral crónico relacionado con los riesgos psicosociales, es decir, con las condiciones del entorno laboral que impactan la salud mental, como la sobrecarga de trabajo, horarios extensos, falta de personal, condiciones laborales deficientes, escaso desarrollo profesional, así como violencia, acoso o discriminación (México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018). Sin embargo, cuando las condiciones laborales son adecuadas, el trabajo puede convertirse en un factor protector, al promover bienestar, sentido de propósito, logro personal y relaciones positivas.

En este sentido, es importante señalar que, de acuerdo con algunos estudios, los profesionales del área de la salud son vulnerables a las consecuencias del estrés laboral crónico, por lo que es común observar en ellos algunas conductas asociadas al síndrome de burnout que afectan negativamente su desempeño laboral (Lauracio y Lauracio, 2020).

Sin embargo, estas condiciones no son exclusivas del sector salud ya que también afectan a profesionales de atención a emergencias como el personal que se desempeña en protección civil. Este grupo comparte características laborales similares como la exposición constante a situaciones críticas y alta intensidad emocional, toma de decisiones bajo presión, sobrecargas de trabajo, contacto frecuente con escenarios de riesgo, sufrimiento humano, intervenciones de rápida acción y la interacción como familiares en momentos de crisis. A ello se suman otros factores como jornadas prolongadas, turnos nocturnos y condiciones laborales que incrementan los

niveles de estrés, fatiga y agotamiento mental y físico.

De acuerdo con Nigan et al. (2023) esta población es particularmente vulnerable debido a la constante presión por responder a las altas demandas asistenciales; por lo que, cuando sus esfuerzos por cumplirlas no logran resultados esperados, se genera frustración y desgaste emocional afectando tanto sus metas personales como profesionales. Este proceso puede derivar en desinterés por las actividades laborales y por los usuarios que atienden en el día a día, incremento de errores, así como en la aparición de problemas de salud mental como ansiedad, depresión e incluso ideación suicida. Un ejemplo significativo se evidenció durante la pandemia por COVID -19, en la que se registró un incremento aproximado de 20% en los factores de riesgo asociados a este síndrome, posicionando al personal de salud como uno de los grupos más vulnerables.

En este contexto, las condiciones laborales adversas no sólo favorecen el desarrollo del *burnout*, sino que también afecta la calidad de vida de las personas. La calidad de vida se entiende como un estado de bienestar integral (físico, emocional y social) influido por el entorno de trabajo. Un ambiente laboral adecuado promueve satisfacción y desempeño, mientras que las condiciones deficientes o altamente demandantes deterioran el bienestar del trabajador. Por ello, es fundamental implementar estrategias orientadas a atender sus necesidades; sin embargo, este sigue siendo poco visibilizado, ya que implica cuestionar las condiciones estructurales de algunas instituciones (Patlán, 2020).





El síndrome de burnout se desarrolla de manera progresiva hasta volverse crónico, pasando por varias etapas. La primera es el entusiasmo e idealismo, donde el trabajador inicia motivado, con alta implicación y expectativas elevadas. Posteriormente, en la etapa de detención, surge un desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, generando ansiedad y fatiga.

En la fase de frustración, la persona percibe que sus esfuerzos son insuficientes, aparecen conflictos, bajo rendimiento, afectaciones emocionales y físicas. Luego, en la etapa de apatía, se manifiestan actitudes defensivas, desinterés, cinismo, aislamiento y diversos síntomas físicos y psicológicos.

Finalmente, en la etapa de *burnout* consolidado, el trabajador experimenta insatisfacción profunda y un vacío generalizado, con alteraciones emocionales y cognitivas persistentes que pueden llevar al abandono laboral y a graves problemas de salud (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Las consecuencias del síndrome de burnout se asocian principalmente con enfermedades graves como trastornos músculo esqueléticos, gastrointestinales, respiratorios, cardiovasculares y del sueño, así como depresión, además de incrementar el riesgo de mortalidad en menores de 45 años. Asimismo, genera repercusiones organizacionales como la rotación de personal, el preceptismo y el ausentismo. De igual forma, se ha vinculado con hábitos poco saludables, como el consumo excesivo de azúcares sustancias nocivas y bebidas energéticas que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y algunos trastornos mentales.

Los síntomas del síndrome de burnout se evalúan mediante instrumentos como el MBI diseñado

por Maslach y Jackson (1981) y hasta la fecha continúa siendo un instrumento vigente que evalúa 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Algunos de los factores que favorecen el desarrollo del síndrome de burnout en el ambiente laboral son los siguientes:

Carga de trabajo y ritmo laboral: Las jornadas prolongadas, la sobrecarga de pacientes y el ritmo acelerado favorecen el agotamiento emocional y disminuyen la capacidad de recuperación.

Liderazgo y apoyo organizacional: La ausencia de liderazgo efectivo y de apoyo institucional incrementa la despersonalización. En contraste, el liderazgo transformacional y el acompañamiento emocional reducen el riesgo de burnout.

Reconocimiento y cohesión grupal: La ausencia de reconocimiento y de cohesión en el equipo genera sentimientos de inutilidad y baja realización personal. El apoyo social y la identidad grupal favorecen el bienestar del trabajador.

Condiciones físicas y recursos: Entornos laborales deficientes, la escasez de insumos médicos y espacios inadecuados aumentan la fatiga física y emocional, manifestándose en síntomas como dolor muscular, inmunosupresión y trastornos gastrointestinales.

La NOM-035-STPS-2018 establece los lineamientos para identificar, analizar y prevenir factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo, es de aplicación obligatoria en todas las empresas del país y tiene como objetivo promover un entorno organizacional favorable (México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018). Esta norma obliga a los empleadores a establecer medidas preventivas, identificar a trabajadores expuestos a eventos traumáticos y garantizar programas de



apoyo, lo que contribuye a mejorar la seguridad, salud, productividad laboral y beneficios para el trabajador.

Así mismo, enfatiza la necesidad de diseñar estrategias de prevención, difundir información y realizar evaluaciones periódicas de clima organizacional también establece acciones frente a problemáticas como la violencia laboral, el acoso y la sobrecarga de trabajo, promoviendo intervenciones psicológicas y mejoras en la gestión organizacional. Sin embargo, A pesar de su carácter obligatorio, persisten diferentes deficiencias en su implementación y seguimiento en diversos centros de trabajo, lo que limita su impacto real en la prevención de riesgos psicosociales y en la protección efectiva de la salud mental de los trabajadores.

El síndrome de burnout representa un desafío relevante para la salud ocupacional, especialmente en profesionales cuya actividad exige una respuesta constante ante situaciones de emergencia. Su desarrollo trasciende el agotamiento individual, pues puede comprometer la estabilidad emocional del trabajador, las relaciones dentro de los equipos y la capacidad institucional para mantener un desempeño adecuado.

En los equipos de primera respuesta, la prevención requiere considerar de manera conjunta las características del trabajo, los recursos disponibles, el apoyo organizacional y las oportunidades de recuperación física y emocional. Por ello, la vigilancia de los factores psicosociales y el fortalecimiento de entornos laborales protectores constituyen elementos esenciales para preservar tanto el bienestar del personal como la calidad de la respuesta ofrecida a la población.

3.2. Bienestar psicológico y burnout en el personal de primera respuesta de protección civil

El bienestar psicológico se define como un estado de funcionamiento óptimo en el que las personas desarrollan sus capacidades personales, establecen relaciones positivas y mantienen un sentido de propósito en la vida. Este concepto integra dimensiones emocionales, cognitivas y sociales que intervienen en la manera en que los individuos afrontan las exigencias de su entorno, mantienen su equilibrio personal y construyen recursos para responder ante situaciones adversas. Por tanto, no se limita a la ausencia de alteraciones psicológicas, sino que comprende la capacidad de adaptación, la percepción de competencia personal, la construcción de vínculos satisfactorios y el mantenimiento de condiciones que favorezcan una adecuada calidad de vida.

En este sentido, el bienestar psicológico del personal de primera respuesta constituye un componente fundamental para garantizar una actuación eficaz durante las emergencias. Las características de su actividad profesional exigen mantener elevados niveles de concentración, capacidad de respuesta, regulación emocional y toma de decisiones en circunstancias que pueden implicar peligro para su propia integridad o para la vida de otras personas. Estas exigencias convierten al bienestar psicológico en un recurso indispensable para afrontar adecuadamente las responsabilidades asociadas con la atención de emergencias y reducir los efectos acumulativos derivados de la exposición laboral.

Sin embargo, estos profesionales se encuentran expuestos de manera recurrente a situaciones potencialmente traumáticas, altos niveles de estrés y exigencias físicas y emocionales que pueden



superar progresivamente sus recursos personales de afrontamiento. La atención de personas lesionadas, el contacto con el sufrimiento humano, la posibilidad de presenciar fallecimientos y la responsabilidad de actuar rápidamente en escenarios impredecibles pueden generar una importante carga psicológica. Cuando estas experiencias se acumulan y no existen suficientes oportunidades de recuperación o mecanismos adecuados de apoyo, aumenta la vulnerabilidad frente al *burnout*, la depresión y el estrés postraumático.

Asimismo, los riesgos psicosociales adquieren características particulares en este grupo profesional. La presión por proteger o salvar vidas, la necesidad de tomar decisiones inmediatas con información limitada y la exposición a escenarios de violencia, accidentes o desastres pueden mantener al trabajador en un estado prolongado de activación física y psicológica. A estas condiciones pueden añadirse la incertidumbre sobre los resultados de una intervención, la responsabilidad profesional frente a decisiones críticas y la necesidad de controlar las propias emociones mientras se proporciona asistencia a otras personas. En consecuencia, la exposición continuada a estas demandas puede repercutir tanto en la salud mental como en la salud física del personal.

El efecto de estas condiciones no necesariamente desaparece cuando concluye una emergencia. La reiteración de experiencias de elevada intensidad emocional puede producir un desgaste acumulativo que se manifiesta en cansancio persistente, dificultades para recuperarse después de las jornadas laborales, alteraciones emocionales y menor disposición para afrontar nuevas demandas. En este contexto, el *burnout* puede entenderse como una expresión del

desequilibrio prolongado entre las exigencias del trabajo y los recursos disponibles para responder a ellas.

Esta relación entre bienestar psicológico y desempeño adquiere especial importancia debido a la naturaleza de las funciones desarrolladas por el personal de primera respuesta. Una disminución sostenida de los recursos emocionales puede interferir con procesos esenciales como la concentración, la comunicación con el equipo, la valoración de situaciones de riesgo y la capacidad para responder de manera organizada ante acontecimientos inesperados. Por ello, proteger la salud psicológica de estos trabajadores no constituye únicamente una cuestión relacionada con su bienestar individual, sino también un elemento vinculado con el funcionamiento de las instituciones responsables de atender emergencias.

La protección civil comprende el conjunto de acciones orientadas a prevenir, proteger y restablecer la seguridad de la población ante emergencias y desastres (México. Centro Nacional de Prevención de Desastres, 2021). En México, la Ley General de Protección Civil establece su organización bajo el enfoque de gestión integral del riesgo, articulando acciones de prevención, auxilio y recuperación (México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2023). Dentro de este sistema, el personal operativo constituye uno de los componentes fundamentales, debido a que participa directamente en las actividades destinadas a disminuir riesgos, atender emergencias y contribuir al restablecimiento de las condiciones de seguridad de las comunidades afectadas.

En Tabasco, el Instituto de Protección Civil aplica este marco mediante la planificación, la evaluación



de riesgos, la coordinación interinstitucional y la capacitación continua. A nivel organizacional, las unidades de protección civil implementan el Programa Interno de Protección Civil mediante brigadas, protocolos y medidas preventivas destinadas a salvaguardar a las personas, los bienes y el entorno. El cumplimiento de estas funciones requiere personal preparado para actuar en escenarios diversos, adaptarse rápidamente a las características de cada emergencia y mantener una coordinación permanente con otros actores involucrados en la respuesta.

El personal que opera estos programas enfrenta de forma constante escenarios de alto riesgo, entre ellos inundaciones, huracanes, incendios y operaciones de rescate, circunstancias que implican una elevada carga física y emocional. Durante estas intervenciones, los trabajadores pueden estar expuestos simultáneamente a riesgos ambientales, presión temporal, incertidumbre y contacto directo con personas afectadas. Factores como la toma de decisiones bajo presión, la atención a víctimas y las jornadas prolongadas incrementan el desgaste y el riesgo de *burnout* (Cavazos et al., 2025; México. Centro Nacional de Prevención de Desastres, 2021).

Cohen et al. (2023), mediante una revisión sistemática, analizaron diferentes intervenciones implementadas en los entornos laborales para mejorar el bienestar y disminuir el *burnout* en profesionales sometidos a importantes demandas asistenciales. Sus hallazgos destacan la necesidad de abordar el desgaste profesional mediante estrategias que consideren tanto los recursos individuales como las condiciones organizacionales. Esta perspectiva resulta relevante para el personal de primera respuesta, debido a que la prevención del *burnout* requiere

no solo fortalecer las capacidades personales de afrontamiento, sino también promover ambientes laborales que favorezcan el bienestar psicológico y reduzcan la exposición sostenida a factores de riesgo psicosocial.

Las exigencias tampoco se limitan al momento de la emergencia. La preparación previa, las actividades preventivas, la capacitación, la movilización de recursos y las labores posteriores de recuperación forman parte de un proceso de trabajo que puede prolongar las demandas físicas y psicológicas. De esta manera, la acumulación de responsabilidades puede reducir los periodos disponibles para el descanso y dificultar una recuperación adecuada entre una intervención y otra. Esta situación resulta especialmente relevante cuando las emergencias ocurren de manera sucesiva o requieren una respuesta institucional sostenida.

Además, la elevada exposición del estado de Tabasco a fenómenos hidrometeorológicos mantiene una demanda operativa continua sobre el personal de protección civil. Las características territoriales y ambientales pueden requerir movilizaciones frecuentes, vigilancia de zonas vulnerables, acciones preventivas y respuestas rápidas ante acontecimientos que amenazan a la población. En este escenario, las exigencias psicosociales asociadas con la disponibilidad permanente y la responsabilidad frente a situaciones críticas pueden incrementar progresivamente el desgaste profesional.

Por ello, el bienestar psicológico del personal de primera respuesta debe comprenderse como resultado de la interacción entre los recursos individuales y las condiciones en las que se desarrolla el trabajo. La capacidad de afrontamiento del profesional resulta importante,



pero no puede analizarse de manera aislada de elementos como la organización de las jornadas, las oportunidades de descanso, la disponibilidad de recursos, el respaldo de los equipos y las posibilidades de recuperación después de situaciones particularmente exigentes. Esta perspectiva permite evitar que el *burnout* sea interpretado exclusivamente como una dificultad individual y favorece su comprensión dentro de las condiciones psicosociales propias de la actividad laboral.

La protección del bienestar psicológico de estos profesionales requiere una visión preventiva que considere las particularidades de su actividad y la exposición acumulativa a situaciones críticas. Reconocer tempranamente señales de agotamiento y fortalecer los recursos personales y organizacionales puede contribuir a preservar la capacidad funcional del trabajador y su vinculación positiva con la actividad que desempeña. Desde esta perspectiva, el cuidado de quienes intervienen directamente en emergencias constituye también una condición necesaria para sostener servicios de protección civil capaces de responder de manera eficaz y continuada ante las necesidades de la población.

3.3. Evidencia empírica sobre burnout y condiciones laborales

Un estudio realizado Mendoza-Muñoz y Haro-Zea (2024), muestra que el 35% de los trabajadores del área de la salud tienen una relación moderada entre el *burnout* y las condiciones laborales. Por otra parte, Intriago Miranda (2019), realizó un estudio en Ecuador en cual demostró que más del 15 % del personal sanitario que participaron en el estudio sufre del síndrome de fatiga crónica

y un porcentaje del 2% se encuentra en riesgo de padecerla.

Rendón Montoya et al. (2020) analizaron la presencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de unidades de cuidados críticos y de hospitalización, identificando diferentes niveles de afectación en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Los autores evidenciaron que las características laborales y sociodemográficas pueden relacionarse con la aparición y severidad del desgaste profesional, destacando la importancia de reconocer oportunamente los factores asociados al entorno de trabajo. Sus resultados refuerzan la necesidad de implementar estrategias institucionales dirigidas a prevenir el agotamiento laboral y proteger el bienestar psicológico de los profesionales expuestos de manera continua a elevadas demandas asistenciales.

En este estudio se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, correlacional y diseño transversal no experimental. El problema planteado se evaluó mediante instrumentos estandarizados lo que permitió obtener datos sobre los factores de riesgos laborales y las dimensiones de síndrome de burnout. El proceso se realizó con un enfoque ético y humanizado, garantizando la confidencialidad, el anonimato, la voluntariedad y el derecho a retirarse, sin interferir con la seguridad operativa, ni la continuidad de los servicios de emergencia.

La población de estudio se conformó por personal de una unidad de protección civil en un municipio del estado de Tabasco, Integrada por 13 personas adscritas al área operativa. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los criterios de inclusión consideraron a quienes contaban con más de 6 meses de antigüedad, personal en servicio activo durante el período de evaluación y aquellos que aceptaron participar voluntariamente. Se excluyó el personal administrativo o de apoyo sin funciones de primera respuesta, así como a quienes se encontraban de licencia médica, vacaciones, incapacidad, aquellos que no cumplían con la antigüedad o quienes no aceptaron participar.

El procedimiento incluyó la autorización institucional, la invitación voluntaria al personal de primera respuesta, obtención del consentimiento informado, así como la aplicación presencial o digital de los instrumentos. Posteriormente, se codificaron los datos y se analizaron en 2 etapas: descriptiva a través los rangos del MBI y las condiciones psicosociales se clasificaron de acuerdo con los criterios establecidos por la NOM-035-STPS-2018 (México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018).

El instrumento se estructuró con 58 reactivos mediante Google forms para analizar los niveles de síndrome de burnout asociados a factores de riesgo psicosocial en el personal de emergencias de protección civil. Se organizó en las siguientes secciones: consentimiento informado, 10 reactivos para obtener datos sociodemográficos, 46 reactivos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial conforme a la NOM-035-STPS-2018 y 22 reactivos del MBI.

El cuestionario de riesgo psicosocial permitió identificar, analizar y prevenir diversos factores de riesgo psicosocial y promueve un ambiente organizacional saludable para el trabajador, de los 58 reactivos que la conforman, nueve evalúan las condiciones de trabajo; cuatro evalúan

las actividades que realiza en su trabajo y las responsabilidades que tiene; cuatro reactivos evalúan el tiempo destinado a su trabajo y sus responsabilidades familiares; cinco reactivos miden las decisiones que puede tomar en su trabajo; cinco evalúan capacitación e información que recibe sobre su trabajo; trece reactivos evalúan las relaciones con sus compañeros de trabajo y su jefe; tres reactivos evalúan la atención a clientes y usuarios; los últimos tres reactivos evalúan las actitudes de los trabajadores que supervisa, en caso de que aplique en sus actividades realizadas.

Por su parte, el MBI, tiene una confiabilidad del 90% para evaluar el desgaste profesional en 3 dimensiones: busca cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las puntuaciones en la evaluación del MBI son consideradas bajas cuando estas se presentan por debajo de una puntuación de 34 y altas cuando superan esta puntuación. Cuando las escalas de cansancio emocional y despersonalización están altas y la escala de realización personal se puntúa por debajo de 34 se considera el diagnóstico de MBI.

La escala de agotamiento emocional se integra por nueve preguntas que evalúan la vivencia de estar emocionalmente agotado debido a las demandas de trabajo, su puntuación máxima es de 54 puntos. Así mismo, la escala de despersonalización se integra por cinco preguntas que evalúan el nivel en que cada persona reconoce sus actitudes de frialdad o distanciamiento emocional, su puntuación máxima es de 30 puntos. Por último, la escala de realización personal se conforma por ocho reactivos que evalúan los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo, su puntuación máxima es de 48 puntos.



Una de las principales limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra, que, al ser conformada por solo 13 integrantes de una sola unidad de protección civil, un muestreo no probabilístico por conveniencia limita la posibilidad de generalizar los resultados a otras unidades o poblaciones con características distintas; por ello los hallazgos deben interpretarse dentro del contexto específico evaluado.

En el estudio participaron 13 personas con cargo de primera respuesta, el género predominante fue el femenino con el 61.5% y el masculino en un 38.5%. El 61.5% es personal tiene un grado técnico, 23.1% es personal voluntario y el 15.4% es personal con estudios licenciatura. Respecto al tiempo que tienen de antigüedad el 23.1% tiene 1 año, el 15.4% tienen 2 años, el 61.6% tienen entre 8 meses a 7 años.

Los resultados de la evaluación de los factores de riesgo psicosocial mostraron un nivel alto en la calificación final del instrumento establecido en la NOM-035-STPS-2018 (México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018). Los resultados por categorías indican alto riesgo en el ambiente laboral, factores propios de la actividad, así como en el liderazgo y las relaciones de trabajo, mientras que en la categoría de organización del tiempo de trabajo se encontró un riesgo medio.

Por otro lado, los resultados de dominio, indican un riesgo muy alto en la carga de trabajo y un riesgo alto en las condiciones en el ambiente de trabajo, jornadas de trabajo, interferencia en la relación trabajo-familia y violencia; así mismo se identificó un nivel de riesgo medio en la falta de control sobre el trabajo y el liderazgo, mientras que en las relaciones de trabajo de determino un riesgo nulo, como se muestra en las tablas 3.1 y 3.2.

Tabla 3.1. Rangos para la calificación final del cuestionario de riesgo Psicosocial.

Resultado del cuestionario	Nulo o despreciable	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Calificación final del cuestionario	$C_{\text{final}} < 20$	$20 \leq C_{\text{final}} < 45$	$45 \leq C_{\text{final}} < 70$	$70 \leq C_{\text{final}} < 90$	$C_{\text{final}} \geq 90$
C_{final}					

Tabla 3.2. Rangos de riesgos psicosociales por categorías.

Calificación de la categoría	Nulo o despreciable	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Ambiente de trabajo	$C_{\text{cat}} < 3$	$3 \leq C_{\text{cat}} < 5$	$5 \leq C_{\text{cat}} < 7$	$7 \leq C_{\text{cat}} < 9$	$C_{\text{cat}} \geq 9$
Factores propios de la actividad	$C_{\text{cat}} < 10$	$10 \leq C_{\text{cat}} < 20$	$20 \leq C_{\text{cat}} < 30$	$30 \leq C_{\text{cat}} < 40$	$C_{\text{cat}} \geq 40$
Organización del tiempo de trabajo	$C_{\text{cat}} < 4$	$4 \leq C_{\text{cat}} < 6$	$6 \leq C_{\text{cat}} < 9$	$9 \leq C_{\text{cat}} < 12$	$C_{\text{cat}} \geq 12$
Liderazgo y relaciones en el trabajo	$C_{\text{cat}} < 10$	$10 \leq C_{\text{cat}} < 18$	$18 \leq C_{\text{cat}} < 28$	$28 \leq C_{\text{cat}} < 38$	$C_{\text{cat}} \geq 38$



La Tabla 3.3 presenta los criterios establecidos para interpretar los niveles de riesgo psicosocial en función de los diferentes dominios evaluados. La clasificación comprende niveles que van desde nulo o despreciable hasta muy alto, lo que permite determinar la intensidad de la exposición del trabajador a condiciones potencialmente perjudiciales para su bienestar. Los dominios considerados incluyen las condiciones del ambiente de trabajo, la carga laboral, la falta de control sobre las tareas, la extensión de la jornada, la interferencia entre las responsabilidades laborales y familiares, el liderazgo, las relaciones interpersonales y la presencia de violencia. Esta diferenciación facilita una valoración específica de las áreas que pueden comprometer el bienestar psicológico del personal y permite reconocer aquellas que requieren mayor atención preventiva.

Por su parte, la Tabla 3.4 establece la relación entre el nivel de riesgo psicosocial identificado y la necesidad de implementar acciones institucionales. Cuando los resultados evidencian un nivel alto de riesgo, resulta necesario profundizar en el análisis de las categorías y dominios afectados para determinar las medidas de intervención más pertinentes. Estas acciones deben orientarse no solo a disminuir los factores que generan estrés laboral, sino también a fortalecer las condiciones organizacionales mediante evaluaciones específicas, programas preventivos, actividades de sensibilización y mecanismos dirigidos a prevenir la violencia laboral. De esta manera, la evaluación de los riesgos psicosociales adquiere una función práctica al proporcionar información para orientar decisiones destinadas a proteger la salud y favorecer un entorno laboral adecuado, conforme a los criterios establecidos en la NOM-035-STPS-2018 (México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018).

Tabla 3.3. Rangos de los riesgos psicosociales por dominio.

Resultado del dominio	Nulo o despre- ciable	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Condiciones en el ambiente de trabajo	Cdom<3	3≤Cdom<5	5≤Cdom<7	≤Cdom<97	Cdom≥9
Carga de trabajo	Cdom<12	12≤Cdom<16	16≤Cdom<20	20≤Cdom<24	Cdom≥24
Falta de control sobre el trabajo	Cdom<5	5≤Cdom<8	8≤Cdom<11	11≤Cdom<14	Cdom≥14
Jornada de trabajo	Cdom<1	1≤Cdom<2	2≤Cdom<4	4≤Cdom<6	Cdom≥6
Interferencia en la relación trabajo-fa- milia	Cdom<1	1≤Cdom<2	2≤Cdom<4	4≤Cdom<6	Cdom≥6
Liderazgo	Cdom<3	3≤Cdom<5	5≤Cdom<8	8≤Cdom<11	Cdom≥11
Relaciones en el trabajo	Cdom<5	5≤Cdom<8	8≤Cdom<11	11≤Cdom<14	Cdom≥14
Violencia	Cdom<7	7≤Cdom<10	10≤Cdom<13	13≤Cdom<16	Cdom≥16

Tabla 3.4. Criterios para la toma de acciones en la identificación de riesgo psicosocial.

Nivel de riesgo	Necesidad de acción
Alto	Se requiere realizar el análisis de cada categoría y dominio para establecer las acciones de intervención apropiadas, mediante un Programa de intervención que deberá incluir evaluaciones específicas, y contemplar campañas de sensibilización, revisar la política de prevención de riesgos psicosociales y programas para la prevención de los factores de riesgo psicosocial, la promoción de un entorno organizacional favorable y la prevención de la violencia laboral, así como reforzar su aplicación y difusión. La promoción de un entorno organizacional favorable, la prevención de violencia laboral, así como reforzar su aplicación y difusión.

Fuente: México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2018).

Por otro lado, los resultados del MBI, determinaron una presencia importante de indicadores asociados al síndrome de burnout en el personal de protección civil evaluado. En la dimensión de agotamiento emocional, predominó el nivel medio en el 38.5% de los participantes, mientras que el 30.8% presentó niveles altos y el mismo porcentaje niveles bajos. Respecto a la despersonalización, la mayoría de los trabajadores se ubicó en un nivel medio (61.5%), seguido de un 38.5% con niveles altos, y sin registró de casos en niveles bajos. En cuanto a la realización personal, se observan resultados más desfavorables, ya que el 61.5% de los participantes mostraron niveles bajos y el



38.5% niveles medios, sin que ningún trabajador alcanza niveles altos. Estos resultados indican la presencia de factores asociados al síndrome de burnout en la población estudiada, como se muestra en la tabla 3.5:

Tabla 3.5. Resultados de MBI por participante.

Nivel	Agotamiento emocional n (%)	Despersonalización n (%)	Realización personal n (%)
Bajo	4 (30.8 %)	0 (0.0 %)	8 (61.5 %)
Medio	5 (38.5 %)	8 (61.5 %)	5 (38.5 %)
Alto	4 (30.8 %)	5 (38.5 %)	0 (0.0 %)
Total	13 (100 %)	13 (100 %)	13 (100 %)

Referente a percepción de efectos generados por el síndrome de burnout relacionado con los factores de riesgo psicosocial, el 100% del personal que participó en el estudio mostro síntomas físicos y psicológicos como se muestra en la Figura 3.1 y Figura 3.2.

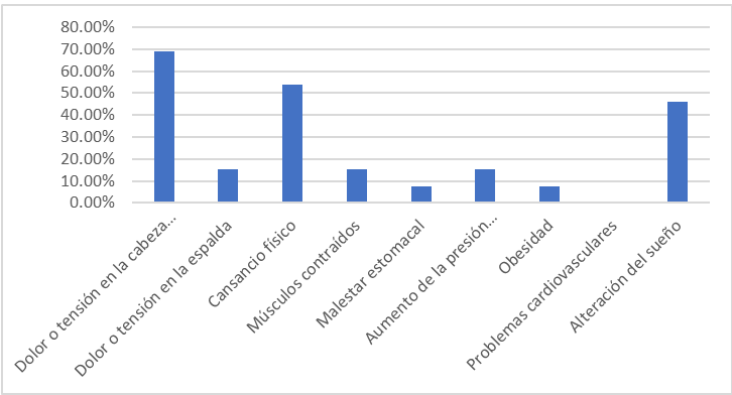


Figura 3.1. Manifestaciones físicas.

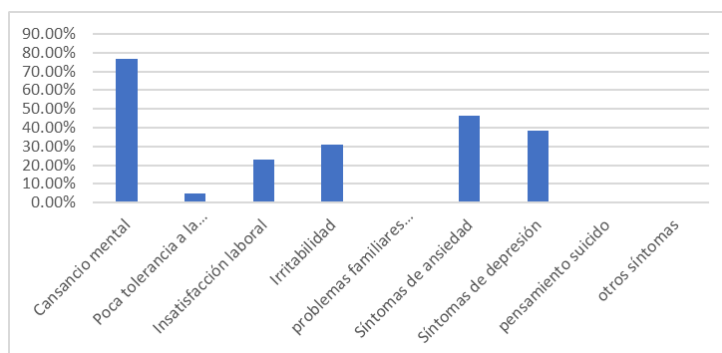


Figura 3.2. Psicológicas del estrés laboral en el personal de protección civil.

Los resultados evidencian que los factores de riesgo psicosocial evaluados mediante la NOM-035-STPS-2018 (México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018) se relacionan con las manifestaciones de síndrome de burnout observadas en el personal de primera respuesta estudiados. La carga de trabajo destaca como el principal factor de riesgo, al presentar un nivel muy alto, esto sugiere una exposición constante a las demandas físicas y emocionales que favorecen el agotamiento, la fatiga acumulada y el deterioro del bienestar psicológico. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Gil-Monte y Peiró (1997); y Nigam et al. (2023) quienes señalan que la sobrecarga laboral constituye uno de los principales antecedentes de burnout.

Asimismo, los niveles altos de riesgo que fueron identificados en las dimensiones de ambiente laboral, jornadas de trabajo e interferencia trabajo-familia reflejan condiciones que dificultan el equilibrio entre las exigencias laborales y la vida personal. Esta situación puede incrementar el estrés crónico, favorecer conflictos familiares y reducir la capacidad de recuperación física y emocional del trabajador, contribuyendo al desarrollo progresivo del desgaste ocupacional.

En relación con los resultados del MBI, se observaron niveles altos de despersonalización, niveles medios de cansancio emocional y niveles bajos de realización personal, todo esto es una clara evidencia de un proceso de desgaste laboral que avanza cada vez más. Aunque el cansancio emocional no se refleja en niveles elevados, se observa la presencia de algunas conductas como conflictos interpersonales, desmotivación laboral, intención de abandonar el puesto y trato distante hacia los usuarios que sugieren un importante impacto del síndrome de burnout ya que afecta el desempeño y las relaciones laborales.

Estos resultados toman relevancia debido a la naturaleza de las funciones que realiza el personal estudiado, caracterizadas por una exposición continua a emergencias, situaciones de riesgo, sufrimiento humano y toma de decisiones bajo presión. La combinación de estas demandas con las jornadas prolongadas, limitaciones organizacionales y recursos insuficientes pueden favorecer el desarrollo del síndrome de burnout, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2024).

Finalmente, las consecuencias identificadas se reflejan principalmente en el deterioro del bienestar físico y emocional, lo que a su vez favorece la adopción de hábitos poco saludables que incrementan el riesgo de enfermedades crónicas como por ejemplo la diabetes y la hipertensión como, así como la aparición de algunos trastornos mentales.

Sin embargo, no solo afectan el ámbito personal, sino que afectan también a la organización, al incrementar el riesgo de ausentismo, rotación de personal y disminución de la calidad de la atención brindada a la población. Por ello, estos hallazgos respaldan la necesidad de implementar



estrategias orientadas a la redistribución de las cargas de trabajo, el fortalecimiento del liderazgo organizacional y la promoción de la salud mental ocupacional, con la finalidad de reducir el impacto del síndrome de burnout y mejorar el bienestar del personal de primera respuesta.

Los hallazgos confirman que existe una relación significativa entre los factores laborales identificados y el nivel de síndrome de burnout en el personal, lo que evidencia que las condiciones organizacionales no sólo influyen, sino que constituyen un elemento clave en el desarrollo de este síndrome.

Este estudio, además de cumplir con el propósito de analizar e identificar las dimensiones del *burnout* y sus factores asociados, también aporta evidencia empírica en el contexto local, lo que permite dimensionar la magnitud del problema en los equipos de primera respuesta de protección civil en Tabasco. Lo anterior resulta fundamental para el diseño de acciones orientadas a reducir su impacto, mediante estrategias preventivas dirigidas a mejorar las condiciones laborales, fortalecer el liderazgo organizacional y promover el bienestar psicológico del personal.

A pesar de las limitaciones del estudio, los resultados muestran evidencia relevante sobre la presencia del síndrome de burnout y los factores de riesgo psicosocial en el personal de primera respuesta, consituyendo una base para futuras investigaciones con muestras más amplias y representativas.

Las siguientes propuestas surgen a partir de los hallazgos encontrados en este estudio, el cual se caracteriza por condiciones laborales altamente demandantes y la exposición constante a situaciones críticas, con la finalidad de atender los factores de riesgo psicosocial de acuerdo con

lo establecido en la NOM-035-STPS-2018 (México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018).

Para ello, es necesario analizar cada categoría y dominio, a el fin de establecer acciones de intervención pertinentes que permitan mitigar el impacto del síndrome de burnout. Es importante mencionar que estas acciones tienen como propósito fortalecer el bienestar laboral y mejorar la calidad del servicio brindado. En este sentido, se describen lo siguiente:

- Implementar evaluaciones periódicas de riesgos psicosocial, conforme a la NOM-035-STPS-2018 e integrar indicaciones de salud mental en la evaluación institucional.
- Desarrollar programas integrales de prevención del *burnout*, enfocado en la disminución de la sobrecarga laboral, el fortalecimiento de la estructura organizacional y la adecuada distribución de jornadas y turnos para favorecer el equilibrio trabajo-familia.
- Institucionalizar servicios de atención psicológica, incluyendo intervención inmediata ante eventos traumáticos, seguimiento continuo, así como acompañamiento emocional.
- Fortalecer el liderazgo organizacional y la comunicación entre personal operativo y directivo.
- Capacitación para mejorar la comunicación, mejor manejo de conflicto, desarrollo de habilidades que permitan un mejor manejo del estrés y resiliencia,
- Promover programas de bienestar integral, que incluyan autocuidado, actividad física, descanso, hábitos saludables y desarrollo de resiliencia y afrontamiento emocional.



- Impulsar campañas de sensibilización, sobre el burnout, manejo de estrés, salud mental y cultura de autocuidado.
- Considerar la conciliación trabajo-familia
- Promover políticas que prioricen la salud ocupacional en los equipos de primera respuesta; así como políticas de prevención y atención de violencia laboral y acoso.

Los resultados obtenidos evidencian la presencia de condiciones psicosociales desfavorables en el personal de primera respuesta de Protección Civil estudiado, destacándose especialmente la elevada carga de trabajo y las dificultades asociadas con las jornadas laborales y la conciliación entre las responsabilidades profesionales y familiares. Estas condiciones configuran un entorno ocupacional que puede favorecer el desgaste progresivo y comprometer el bienestar psicológico del personal.

La evaluación mediante el MBI permitió identificar un patrón caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una limitada realización personal, lo que pone de manifiesto la necesidad de atender tempranamente las condiciones relacionadas con el desgaste profesional.

En consecuencia, resulta necesario fortalecer las estrategias institucionales de prevención, atención psicológica y organización del trabajo, priorizando la distribución adecuada de las cargas laborales, el liderazgo, la conciliación trabajo familia y la promoción de la salud mental. Debido al reducido tamaño de la muestra, estos hallazgos deben interpretarse dentro del contexto específico estudiado y constituyen un punto de partida para investigaciones posteriores con poblaciones más amplias.

Referencias

- Cavazos-Cavazos, E. T., Pérez-Martínez, K. S., & Saldaña-Pérez, J. E. (2025). Evaluación del síndrome de burnout en el personal de primera respuesta de Protección Civil en Nuevo León: Un estudio basado en el (MBI) Maslach Burnout Inventory adaptado. *Vinculatégica EFAN*, 11(6), 97–114. <https://doi.org/10.29105/vtga11.6-1227>
- Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Open*, 13(6), e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Editorial Síntesis.
- Intriago Miranda, S. A. (2019). *Principales causas del síndrome de burnout en el personal médico, paramédico y de enfermería de un centro hospitalario de la Dirección Distrital Junín-Bolívar* [Tesis de maestría, Universidad San Gregorio de Portoviejo].
- Lauracio, C., & Lauracio, T. (2020). Síndrome de burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), 543–554. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.04.003>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>





- Mendoza-Muñoz, J. A., & Haro-Zea, K. L. (2024). Burnout y su impacto en el desempeño laboral del personal de salud, una revisión sistemática. *Impulso, Revista De Administración*, 4(7), 167-184. <https://doi.org/10.59659/impulso.v.4i7.41>
- México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2023). *Ley General de Protección Civil*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPC.pdf>
- México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). *Ley Federal del Trabajo*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- México. Centro Nacional de Prevención de Desastres. (2021). *Manual de protección civil*. <https://www.cenapred.unam.mx/es/Publicaciones/archivos/293-MANUALDEPROTECCINCIVIL.PDF>
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). *NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo—Identificación, análisis y prevención*. *Diario Oficial de la Federación*. <https://asinom.stps.gob.mx/upload/nom/48.pdf>
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2024). Marco normativo de seguridad y salud en el trabajo. Gobierno de México. <https://asinom.stps.gob.mx/centro/centromarconormativo.aspx>
- Nigam, J. A. S., Barker, R. M., Cunningham, T. R., Swanson, N. G., & Chosewood, L. C. (2023). Vital signs: Health worker-perceived working conditions and symptoms of poor mental health—Quality of Worklife Survey, United States, 2018–2022. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(44), 1197–1205. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7244e1>

- Patlán Pérez, J. (2020). ¿Qué es la calidad de vida en el trabajo? Una aproximación desde la teoría fundamentada. *Psicología desde el Caribe*, 37(2), 31–67. <https://doi.org/10.14482/psdc.37.2.158.7>
- Rendón Montoya, M. S., Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández Reyna, I., Vargas, M. R., & Favela Ocaño, M. A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479–506. <https://doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an occupational phenomenon: International classification of diseases*. WHO. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2024). Mental health at work. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>





04.

Más allá del coeficiente intelectual total: evaluación de las altas capacidades mediante el WISC- IV

Melida Del Valle Galindo

4.1. Altas capacidades intelectuales: identificación, características y heterogeneidad cognitiva

Las altas capacidades intelectuales constituyen un fenómeno complejo y multidimensional que no puede comprenderse exclusivamente a partir de una puntuación global de inteligencia. Su identificación requiere considerar la diversidad de manifestaciones cognitivas, académicas y personales que pueden presentarse durante el

desarrollo, así como las diferencias individuales en las fortalezas y debilidades de cada persona.

Esta heterogeneidad plantea importantes desafíos para los procesos de evaluación, especialmente cuando se emplean criterios rígidos o instrumentos interpretados desde una perspectiva exclusivamente cuantitativa. En consecuencia, la detección de las altas capacidades demanda una valoración integral del perfil cognitivo que permita reconocer potencialidades que podrían permanecer ocultas cuando la identificación se sustenta únicamente en una puntuación general.

La identificación de estudiantes con altas capacidades intelectuales en México presenta una brecha significativa, pues solo el 0,01 % de la población estudiantil es formalmente identificada, frente al 15 % estimado. El uso exclusivo del coeficiente intelectual total como criterio de identificación ha sido cuestionado por la National Association for Gifted Children (2018), que recomienda realizar un análisis más amplio que considere la variabilidad intraperfil y el empleo de índices auxiliares, como el índice de capacidad general. En este sentido, el presente estudio analiza la aplicabilidad de estos criterios en una muestra clínica mexicana.

La National Association for Gifted Children establece buenas prácticas para la interpretación de los resultados obtenidos mediante la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, cuarta edición, en los procesos de identificación de personas con altas capacidades. De acuerdo con estas orientaciones, el coeficiente intelectual total puede resultar insuficiente para identificar adecuadamente a esta población debido a la variabilidad que puede presentarse entre los diferentes índices.



En la práctica cotidiana, es frecuente utilizar únicamente el coeficiente intelectual total como criterio para identificar a niños y adolescentes con altas capacidades. Sin embargo, los indicadores disponibles en México plantean una interrogante fundamental acerca de las razones por las cuales esta población continúa siendo insuficientemente identificada, a pesar de la existencia de descriptores y orientaciones para su detección, al menos en el ámbito de la educación básica. Esta situación también conduce a examinar los procedimientos empleados por los profesionales durante la aplicación e interpretación de las pruebas psicométricas. Debido a que el problema de la identificación comprende múltiples factores, resulta pertinente analizar si el uso predominante del coeficiente intelectual total puede constituir una de las barreras que dificultan la detección de estas poblaciones. Por tanto, el objetivo del presente estudio es describir los hallazgos obtenidos en 12 casos evaluados en Altus Capax mediante la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, cuarta edición, y analizar la aplicabilidad de las orientaciones y buenas prácticas internacionales de interpretación propuestas por la National Association for Gifted Children.

La detección de las personas con altas capacidades en México constituye un elemento fundamental para establecer las intervenciones que requieran, tanto de carácter terapéutico como educativo, entre ellas los ajustes curriculares y la promoción anticipada. Según las cifras registradas por la Secretaría de Educación Pública, durante el periodo 2023-2024 fueron atendidos 29 917 estudiantes de educación básica con aptitudes sobresalientes, dentro de una matrícula total de 23 907 339 estudiantes, lo que representa aproximadamente el 0,01 % de esta población (México. Secretaría de Educación Pública, 2024).

Esta proporción contrasta considerablemente con las estimaciones señaladas en la literatura, según las cuales alrededor del 15 % de la población podría presentar estas características (Chávez Soto et al., 2014). Si esta estimación se aplicara a la matrícula señalada, cabría esperar aproximadamente 3 586 101 estudiantes con estas características. Esta diferencia evidencia una importante brecha en los procesos de identificación y atención, problemática que Covarrubias Pizarro y Marín Uribe (2015) caracteriza como una deuda educativa que comprende no solo la atención de esta población, sino también su adecuada detección.

La definición conceptual empleada para caracterizar a esta población resulta determinante para establecer los criterios mediante los cuales puede ser identificada. De acuerdo con Covarrubias Pizarro (2018), la evolución desde el concepto de aptitudes sobresalientes hacia el de altas capacidades y talento implica una ampliación de las perspectivas utilizadas para comprender este fenómeno. En este sentido, las concepciones adoptadas condicionan la manera en que las personas son identificadas y clasificadas dentro de esta población (Kaufman & Sternberg, 2008).

Los términos asociados con las altas capacidades se encuentran estrechamente relacionados con la evolución histórica del concepto de inteligencia, desde perspectivas unidimensionales sustentadas principalmente en puntuaciones globales y puntos de corte del coeficiente intelectual hasta aproximaciones multidimensionales. Aunque no existe una definición única y universalmente aceptada, los procesos de identificación dependen de las dimensiones, características y rasgos considerados. Entre las principales dimensiones señaladas se encuentran la aptitud intelectual general, las aptitudes académicas o





artísticas específicas, la creatividad y el liderazgo (Webb et al., 2016).

En este contexto, el presente estudio adopta como referente la definición de altas capacidades propuesta por la National Association for Gifted Children, citada por Tourón (2012):

Personas de alta capacidad son aquéllas que demuestran un nivel de aptitud sobresaliente (definido como una capacidad excepcional para razonar y aprender) o competencia (desempeño documentado o rendimiento que los sitúa en el 10% superior, o por encima, respecto al grupo normativo) en uno o más dominios. Los dominios incluyen cualquier área de actividad estructurada con su propio sistema simbólico (las Matemáticas, la Música, la Lengua...) o su propio conjunto de destrezas sensoriomotrices (la Pintura, la Danza, los Deportes...).

Entre las características que suelen asociarse con las altas capacidades se encuentran el rápido ritmo de aprendizaje, la buena memoria, un vocabulario amplio, la capacidad para el aprendizaje autónomo, el pensamiento abstracto, la concentración intensa, una notable profundidad y sensibilidad emocional, un elevado sentido de la justicia, el idealismo, el pensamiento lógico y un sentido del humor agudo, entre otras (Pfeiffer, 2017). Sin embargo, estas características no se manifiestan necesariamente de manera simultánea ni con la misma intensidad en todas las personas. Cada niño o adolescente presenta una configuración particular en su forma de pensar, sentir, socializar, desarrollar sus intereses y utilizar sus recursos cognitivos y creativos. Por ello, las expectativas sustentadas en la idea de que las personas con altas capacidades deben mostrar un desempeño sobresaliente en todas las

áreas pueden convertirse en una barrera para su adecuada identificación.

Silverman (2013) señala que los niños con un elevado desempeño escolar y aquellos que destacan intelectualmente de manera evidente suelen ser identificados con mayor facilidad. Sin embargo, otros perfiles pueden pasar desapercibidos durante los procesos de detección. Entre ellos se encuentran los niños con una dotación intelectual muy elevada, quienes pertenecen a contextos cultural, académico o lingüísticamente diversos, las personas altamente creativas o introvertidas, quienes evitan destacar, los niños y adolescentes que pueden ocultar sus capacidades para ajustarse a determinadas expectativas sociales y quienes presentan un estilo de aprendizaje visoespacial. Las dificultades de identificación pueden ser aún mayores en las personas doblemente excepcionales, debido a la coexistencia de altas capacidades con otras condiciones que pueden modificar o enmascarar la expresión de su potencial.

Otro concepto relevante para comprender la heterogeneidad de las altas capacidades es la asincronía, aunque su interpretación continúa siendo objeto de debate. Este concepto hace referencia a la presencia de un desarrollo desigual entre diferentes dimensiones en niños intelectualmente precoces. Morelock (1992), a partir de la definición formulada por el Columbus Group (1991), concibe las altas capacidades como un desarrollo asincrónico en el que las habilidades cognitivas avanzadas y una intensidad elevada se combinan para generar experiencias internas y una conciencia cualitativamente diferentes de la norma. Desde esta perspectiva, las altas capacidades no necesariamente implican un desarrollo homogéneo, sino que pueden





manifestarse mediante diferencias significativas entre determinadas habilidades, procesos y dimensiones del desarrollo.

Los avances en neurología y neuropsicología también han contribuido al estudio de estas particularidades. Vaivre-Douret (2011) analiza características del desarrollo y del funcionamiento cognitivo en niños con elevado potencial intelectual y plantea la presencia de particularidades en diferentes dimensiones de su desarrollo. Estos hallazgos contribuyen a comprender las altas capacidades desde una perspectiva más amplia, en la que el potencial intelectual puede coexistir con perfiles de desarrollo heterogéneos.

La complejidad de las altas capacidades adquiere especial relevancia cuando una elevada capacidad, talento o desempeño intelectual coexiste con otras condiciones, como los trastornos específicos del aprendizaje, el trastorno del espectro autista o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Assouline & Foley Nicpon, 2021). Esta coexistencia se conoce como doble excepcionalidad y representa un desafío particular para los procesos de identificación y evaluación. Una de sus principales dificultades se relaciona con el fenómeno de enmascaramiento, mediante el cual las fortalezas intelectuales pueden compensar determinadas dificultades o, en sentido contrario, estas dificultades pueden reducir el desempeño observado e impedir que las altas capacidades sean reconocidas. Como consecuencia, una persona puede obtener puntuaciones globales situadas dentro del promedio a pesar de presentar fortalezas cognitivas significativamente superiores en determinadas áreas.

De acuerdo con Foley-Nicpon (2025), la identificación de las personas con doble

excepcionalidad presenta una complejidad adicional debido tanto al fenómeno de enmascaramiento como al empleo de puntos de corte rígidos. Los modelos de identificación sustentados exclusivamente en una puntuación de 130 en el coeficiente intelectual pueden subestimar determinados perfiles y excluir a personas cuyas fortalezas cognitivas no quedan reflejadas adecuadamente en una puntuación global. Por esta razón, resulta necesario realizar una evaluación integral que permita examinar las diferencias entre las distintas subescalas, así como las fortalezas y dificultades que configuran el perfil cognitivo individual.

La comprensión de las altas capacidades intelectuales exige superar las concepciones centradas exclusivamente en puntuaciones globales y reconocer la diversidad con la que puede manifestarse el potencial cognitivo. Las diferencias entre habilidades, ritmos de desarrollo y formas de expresión individual configuran perfiles que no siempre responden a patrones homogéneos ni se reflejan de manera evidente en el desempeño académico.

Esta diversidad adquiere especial importancia en los procesos de identificación, pues determinadas fortalezas pueden coexistir con dificultades que modifican su expresión y dificultan su reconocimiento. La doble excepcionalidad constituye uno de los escenarios de mayor complejidad, ya que la interacción entre capacidades elevadas y otras condiciones puede generar fenómenos de enmascaramiento que conduzcan a interpretaciones incompletas del funcionamiento individual.

La identificación de las altas capacidades debe orientarse hacia una valoración integral del perfil cognitivo, capaz de reconocer tanto las fortalezas





como las diferencias internas que caracterizan a cada persona. Este enfoque permite comprender la heterogeneidad como un componente relevante del proceso de evaluación y proporciona una base conceptual para analizar, a continuación, el alcance y las limitaciones de los instrumentos psicométricos empleados en la identificación de las altas capacidades.

4.2. Evaluación de las altas capacidades mediante el WISC-IV: criterios de interpretación

La Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, cuarta edición, es una batería psicométrica diseñada para evaluar el funcionamiento intelectual de niños y adolescentes de entre 6 y 16 años. El instrumento permite examinar diferentes habilidades cognitivas relacionadas con la comprensión verbal, el razonamiento perceptual, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento (Flanagan & Kaufman, 2012).

La batería está integrada por 15 subpruebas, de las cuales 10 son esenciales y cinco suplementarias. Estas subpruebas se organizan para conformar cuatro índices principales que permiten caracterizar diferentes dimensiones del funcionamiento cognitivo. A partir de las puntuaciones obtenidas en las subpruebas correspondientes se calcula también el coeficiente intelectual total, concebido como una medida global del funcionamiento intelectual evaluado mediante la escala.

La interpretación de los resultados no debe limitarse, sin embargo, a la puntuación global. El protocolo de registro contempla el análisis de las discrepancias entre los diferentes índices, lo que permite determinar si las diferencias observadas alcanzan significación estadística. En la versión

estandarizada para México, las tablas utilizadas para establecer los valores críticos conservan los valores de referencia de la población estadounidense. Este aspecto debe considerarse durante la interpretación de los resultados, particularmente cuando se examinan perfiles caracterizados por una elevada variabilidad entre sus componentes.

Para determinar la interpretabilidad del coeficiente intelectual total se analiza la diferencia entre el índice con la puntuación más alta y aquel con la puntuación más baja. Cuando esta diferencia es inferior a 1,5 desviaciones estándar, equivalentes a 23 puntos, el perfil puede considerarse suficientemente homogéneo para que el coeficiente intelectual total constituya una estimación representativa del funcionamiento intelectual global. Por el contrario, cuando la diferencia alcanza o supera este valor, la heterogeneidad del perfil limita la capacidad de la puntuación total para representar adecuadamente las fortalezas y debilidades cognitivas de la persona evaluada.

Ante un perfil heterogéneo, el índice de capacidad general constituye una medida auxiliar que puede proporcionar una aproximación más adecuada al potencial cognitivo. Este índice se obtiene a partir de las puntuaciones correspondientes a comprensión verbal y razonamiento perceptual, por lo que reduce la influencia de los componentes relacionados con la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Para valorar su interpretabilidad también debe considerarse la magnitud de las diferencias existentes entre los índices que lo integran.

Otra medida auxiliar es el índice de competencia cognitiva, relacionado con la eficiencia con la que el niño procesa determinados tipos de información. Su cálculo considera los componentes



correspondientes a memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Al igual que ocurre con otras puntuaciones compuestas, su interpretación requiere examinar la homogeneidad de los índices que lo conforman y determinar si las diferencias entre ellos permiten considerarlo una medida representativa del funcionamiento evaluado.

La interpretación de estos indicadores adquiere particular relevancia en la evaluación de las altas capacidades, debido a que estas poblaciones pueden presentar perfiles cognitivos heterogéneos. En tales circunstancias, una puntuación global puede ocultar diferencias importantes entre áreas de elevado desempeño y otras en las que los resultados son comparativamente menores. Por ello, el análisis de las puntuaciones debe orientarse no solo hacia la determinación de un valor general, sino también hacia la comprensión de la configuración particular de fortalezas y debilidades de cada persona.

En este contexto, la National Association for Gifted Children constituye una organización estadounidense dedicada al estudio y promoción de las necesidades educativas y del desarrollo de niños y jóvenes con altas capacidades. Entre sus actividades se encuentra la elaboración de declaraciones de postura y recomendaciones dirigidas a orientar las prácticas de identificación, evaluación y atención de estas poblaciones.

Sus orientaciones enfatizan la necesidad de interpretar con cautela las puntuaciones globales obtenidas mediante las escalas de inteligencia. En relación con la cuarta edición de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, se ha señalado que la estructura del instrumento otorga un peso relevante a las habilidades relacionadas con el procesamiento de la información, mientras que determinados componentes vinculados con

el razonamiento pueden tener una influencia proporcionalmente menor en la puntuación global. Esta característica resulta especialmente significativa en la evaluación de personas con altas capacidades, ya que algunas de sus principales fortalezas pueden manifestarse precisamente en tareas relacionadas con el razonamiento verbal, visoespacial y matemático (Ranz, 2014).

En consecuencia, la evaluación de las altas capacidades mediante esta escala requiere interpretar conjuntamente la puntuación global, los índices que la componen, las discrepancias entre ellos y las medidas auxiliares que resulten pertinentes. Esta perspectiva permite obtener una representación más completa del funcionamiento cognitivo y reduce el riesgo de que determinadas fortalezas intelectuales queden subestimadas por el uso aislado de una puntuación general. A partir de estos fundamentos, pueden sintetizarse las principales recomendaciones para el uso e interpretación del instrumento en personas con altas capacidades:

Los niños y adolescentes con altas capacidades, con o sin doble excepcionalidad, pueden mostrar una mayor reflexividad y perfeccionismo durante la realización de tareas de lápiz y papel, características que pueden influir en su desempeño en actividades relacionadas con la velocidad de procesamiento. Asimismo, algunos pueden presentar un menor rendimiento en tareas que requieren recordar información percibida como poco significativa, como la repetición de dígitos o de secuencias de letras y números, lo que puede repercutir en las puntuaciones correspondientes a la memoria de trabajo.

Una característica relevante de estos perfiles es la variabilidad que puede observarse entre los diferentes índices de la Escala Wechsler de



Inteligencia para Niños, cuarta edición. Cuando existe una disparidad igual o superior a 23 puntos entre los índices principales y el coeficiente intelectual total no resulta representativo del funcionamiento cognitivo global, se recomienda valorar el índice de capacidad general, integrado por los componentes de comprensión verbal y razonamiento perceptual. Este índice permite examinar el potencial cognitivo reduciendo la influencia de la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento.

Asimismo, los índices de comprensión verbal y razonamiento perceptual pueden analizarse de manera independiente durante los procesos de identificación y selección para programas dirigidos a estudiantes con altas capacidades. Esta valoración adquiere especial relevancia en niños y adolescentes procedentes de contextos cultural o lingüísticamente diversos, con doble excepcionalidad o con perfiles caracterizados por fortalezas visoespaciales, en quienes una puntuación global puede no reflejar adecuadamente sus capacidades.

La evaluación de las altas capacidades mediante la Escala Wechsler de Inteligencia para niños, cuarta edición, requiere una interpretación integral del perfil cognitivo que trascienda el uso exclusivo del coeficiente intelectual total. La heterogeneidad entre los diferentes índices puede limitar la representatividad de una puntuación global y ocultar fortalezas cognitivas relevantes. Por ello, resulta fundamental analizar las discrepancias entre los índices, valorar la pertinencia de medidas auxiliares como el índice de capacidad general y examinar de manera independiente la comprensión verbal y el razonamiento perceptual cuando las características del perfil así lo requieran.

Este enfoque adquiere especial importancia en niños y adolescentes con doble excepcionalidad, diversidad cultural o lingüística y perfiles con fortalezas específicas. La interpretación conjunta de las puntuaciones permite caracterizar con mayor precisión el funcionamiento cognitivo individual y disminuir el riesgo de subestimar las capacidades intelectuales durante los procesos de identificación.

4.3. Metodología para la evaluación de perfiles cognitivos mediante el WISC-IV

El estudio adoptó un diseño descriptivo de corte transversal, con una muestra no probabilística conformada por 12 niños y adolescentes de entre 6 y 16 años, evaluados en el centro Altus Capax durante el periodo comprendido entre 2022 y diciembre de 2025. Como criterio de inclusión, se consideraron aquellos casos que obtuvieron una puntuación igual o superior a 120 en al menos uno de los índices de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, cuarta edición.

En 11 de los 12 casos, como parte del proceso de evaluación integral, se realizaron evaluaciones neuropsicológicas dirigidas a corroborar o descartar la presencia de doble excepcionalidad. Asimismo, se aplicaron pruebas específicas para la identificación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos específicos del aprendizaje y el trastorno del espectro autista. Para la participación en el estudio se contó con el correspondiente consentimiento informado.

La Tabla 4.1 presenta las características sociodemográficas de los 12 participantes, distribuidos según edad y género.



Tabla 4.1. Datos Sociodemográficos.

Agrupación por edad		Agrupación por género	
Edad No. Evaluados		Género No. Evaluados	
7	3	Masculino	10
8	3	Femenino	2
10	2		
11	2		
13	1		
14	1		

La Tabla 4.2 presenta los resultados generales obtenidos mediante la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, cuarta edición, correspondientes a los 12 participantes seleccionados, quienes obtuvieron una puntuación igual o superior a 120 en al menos uno de los índices evaluados. Como se observa, dos participantes presentaron un coeficiente intelectual total inferior a 120, mientras que los diez restantes alcanzaron puntuaciones iguales o superiores a este valor.



Tabla 4.2. Resultados de la Evaluación WISC-IV.

No. Eva- luado	CIT	ICV	IRP	IMT	IVP	CIT Interpre- table	ICG	ICC	Ampli- tud de dispersión	Presencia de Doble Excep.
1	118	130	98	80	109	NO			50	NO
2	132	128	127	129	144	SI			17	NO
3	132	138	137	107	106	NO	144		31	NO
4	125	142	102	104	126	NO		119	40	NO
5	138	150	141	104	109	NO	156		41	NO
6	132	138	137	107	106	NO	144		32	NO
7	126	155	115	97	106	NO		101	58	NO
8	140	138	135	123	126	SI			15	DEA
9	114	138	108	91	94	NO		91	47	TDAH
10	124	102	137	116	121	NO		123	35	TDAH
11	120	126	129	107	91	NO	132		38	NO
12	131	121	127	132	115	SI			17	NO



En relación con el primer criterio, se analizó la pertinencia del índice de capacidad general como descriptor del funcionamiento intelectual cuando el coeficiente intelectual total no resultaba interpretable. Para ello, se examinaron los 12 casos y se determinó la interpretabilidad del coeficiente intelectual total a partir de la diferencia entre el índice primario con la puntuación más alta y aquel con la puntuación más baja. De acuerdo con el criterio establecido en el manual, una diferencia igual o superior a 23 puntos indica una dispersión significativa entre los índices y limita la interpretación del coeficiente intelectual total como medida representativa del funcionamiento intelectual global.

Como primer paso, se identificaron los casos en los que el coeficiente intelectual total resultó interpretable. De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 4.2, únicamente tres participantes, correspondientes a los evaluados 2, 8 y 12, presentaron diferencias inferiores a 23 puntos entre sus índices primarios. Estos casos representan el 25 % de la muestra. Los nueve participantes restantes presentaron diferencias iguales o superiores a 23 puntos, por lo que el coeficiente intelectual total no se consideró una medida representativa de su funcionamiento intelectual global. Estos casos constituyeron el 75 % de la muestra.

Como segundo paso, se analizaron los índices auxiliares de los nueve participantes cuyo coeficiente intelectual total no resultó interpretable. En cuatro casos, correspondientes a los evaluados 3, 5, 6 y 11, fue posible obtener el índice de capacidad general. En otros cuatro casos, correspondientes a los evaluados 4, 7, 9 y 10, se obtuvo el índice de competencia cognitiva.

En el caso del evaluado 1 no fue posible obtener ninguno de estos dos índices auxiliares.

Como tercer paso, se examinó si el índice de capacidad general ofrecía una representación más elevada del potencial cognitivo que el coeficiente intelectual total en los casos en los que pudo calcularse. Como se muestra en la Figura 4.1, los cuatro participantes con un índice de capacidad general interpretable, correspondientes a los evaluados 3, 5, 6 y 11, obtuvieron puntuaciones superiores en este índice en comparación con sus respectivos coeficientes intelectuales totales. Este resultado muestra que, en estos casos con perfiles heterogéneos, el índice de capacidad general reflejó puntuaciones cognitivas superiores a las expresadas mediante la puntuación global.

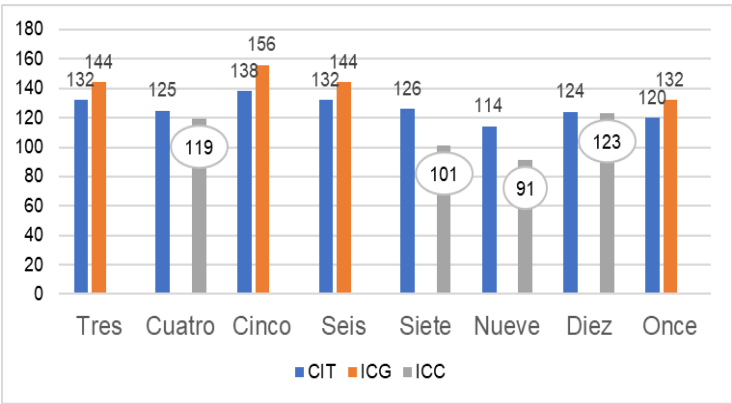


Figura 4.1. Comparativo entre Coeficiente Intelectual Total e Índices Auxiliares.

En los otros cuatro participantes con un coeficiente intelectual total no interpretable, correspondientes a los evaluados 4, 7, 9 y 10, únicamente fue posible obtener el índice de competencia cognitiva. Como se observa en la Figura 4.1, en todos estos casos las puntuaciones de este índice fueron inferiores a las obtenidas en el coeficiente intelectual



total. En síntesis, nueve de los 12 participantes, equivalentes al 75 % de la muestra, presentaron una diferencia igual o superior a 23 puntos entre los índices primarios, por lo que el coeficiente intelectual total no resultó interpretable. Entre estos nueve casos, fue posible calcular el índice de capacidad general en cuatro participantes (44,4 %), el índice de competencia cognitiva en otros cuatro (44,4 %), mientras que en un participante (11,1 %) no fue posible obtener ninguno de los dos índices auxiliares.

En relación con el segundo criterio, se analizó la variabilidad intraperfil mediante las discrepancias entre los cuatro índices primarios de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, cuarta edición: comprensión verbal, razonamiento perceptual, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Como se muestra en la Tabla 4.3, los 12 participantes presentaron al menos una discrepancia estadísticamente significativa entre pares de índices, lo que representa el 100 % de la muestra.

Los tres participantes cuyo coeficiente intelectual total resultó interpretable presentaron entre una y tres discrepancias estadísticamente significativas y representaron el 25 % de la muestra. En contraste, los nueve participantes con un coeficiente intelectual total no interpretable presentaron entre cuatro y seis discrepancias significativas entre pares de índices, equivalentes al 75 % de los casos. Estos resultados evidencian una mayor variabilidad intraperfil en los participantes cuyo coeficiente intelectual total no resultó interpretable.

Tabla 4.3. Análisis de discrepancias con significación estadística.

No. Eval.	ICV-IRP	ICV-IMT	ICV-IVP	IRP-IMT	IRP-IVP	IMT-IVP	Discrepancias
1	SI	SI	SI	SI	NO	SI	5/6
2	NO	NO	SI	NO	NO	NO	1/6
3	NO	SI	SI	SI	SI	NO	4/6
4	SI	SI	SI	NO	SI	SI	5/6
5	NO	SI	SI	SI	SI	NO	4/6
6	NO	SI	SI	SI	SI	NO	4/6
7	SI	SI	SI	SI	N	NO	4/6
8	NO	SI	SI	NO	N	NO	2/6
9	SI	SI	SI	SI	SI	NO	5/6
10	SI	SI	SI	SI	SI	NO	5/6
11	SI	SI	SI	SI	SI	SI	6/6
12	SI	SI	NO	NO	NO	SI	3/6



En relación con el tercer criterio, se analizaron las puntuaciones del índice de comprensión verbal en comparación con el coeficiente intelectual total. Los resultados mostraron que, en ocho de los 12 participantes, el índice de comprensión verbal fue superior al coeficiente intelectual total, lo que representa el 66,7 % de la muestra. En el evaluado 8, la comprensión verbal constituyó el índice primario más elevado, aunque su puntuación no superó la obtenida en el coeficiente intelectual total. En los tres participantes restantes, correspondientes a los evaluados 2, 10 y 12, la comprensión verbal no constituyó la principal fortaleza cognitiva. Sin embargo, en cada uno de estos casos se identificó otro índice con una puntuación superior al coeficiente intelectual total: velocidad de procesamiento en el evaluado 2, con 144 puntos; razonamiento perceptual en el evaluado 10, con 137 puntos; y memoria de trabajo en el evaluado 12, con 132 puntos.

En relación con el cuarto criterio, se analizó la disminución de las puntuaciones correspondientes a memoria de trabajo y velocidad de procesamiento en los 12 participantes. Asimismo, se examinó la posible relación de este patrón con la presencia de doble excepcionalidad. En el evaluado 1 no se dispuso de información suficiente para determinar la presencia o ausencia de doble excepcionalidad. Entre los 11 participantes restantes, los evaluados 8, 9 y 10 presentaron doble excepcionalidad.

Como se muestra en la Tabla 4.4, ninguno de los tres participantes con un coeficiente intelectual total interpretable, correspondientes a los evaluados 2, 8 y 12, presentó una disminución

conjunta de la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. En contraste, este patrón se observó exclusivamente entre los participantes cuyo coeficiente intelectual total no resultó interpretable. De estos nueve casos, cinco presentaron disminución en ambos índices, lo que representa el 55,6 %.

Al considerar específicamente los tres casos con doble excepcionalidad, solo el evaluado 9, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, presentó una disminución conjunta de la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Los evaluados 8 y 10 no mostraron este patrón. El evaluado 8 presentó un coeficiente intelectual total interpretable, con una amplitud de 15 puntos, doble excepcionalidad asociada a un trastorno fonológico y un perfil relativamente homogéneo, con puntuaciones de 138 en comprensión verbal, 135 en razonamiento perceptual, 123 en memoria de trabajo y 126 en velocidad de procesamiento. Por su parte, el evaluado 10 presentó un perfil diferente, caracterizado por una puntuación de 102 en comprensión verbal como índice más bajo y una puntuación de 137 en razonamiento perceptual, además de la presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En conjunto, estos resultados muestran que la disminución de la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento no se presentó de manera uniforme en los participantes con doble excepcionalidad, por lo que este patrón no puede considerarse, a partir de los casos analizados, una característica exclusiva de esta condición.



Tabla 4.4. Distribución de los evaluados según la disminución de los índices de memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.

Eval. No.	CIT Interpretable	Presencia de Doble Excepcionalidad	Índice más bajo y dos pares con discrepancia estadística)	Índice 2do. más bajo y dos pares con discrepancia estadística
1	NO	No se determino	IMT SI	IVP NO
9	NO	SI	IMT SI	IVP SI
7	NO	NO	IMT SI	IVP NO
5	NO	NO	IMT SI	IVP SI
4	NO	NO	IVP NO	IMP SI
11	NO	NO	IVP SI	IMT SI
3	NO	NO	IVP SI	IMT SI
6	NO	NO	IVP SI	IMT SI
10	NO	SI	IVP NO	IMT SI
8	SI	SI	IMT NO	IVP NO
2	SI	NO	IMT NO	IVP NO
12	SI	NO	IVP NO	IMT NO

Los resultados correspondientes al primer criterio mostraron que el 75 % de la muestra presentó un coeficiente intelectual total no interpretable debido a una dispersión igual o superior a 23 puntos entre los índices primarios. En todos los casos en los que fue posible calcular el índice de capacidad general, este alcanzó puntuaciones superiores al coeficiente intelectual total, con diferencias de entre 12 y 18 puntos. Este resultado sugiere que, ante perfiles caracterizados por una elevada heterogeneidad, el coeficiente intelectual total puede subestimar determinadas fortalezas cognitivas. El hallazgo coincide con las recomendaciones de la National Association for Gifted Children (2018), que plantea considerar el índice de capacidad general como una medida complementaria o alternativa cuando existe una dispersión significativa entre los componentes de la escala.

Un resultado particularmente relevante se observó en dos participantes cuyo coeficiente intelectual total se situó por debajo de 120, a pesar de presentar puntuaciones iguales o superiores a este valor en alguno de los índices primarios. La aplicación exclusiva de puntos de corte globales de 120 o 130 podría impedir que estos perfiles fueran considerados en procesos de identificación de altas capacidades y, en consecuencia, limitar su acceso a determinadas respuestas educativas, como los ajustes curriculares o la promoción anticipada. Este hallazgo evidencia la importancia de examinar las fortalezas específicas del perfil y no sustentar la identificación exclusivamente en una puntuación global.

En uno de los nueve casos con coeficiente intelectual total no interpretable no fue posible obtener un índice auxiliar, lo que muestra que existen perfiles cuya elevada dispersión limita



incluso la utilización de medidas alternativas. Por otra parte, en los cuatro casos en los que pudo calcularse el índice de competencia cognitiva, sus puntuaciones fueron inferiores a las obtenidas en el coeficiente intelectual total. Este comportamiento puede relacionarse con la composición del índice, sustentado en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, áreas que presentaron puntuaciones comparativamente menores en varios de los perfiles estudiados. En consecuencia, los resultados respaldan la utilidad del índice de capacidad general como descriptor complementario en determinados perfiles heterogéneos, especialmente porque integra componentes vinculados con la comprensión verbal y el razonamiento perceptual.

Los resultados correspondientes al segundo criterio mostraron que el 100 % de los participantes presentó al menos una discrepancia estadísticamente significativa entre pares de índices primarios de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, cuarta edición. Los tres casos con coeficiente intelectual total interpretable presentaron entre una y tres discrepancias significativas, mientras que los nueve casos con coeficiente intelectual total no interpretable mostraron entre cuatro y seis. Este patrón evidencia una relación entre una mayor cantidad de discrepancias intraperfil y una menor representatividad de la puntuación intelectual global.

La presencia de variabilidad intraperfil en todos los participantes adquiere especial relevancia desde las orientaciones de la National Association for Gifted Children (2018). Los resultados sugieren que la identificación basada exclusivamente en el coeficiente intelectual total puede resultar insuficiente ante perfiles en los

que determinadas capacidades alcanzan niveles elevados mientras otras presentan puntuaciones comparativamente menores. Esta consideración resulta particularmente importante en el contexto mexicano, caracterizado por una marcada diferencia entre la proporción de estudiantes oficialmente identificados y las estimaciones de prevalencia señaladas en la literatura. Una interpretación más amplia del perfil cognitivo podría contribuir a reconocer fortalezas que no quedan reflejadas adecuadamente mediante una puntuación global.

En relación con el tercer criterio, los resultados mostraron un predominio de la comprensión verbal como una de las principales fortalezas cognitivas de la muestra. En ocho de los 12 participantes, este índice fue superior al coeficiente intelectual total, mientras que en otro caso constituyó el índice primario más elevado sin superar la puntuación global. Este patrón es consistente con la importancia atribuida al razonamiento verbal en la evaluación de las altas capacidades (National Association for Gifted Children, 2018).

No obstante, la comprensión verbal no constituyó la principal fortaleza en todos los participantes. En los casos restantes se identificaron puntuaciones destacadas en velocidad de procesamiento, razonamiento perceptual y memoria de trabajo. Esta diversidad confirma que no existe un único patrón cognitivo capaz de representar a todas las personas con altas capacidades. Por tanto, aunque la comprensión verbal mostró una presencia destacada en la muestra, no debe asumirse como criterio universal de identificación. Los resultados respaldan una interpretación individualizada que considere la configuración particular de fortalezas y debilidades de cada perfil.





En cuanto al cuarto criterio, se observó una disminución de la memoria de trabajo, de la velocidad de procesamiento o de ambas en la mayoría de los participantes cuyo coeficiente intelectual total no resultó interpretable. Este comportamiento contribuye a explicar por qué determinadas puntuaciones globales pueden situarse por debajo de las fortalezas observadas en otros componentes de la escala. Asimismo, refuerza la necesidad de interpretar estas puntuaciones en relación con el conjunto del perfil y no de manera aislada.

Los resultados no mostraron un patrón específico que permitiera asociar la disminución de la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento exclusivamente con la doble excepcionalidad. De los tres participantes identificados con esta condición, solo uno presentó disminución simultánea en ambos índices. Por tanto, en esta muestra, las puntuaciones comparativamente menores en estas áreas parecen relacionarse en mayor medida con la heterogeneidad cognitiva general que con la presencia específica de doble excepcionalidad. Debido al reducido número de casos, este resultado debe interpretarse con cautela y no permite establecer asociaciones concluyentes.

Los cuatro criterios analizados muestran un patrón caracterizado por una elevada heterogeneidad cognitiva. La mayoría de los participantes presentó una dispersión que limitó la interpretabilidad del coeficiente intelectual total, mientras que el índice de capacidad general permitió representar puntuaciones superiores en todos los casos en los que pudo calcularse. A su vez, las discrepancias entre los índices primarios y la diversidad de fortalezas observadas evidencian que una única puntuación no permite describir adecuadamente todos los perfiles evaluados.

Los hallazgos obtenidos respaldan la pertinencia de aplicar las orientaciones de la National Association for Gifted Children para realizar una interpretación más amplia de los resultados de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, cuarta edición. La identificación de las altas capacidades requiere considerar la puntuación global junto con los índices primarios, las discrepancias intraperfil y, cuando sean interpretables, los índices auxiliares. Este procedimiento permite reconocer fortalezas que podrían quedar subestimadas cuando se emplea exclusivamente el coeficiente intelectual total como criterio de identificación.

No obstante, los resultados deben interpretarse considerando las características metodológicas del estudio. La muestra estuvo constituida por únicamente 12 participantes seleccionados mediante un procedimiento no probabilístico, lo que limita la generalización de los hallazgos. Por ello, futuras investigaciones deberían ampliar el tamaño y la diversidad de la muestra y aplicar criterios de análisis equivalentes que permitan determinar si los patrones identificados se mantienen en otras poblaciones. También sería pertinente incorporar registros sistemáticos de observación durante la aplicación de las pruebas, particularmente sobre la motivación, el interés, la percepción de significado de las tareas y otras conductas que puedan influir en el desempeño de los niños y adolescentes.

Referencias

- Assouline, S. G., & Foley Nicpon, M. (2021). *Twice-exceptionality: The interaction of deficits and strengths*. Javits PI Meeting, Belin-Blank Center, University of Iowa College of Education. <https://www.ed.gov/sites/ed/files/2022/02/Twice-Exceptional-Students-Presentation.pdf>





- Chávez Soto, B. I., Zacatelco Ramírez, F., & Acle Tomasini, G. (2014). ¿Quiénes son los alumnos con aptitud sobresaliente? Análisis de diversas variables para su identificación / Who are students with outstanding ability? Analysis of different variables for identification. *Actualidades Investigativas En Educación*, 14(2). <https://doi.org/10.15517/aie.v14i2.14828>
- Covarrubias Pizarro, P. (2018). Del concepto de aptitudes sobresalientes al de altas capacidades y el talento. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 9(17), 53–67. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-85502018000200053
- Covarrubias Pizarro, P., & Marín Uribe, R. (2015). Evaluación de la propuesta de intervención para estudiantes sobresalientes: Caso Chihuahua, México. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15(3), 206–237. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-47032015000300206&lng=en&tlng=es
- Flanagan, D. P., & Kaufman, A. S. (2012). *Claves para la evaluación con WISC-IV*. Editorial El Manual Moderno.
- Foley-Nicpon, M. (2025). *Twice exceptional learners*. Scanlan Center for School Mental Health, University of Iowa. <https://doi.org/10.17077/rep.006676>
- Kaufman, S. B., & Sternberg, R. J. (2008). Conceptions of giftedness. En S. I. Pfeiffer (Ed.), *Handbook of giftedness in children: Psychoeducational theory, research, and best practices* (pp. 71–91). Springer.
- México. Secretaría de Educación Pública. (2024). *Principales cifras del Sistema Educativo Nacional 2023-2024*. SEP. <https://es.scribd.com/document/811006327/SEP-Principales-Cifras-2023-2024-Bolsillo>

Morelock, M. J. (1992). Giftedness: The view from within. *Understanding Our Gifted*, 4(3), 1, 11–15. <https://www.davidsongifted.org/gifted-blog/giftedness-the-view-from-within/>

National Association for Gifted Children. (2018). *Use of the WISC-V for gifted and twice exceptional identification*. <https://www.nagc.org/news/use-of-the-wisc-v-for-gifted-and-twice-exceptional-identification>

Pfeiffer, S. I. (2017). *Identificación y evaluación del alumnado con altas capacidades: Una guía práctica*. Universidad Internacional de La Rioja.

Ranz, R. (2014). *El uso del WISC-IV en la identificación del alumnado con altas capacidades*. <https://robertoranz.com/2014/11/14/el-uso-del-wisc-iv-en-la-identificacion-del-alumnado-con-altas-capacidades/>

Silverman, L. K. (2013). *Giftedness 101*. Springer Publishing Company.

Tourón, J. (2012). *Posición de la NAGC sobre el concepto de alta capacidad I*. <https://www.javiertouron.es/posicion-de-la-nagc-sobre-el-concepto/>

Vaivre-Douret, L. (2011). Developmental and cognitive characteristics of “high-level potentialities” (highly gifted) children. *International Journal of Pediatrics*, 2011, Article 420297. <https://doi.org/10.1155/2011/420297>

Webb, J. T., Amend, E. R., Beljan, P., Webb, N. E., Goerss, J., Kuzujanakis, M., & Olenchak, F. R. (2016). *Misdiagnosis and dual diagnoses of gifted children and adults: ADHD, bipolar, OCD, Asperger's, depression, and other disorders* (2nd ed.). Great Potential Press.





05.

Tratamientos conductuales- contextuales para personas que viven con VIH

Angel Pimentel Pinedo

5.1. Fundamentos de las terapias conductuales contextuales en personas que viven con VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana representa uno de los fenómenos clínicos, psicológicos y sociales más complejos de la medicina contemporánea. Durante las últimas décadas, la historia construida alrededor de este diagnóstico ha experimentado una transformación profunda. Lo que durante los años ochenta y noventa estuvo asociado al temor,

la incertidumbre y, en numerosos casos, a una expectativa de muerte prematura, se ha convertido progresivamente en una condición crónica susceptible de un manejo clínico eficaz, gracias al desarrollo y perfeccionamiento del tratamiento antirretroviral. Este avance constituye uno de los logros más significativos de la medicina moderna, pero también ha dado lugar a nuevos desafíos relacionados con la manera en que las personas afrontan psicológica y socialmente la experiencia de vivir con el virus.

Para comprender esta transformación resulta indispensable diferenciar el virus de la inmunodeficiencia humana del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El primero es el agente infeccioso que afecta progresivamente al sistema inmunitario, particularmente a los linfocitos T CD4, fundamentales para la coordinación de la respuesta inmunológica. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por su parte, corresponde a la fase más avanzada de la infección y se establece clínicamente ante un deterioro significativo del sistema inmunitario o la aparición de determinadas enfermedades oportunistas. Esta distinción no constituye únicamente una precisión terminológica, sino que resulta esencial para superar concepciones históricas que todavía asocian automáticamente un diagnóstico positivo con enfermedad avanzada, deterioro inevitable o muerte.

Los avances terapéuticos han modificado profundamente esta realidad. En la actualidad, el tratamiento antirretroviral permite controlar la replicación viral, preservar el funcionamiento del sistema inmunitario y transformar radicalmente el pronóstico de quienes viven con el virus. Sin embargo, esta evolución también ha desplazado una parte importante del peso de la enfermedad



desde el terreno estrictamente biológico hacia las dimensiones psicológica, emocional, familiar, interpersonal y social. El desafío contemporáneo ya no consiste solamente en sobrevivir, sino en aprender a vivir plenamente con una condición crónica dentro de sociedades en las que todavía persisten el estigma, el rechazo, los prejuicios y la desinformación (López Ortega et al., 2025).

En este contexto, el sufrimiento psicológico no procede únicamente de las posibles manifestaciones clínicas de la infección, de los efectos asociados al tratamiento o del temor al deterioro de la salud. Para muchas personas, una parte particularmente dolorosa de la experiencia surge de aquello que no siempre resulta visible: el esfuerzo constante por ocultar el diagnóstico, el miedo a ser rechazadas, la incertidumbre ante la posibilidad de comunicar su condición serológica, la preocupación por las relaciones afectivas y sexuales y el temor a ser juzgadas a partir de una condición médica. A ello se suma el estigma internalizado, mediante el cual los prejuicios presentes en el entorno social pueden llegar a incorporarse a la propia percepción de la persona, hasta transformar el rechazo externo en sentimientos de vergüenza, culpa, inferioridad o pérdida del propio valor.

Esta realidad permite comprender que vivir con el virus de la inmunodeficiencia humana constituye una experiencia que trasciende ampliamente los indicadores biomédicos. Una persona puede encontrarse clínicamente estable y, al mismo tiempo, experimentar un profundo sufrimiento psicológico derivado del aislamiento, el miedo, la discriminación o la dificultad para construir vínculos significativos. De ahí que una atención verdaderamente integral no pueda limitarse al control de la enfermedad, sino que deba

considerar también la posibilidad de recuperar la confianza, reconstruir relaciones, fortalecer la autonomía y desarrollar una vida coherente con los propios valores.

Es precisamente en este escenario donde determinados enfoques tradicionales de la psicología de la salud pueden resultar insuficientes cuando se concentran exclusivamente en la psicoeducación, la reducción de los síntomas o la modificación directa de pensamientos considerados irracionales. La complejidad de esta experiencia exige aproximaciones capaces de reconocer que el sufrimiento forma parte de la historia personal y que no siempre necesita ser eliminado para que la persona pueda avanzar. Desde esta perspectiva, la intervención psicológica adquiere un sentido diferente: no se trata simplemente de conseguir que desaparezcan el miedo, la tristeza o los pensamientos dolorosos, sino de evitar que estas experiencias determinen por completo la manera de vivir.

El presente capítulo surge de la necesidad de explorar alternativas psicoterapéuticas orientadas precisamente hacia esta comprensión. Su propósito no consiste en buscar procedimientos destinados a borrar artificialmente el malestar, sino en analizar estrategias que permitan relacionarse de manera más flexible con las experiencias difíciles y recuperar espacios de vida que el miedo, el estigma o la evitación hayan podido restringir. En este sentido, el objetivo central es analizar, a partir de la literatura científica, la eficacia de las terapias conductuales contextuales y examinar las metodologías que han mostrado utilidad para el abordaje psicológico de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. Particularmente, se estudia cómo los procesos de aceptación, atención plena,





flexibilidad psicológica y fortalecimiento del vínculo terapéutico pueden contribuir a disminuir la evitación experiencial, favorecer la adherencia al tratamiento médico y, sobre todo, acompañar a la persona en la reconstrucción de una vida con propósito, dignidad y autonomía.

Desde una perspectiva científica contemporánea, el abordaje de las implicaciones psicológicas del virus de la inmunodeficiencia humana requiere ampliar los modelos centrados exclusivamente en la disminución de síntomas como principal indicador del éxito terapéutico, especialmente ante los nuevos desafíos que enfrenta la psicología clínica en escenarios de salud cada vez más complejos (Pimentel Elbert et al., 2026). Las terapias conductuales contextuales, comúnmente integradas dentro de las denominadas terapias de tercera generación, proponen un cambio significativo de perspectiva al situar el análisis funcional del comportamiento y su relación con el contexto en el centro de la intervención psicológica (Zettle, 2005).

Desde este enfoque, una conducta no se considera problemática únicamente por su forma, intensidad o frecuencia. Su significado clínico depende fundamentalmente de la función que desempeña dentro de la historia personal y del contexto particular en el que ocurre (Villatte et al., 2016). Esta perspectiva adquiere especial relevancia en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, porque permite comprender que conductas como ocultar el diagnóstico, evitar determinadas relaciones, aislarse socialmente o intentar controlar de manera constante pensamientos y emociones dolorosas pueden haber surgido inicialmente como formas de protección frente al rechazo. Sin embargo, cuando estas estrategias se vuelven rígidas y

comienzan a limitar los vínculos, las decisiones y los proyectos personales, aquello que alguna vez funcionó como protección puede convertirse progresivamente en una fuente adicional de sufrimiento.

La intervención psicológica adquiere entonces una dimensión profundamente humana: ayudar a la persona no solo a convivir con un diagnóstico, sino a evitar que ese diagnóstico termine definiendo quién es. Desde esta mirada, vivir con el virus de la inmunodeficiencia humana no constituye la totalidad de una identidad, sino una circunstancia dentro de una historia mucho más amplia, en la que continúan existiendo afectos, proyectos, aspiraciones, relaciones, decisiones y posibilidades de construir una vida significativa.

En el caso particular de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, el sufrimiento psicológico no se explica únicamente por la presencia de pensamientos dolorosos o emociones asociadas a la cronicidad del diagnóstico. Una parte importante de este malestar puede surgir de la evitación experiencial, entendida como el intento deliberado de escapar, modificar o posponer experiencias internas desagradables, como el miedo al rechazo, la culpa asociada al contagio o la ansiedad ante la vulnerabilidad física, incluso cuando estos esfuerzos terminan interfiriendo con áreas de la vida profundamente significativas para la persona (Blackledge & Hayes, 2001). Cuando la vida cotidiana comienza a organizarse alrededor de la necesidad de ocultar el diagnóstico, evitar conversaciones difíciles, distanciarse de los vínculos afectivos o incluso posponer las citas médicas para no confrontar la realidad de la condición serológica, aquello que inicialmente pudo funcionar como una forma de protección puede convertirse en una fuente





adicional de sufrimiento y afectar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento (Graham et al., 2016).

Frente a esta realidad, la Terapia de Aceptación y Compromiso propone el desarrollo de la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de permanecer conscientemente en contacto con el momento presente, abrirse a las experiencias internas tal como aparecen y orientar las acciones hacia valores personalmente significativos (Hayes et al., 2012). Esta perspectiva resulta especialmente relevante ante el estigma y la serofobia, porque no pretende negar el dolor que puede acompañar determinadas experiencias de discriminación, rechazo o incertidumbre. Su propósito es favorecer una relación diferente con ese sufrimiento, de manera que el miedo, la vergüenza o los pensamientos dolorosos no terminen determinando por completo las decisiones y el rumbo de la vida.

La flexibilidad psicológica se desarrolla mediante seis procesos interrelacionados: aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, yo como contexto, clarificación de valores y acción comprometida. En las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, estos procesos pueden adquirir especial importancia para afrontar el estigma internalizado y favorecer conductas vinculadas con el cuidado de la salud. Las intervenciones orientadas al fortalecimiento de la flexibilidad psicológica han mostrado resultados favorables en la reducción del estigma internalizado y en la promoción de la adherencia al tratamiento antirretroviral en poblaciones vulnerables (Barnes-Holmes et al., 2017; Guzmán-Mendoza et al., 2025).

Desde este enfoque, la aceptación y la defusión cognitiva no buscan sustituir pensamientos

dolorosos por afirmaciones artificialmente positivas ni obligar a la persona a convencerse de que todo está bien. Tampoco pretenden eliminar ideas como “mi vida se arruinó” o “soy una fuente de contagio”. Mediante metáforas, ejercicios experienciales y estrategias terapéuticas, se procura que la persona aprenda a reconocer estos pensamientos como acontecimientos mentales y construcciones verbales, en lugar de asumirlos como verdades absolutas que deben gobernar su comportamiento (Villatte et al., 2016). El pensamiento puede continuar presente, pero deja progresivamente de ocupar el lugar desde el cual se define toda la existencia.

En este proceso adquiere particular relevancia el yo como contexto, que permite establecer una distinción entre la persona y las experiencias, pensamientos, emociones o circunstancias que forman parte de su historia. Desde esta perspectiva, el diagnóstico puede integrarse como una realidad biológica importante, pero no como una definición absoluta de la identidad. La persona vive con el virus, pero su existencia no se reduce a él. Continúa siendo alguien con vínculos, aspiraciones, afectos, capacidades, proyectos y valores que trascienden ampliamente su condición de salud.

El contacto consciente con el momento presente y la clarificación de los valores pueden favorecer, a su vez, el desarrollo de acciones comprometidas con aquello que la persona considera verdaderamente importante. Desde esta perspectiva, la toma cotidiana del tratamiento antirretroviral puede adquirir un significado diferente. En lugar de experimentarse exclusivamente como un recordatorio doloroso del diagnóstico, puede resignificarse como una expresión consciente de autocuidado, autonomía y compromiso con





la propia vida. La adherencia deja entonces de comprenderse únicamente como el cumplimiento de una indicación médica y puede convertirse también en una conducta coherente con el deseo de cuidar la salud, preservar los vínculos y continuar construyendo proyectos significativos.

Por otra parte, el estigma asociado al virus de la inmunodeficiencia humana posee una profunda dimensión interpersonal. El temor al rechazo puede dificultar la expresión de la vulnerabilidad, deteriorar las relaciones afectivas y favorecer progresivamente el aislamiento. En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso puede complementarse con la Psicoterapia Analítica Funcional, enfoque que concede especial importancia a la relación terapéutica como espacio donde pueden manifestarse y modificarse patrones interpersonales relevantes para la vida cotidiana del consultante (Tsai et al., 2014).

La Psicoterapia Analítica Funcional utiliza la propia relación entre terapeuta y consultante como un escenario clínico en el que pueden identificarse, comprenderse y transformar las denominadas conductas clínicamente relevantes. En personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, las conductas problemáticas pueden manifestarse durante la sesión mediante el aislamiento emocional, la dificultad para expresar necesidades afectivas, la rigidez interpersonal, el temor a mostrarse vulnerable o la ocultación de información ante la posibilidad de sentirse juzgado. Estas expresiones no se contemplan simplemente como obstáculos para la terapia, sino como oportunidades para comprender, en tiempo real, patrones que también pueden estar presentes fuera del espacio clínico.

A través de una relación terapéutica caracterizada por la autenticidad, la sensibilidad y una conexión

genuina, el profesional puede favorecer y reforzar aquellas conductas que representan avances, como expresar una necesidad, comunicar un temor, permitir la cercanía emocional o hablar abiertamente de experiencias que anteriormente generaban vergüenza. El fortalecimiento de estas conductas puede contribuir al desarrollo de habilidades de intimidad y conexión interpersonal capaces de contrarrestar el aislamiento asociado al estigma y al temor al rechazo (Tsai et al., 2014).

De esta manera, el espacio terapéutico puede convertirse en un entorno seguro donde la persona experimente algo profundamente significativo: que puede mostrarse vulnerable sin perder su dignidad, hablar de su condición de salud sin quedar reducida a ella y construir vínculos sin que el diagnóstico determine de antemano la posibilidad de ser aceptada. Las habilidades desarrolladas dentro de esta relación pueden posteriormente trasladarse a los ámbitos familiar, afectivo y comunitario. La finalidad última de la intervención trasciende así la disminución del malestar psicológico y se orienta hacia algo más amplio: acompañar a la persona en la recuperación de su libertad para vincularse, cuidarse, tomar decisiones y construir una vida significativa más allá del diagnóstico.

5.2. Metodología y evidencia sobre la eficacia de las intervenciones conductuales contextuales

El estudio se desarrolló mediante una revisión narrativa con búsqueda sistematizada de la literatura científica, enfoque que permitió identificar, seleccionar, analizar, sintetizar e interpretar de manera organizada la evidencia disponible en torno al problema de investigación. El proceso se orientó específicamente a examinar el impacto y la eficacia clínica de las intervenciones



basadas en terapias conductuales contextuales, particularmente la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional, sobre la adherencia terapéutica y el afrontamiento del estigma en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Para la localización de los documentos se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed, SciELO, PsycINFO y Google Académico. La estrategia de búsqueda se estructuró mediante la combinación de descriptores relacionados con las ciencias de la salud y términos de los Medical Subject Headings, empleando los operadores booleanos AND y OR para delimitar y precisar los resultados. Se utilizaron términos tanto en español como en inglés, mediante combinaciones como “Terapia de Aceptación y Compromiso” AND “VIH” AND “Adherencia”; “Acceptance and Commitment Therapy” AND “HIV” AND “Stigma”; “Functional Analytic Psychotherapy” AND “Clinically Relevant Behaviors” AND “Interpersonal”; y “Terapias de Tercera Generación” AND “Estigma internalizado” AND “VIH”.

Con el propósito de garantizar la calidad metodológica, pertinencia y actualidad de la evidencia incorporada, los documentos recuperados fueron examinados mediante criterios previamente establecidos. Como criterios de inclusión, se consideraron artículos científicos empíricos publicados en revistas arbitradas por pares, entre ellos estudios de caso único, ensayos clínicos controlados, investigaciones cuasiexperimentales y estudios longitudinales. Asimismo, se requirió que las investigaciones abordaran la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Psicoterapia Analítica Funcional en personas con diagnóstico positivo del virus de la inmunodeficiencia

humana y que evaluarán directamente variables psicológicas, como la evitación experiencial, el estigma percibido y el malestar emocional, o variables biomédicas relacionadas con la intervención, como la adherencia al tratamiento antirretroviral y el recuento de linfocitos T CD4.

En correspondencia con las exigencias de actualidad establecidas para el estudio, se procuró que aproximadamente el 80 % de las fuentes seleccionadas correspondiera a publicaciones de los últimos cinco años. La incorporación de literatura clásica o fundacional se reservó para aquellos trabajos cuya relevancia conceptual resultara indispensable para comprender los fundamentos teóricos de las intervenciones analizadas y la evolución de los principales constructos abordados.

Como criterios de exclusión, se descartaron tesis no publicadas, actas de congresos sin arbitraje formal, editoriales, ensayos de opinión y artículos de revisión que no explicitaran suficientemente sus procedimientos metodológicos. También se excluyeron los estudios centrados exclusivamente en intervenciones cognitivo conductuales tradicionales que no incorporaran componentes propios de los enfoques conductuales contextuales analizados. De igual manera, no se consideraron investigaciones realizadas con población general en las que el virus de la inmunodeficiencia humana apareciera únicamente como una variable sociodemográfica secundaria y no como un componente central del problema o de la intervención clínica.

Una vez aplicados los criterios de selección y eliminados los documentos duplicados, se realizó una revisión inicial de los títulos y resúmenes de los trabajos potencialmente elegibles. Los artículos que cumplieron los criterios establecidos fueron



recuperados en texto completo y sometidos a una lectura crítica orientada a valorar su pertinencia para los objetivos del estudio.

La información obtenida se sistematizó mediante una matriz digital de categorización analítica. Para cada estudio se registraron cinco dimensiones fundamentales: autoría y año de publicación; diseño metodológico e intervención conductual contextual empleada; características sociodemográficas de la muestra; variables e instrumentos utilizados para la evaluación psicológica o biomédica; y principales hallazgos clínicos.

Finalmente, la integración cualitativa de la información permitió identificar coincidencias y diferencias entre los estudios, examinar los resultados relacionados con la eficacia de las intervenciones y reconocer áreas en las que la evidencia disponible continúa siendo limitada. Este proceso constituyó la base para la presentación e interpretación de los resultados y permitió construir una comprensión integradora de las posibilidades y limitaciones de las terapias conductuales contextuales en el acompañamiento psicológico de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Los hallazgos derivados del análisis de la literatura muestran resultados favorables respecto al empleo de las terapias conductuales contextuales en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. La evidencia examinada permite identificar beneficios en diferentes dimensiones del bienestar psicológico, particularmente en la disminución del malestar emocional, el afrontamiento del estigma, el desarrollo de la aceptación y el fortalecimiento de conductas relacionadas con el cuidado de la salud y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

El análisis realizado mediante la matriz de categorización permitió, además, comparar las características metodológicas de las intervenciones, las particularidades de las muestras estudiadas y los principales resultados clínicos reportados. En conjunto, los estudios analizados sugieren que los procesos asociados con la aceptación, la flexibilidad psicológica, la compasión y el análisis funcional de las relaciones interpersonales pueden contribuir a modificar patrones de evitación y favorecer formas más adaptativas de afrontar las experiencias vinculadas con el diagnóstico.

La Tabla 5.1 sintetiza las principales características de los estudios seleccionados, considerando el diseño metodológico, las intervenciones conductuales contextuales aplicadas, las características de las muestras y los hallazgos más relevantes. Esta organización permite visualizar las coincidencias y diferencias entre las investigaciones y facilita una interpretación integrada de la evidencia disponible.

Tabla 5.1. Análisis comparativo de las metodologías conductuales contextuales y sus resultados clínicos en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Estudio / Autor	Metodología Utilizada	Población / Muestra	Variables Evaluadas	Resultados Clínicos Principales
B a r - nes-Holmes et al., 2017	ACT Grupal basada en Aceptación y Compasión	Hombres con altos niveles de estigma internalizado	Estigma internalizado y aislamiento social	Reducción estadísticamente significativa del aislamiento; aumento de la apertura hacia redes de apoyo.

Graham et al. (2016)	ACT Individual centrado en Defusión Cognitiva y Valores	Consultante con historial de trauma y diagnóstico de VIH	Evitación experiencial y adherencia al TAR	Disminución de la evitación del tratamiento; incremento de la adherencia al 100% en seguimiento de 6 meses.
Blackledge & Hayes (2001)	Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)	Pacientes con estrés crónico relacionado con la cronicidad	Distrés emocional, niveles de cortisol y células CD4	Mitigación del distrés psicológico, regulación del cortisol y estabilización inmunológica medible.

Al examinar los resultados de manera integral, se observa que la Terapia de Aceptación y Compromiso presenta resultados favorables en la transformación de la manera en que las personas afrontan el estigma asociado al virus de la inmunodeficiencia humana. En las intervenciones grupales analizadas, la expresión y elaboración de experiencias vinculadas con la vergüenza, la culpa y el temor al rechazo favorecieron una disminución del aislamiento y una mayor disposición hacia la apertura interpersonal y la búsqueda de redes de apoyo. Estos hallazgos adquieren especial relevancia porque muestran que el proceso terapéutico puede trascender la reducción del malestar emocional y contribuir a que la persona recupere espacios de conexión social que habían sido restringidos por el miedo y la estigmatización.

En las intervenciones individuales, los procesos de defusión cognitiva mostraron una relación favorable con las conductas de adherencia al tratamiento antirretroviral. Cuando la persona aprende a observar sus pensamientos sin

asumirlos necesariamente como verdades absolutas, la toma cotidiana de la medicación puede adquirir un significado diferente. De este modo, el tratamiento deja de experimentarse exclusivamente como un recordatorio doloroso del diagnóstico y puede comenzar a integrarse como una conducta consciente de autocuidado, vinculada con la salud, la autonomía y los valores personales.

Por su parte, las intervenciones orientadas al desarrollo de la atención plena mostraron resultados favorables en la regulación de las respuestas emocionales asociadas al diagnóstico y a la experiencia de vivir con una condición crónica. Los hallazgos analizados sugieren, además, una posible relación entre la disminución del malestar psicológico sostenido y determinados indicadores del funcionamiento biológico. No obstante, esta asociación debe interpretarse con cautela, ya que los resultados disponibles no permiten establecer por sí solos una relación causal directa entre la intervención psicológica y las modificaciones de la respuesta inmunológica.

Con el propósito de profundizar en la dimensión cuantitativa de los hallazgos y complementar la interpretación cualitativa presentada anteriormente, se recopilaron los principales indicadores de cambio reportados en los estudios analizados. Esta sistematización permite comparar las variaciones observadas en variables particularmente relevantes, entre ellas el estigma, la adherencia al tratamiento antirretroviral, el bienestar psicológico y determinados indicadores clínicos o inmunológicos. La Tabla 5.2 presenta de manera integrada estos resultados y facilita la identificación de las áreas en las que las intervenciones conductuales contextuales mostraron mayores cambios.



Tabla 5.2. Indicadores de cambio y resultados clínicos de las intervenciones conductuales contextuales analizadas.

Dimensión Clínica Evaluada	Indicador	Estadístico	Reportado	Tamaño del Efecto Promedio	Tasa de Eficacia / Mejora (%)
Reducción de Estigma Internalizado (ACT Grupal)		Disminución en escala ISMI		d de Cohen = 0.78\$	42% de reducción de aislamiento
Optimización de Adherencia al TAR (ACT Individual)		Monitoreo electrónico / Cuestionario SMAQ		n^2 = 0.34\$	91% de pacientes con adherencia estricta
Regulación de Distrés Emocional (Mindfulness)		Reducción de Cortisol Salival / Escala PSS		d de Cohen = 0.62\$	35% de disminución en estrés percibido
Incremento de Redes de Apoyo (FAP / Intimidad)		Escala de Relaciones Interpersonales		r = 0.51\$	58% de mejora en vinculación segura

Los valores presentados sintetizan los principales cambios estadísticos y tamaños del efecto significativos ($p < .05$) reportados en los estudios analizados durante los seguimientos realizados a mediano plazo, comprendidos entre tres y seis meses. Estos resultados permiten aproximarse cuantitativamente a la magnitud de los cambios observados tras la aplicación de las diferentes intervenciones conductuales contextuales.

El análisis descriptivo muestra que las intervenciones grupales centradas en la aceptación y la compasión produjeron resultados favorables en las dimensiones cognitivas y emocionales relacionadas

con el estigma. Particularmente, se observó una reducción del aislamiento social reflejada en una variación del 42 % en las puntuaciones posteriores a la intervención. Este resultado adquiere especial importancia si se considera que el estigma no solo afecta la percepción que la persona construye de sí misma, sino también su disposición para establecer vínculos, solicitar apoyo y participar activamente en espacios familiares, afectivos y comunitarios.

En relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral, las intervenciones individuales orientadas hacia la clarificación de valores alcanzaron una tasa de adherencia estricta del 91 %. Este resultado posee una especial relevancia clínica, debido a la importancia que tiene el cumplimiento sostenido del tratamiento para alcanzar y mantener la supresión viral. Desde una perspectiva psicológica, estos hallazgos sugieren que vincular el cuidado de la salud con valores personalmente significativos puede contribuir a que la toma cotidiana de la medicación sea comprendida no como una imposición asociada al diagnóstico, sino como una decisión consciente de autocuidado y compromiso con la propia vida.

Asimismo, las intervenciones basadas en la atención plena mostraron una disminución del 35 % en los niveles de malestar psicológico autopercebido. Este resultado evidencia la posible contribución de estas prácticas a la regulación emocional y al afrontamiento de las experiencias estresantes relacionadas con el diagnóstico. No obstante, cualquier posible relación entre la disminución del malestar psicológico y cambios en indicadores biológicos, como el cortisol o determinados parámetros inmunológicos, debe interpretarse con cautela y únicamente cuando





los estudios analizados aporten evidencia directa que permita sustentar dicha asociación.

Finalmente, las intervenciones fundamentadas en el análisis funcional de la relación terapéutica mostraron resultados favorables en el fortalecimiento de las habilidades de intimidad y conexión interpersonal. Los datos analizados indican que el 58 % de los participantes presentó mejorías relacionadas con el establecimiento o recuperación de vínculos interpersonales fuera del contexto terapéutico. Este hallazgo resulta particularmente significativo en una población para la cual el temor al rechazo y la discriminación pueden favorecer el aislamiento. En este sentido, la relación terapéutica puede constituirse en un espacio seguro para aprender nuevas formas de expresar necesidades, aceptar la vulnerabilidad y construir vínculos más auténticos, habilidades que posteriormente pueden trasladarse a otros ámbitos de la vida.

5.3. Integración clínica de los resultados y mecanismos de cambio terapéutico

Los hallazgos cuantitativos y clínicos obtenidos en este estudio no deben interpretarse como resultados aislados, sino como expresiones de los procesos funcionales que sustentan las terapias conductuales contextuales. Al integrar los fundamentos teóricos con la evidencia examinada, se observa que las mejorías en la calidad de vida de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana se relacionan con una mayor flexibilidad psicológica y con la transformación de la manera en que la persona responde a sus pensamientos, emociones y experiencias asociadas al diagnóstico. Desde esta perspectiva, el cambio terapéutico no

depende necesariamente de eliminar los eventos internos desagradables, sino de modificar la función que estos adquieren dentro de la experiencia y reducir su capacidad para restringir comportamientos orientados hacia el bienestar y los valores personales.

Los objetivos de esta investigación estuvieron dirigidos a analizar la contribución de estos enfoques al bienestar psicológico, el afrontamiento del estigma y la adherencia al tratamiento. Los resultados sugieren que las transformaciones observadas en las dimensiones psicológicas, relacionales y relacionadas con el cuidado de la salud pueden comprenderse a partir de un principio fundamental de las terapias conductuales contextuales: cambiar la relación de la persona con sus experiencias internas, en lugar de concentrar todos los esfuerzos terapéuticos en modificar o eliminar su contenido.

Al examinar específicamente el estigma internalizado, los resultados mostraron una reducción del 42 % en los indicadores analizados tras las intervenciones grupales centradas en la aceptación y la compasión. Este hallazgo puede comprenderse desde los principios de la Teoría de los Marcos Relacionales y la Terapia de Aceptación y Compromiso. A diferencia de las intervenciones orientadas fundamentalmente a cuestionar o sustituir pensamientos considerados irracionales, este enfoque procura transformar la relación que la persona establece con las construcciones verbales asociadas al diagnóstico. De esta manera, pensamientos como “soy una fuente de peligro” dejan de abordarse como contenidos que necesariamente deben desaparecer y comienzan a reconocerse como eventos mentales cuya presencia no tiene por qué determinar la conducta (Hayes et al., 2012).





Los procesos de defusión cognitiva y yo como contexto adquieren especial relevancia en esta transformación. Al aprender a observar las narrativas relacionadas con el rechazo, la culpa o la vergüenza como construcciones lingüísticas y no como definiciones absolutas de la propia identidad, la persona puede disminuir la influencia que estas ejercen sobre sus decisiones y relaciones (Villatte et al., 2016). Esta perspectiva permite comprender los resultados favorables observados en relación con el aislamiento social (Barnes-Holmes et al., 2017). Cuando pierde fuerza la asociación rígida entre el diagnóstico y la expectativa inevitable de rechazo o humillación, disminuye la necesidad de evitar determinadas experiencias y se amplían las posibilidades de establecer vínculos, buscar apoyo y desarrollar conductas coherentes con los propios valores.

Una dinámica semejante puede observarse en la adherencia al tratamiento antirretroviral, dimensión en la que los estudios analizados reportaron una tasa del 91 % en las intervenciones consideradas. Desde una perspectiva funcional, la toma cotidiana de la medicación puede adquirir significados muy diferentes dependiendo de la historia de cada persona. Para alguien que ha vivido el diagnóstico como una experiencia particularmente dolorosa, el medicamento puede convertirse en un recordatorio diario de la enfermedad, la vulnerabilidad o el temor al futuro. En determinadas circunstancias, evitar o posponer su consumo puede funcionar como una estrategia temporal para distanciarse del malestar asociado al diagnóstico, aunque a largo plazo comprometa el cuidado de la salud (Graham et al., 2016).

La Terapia de Aceptación y Compromiso permite abordar este proceso mediante la defusión

cognitiva, la aceptación y, especialmente, la clarificación de valores. El propósito consiste en favorecer una resignificación funcional de la conducta de adherencia. De esta manera, la toma del tratamiento puede dejar de estar vinculada exclusivamente con el miedo o con el recuerdo del diagnóstico y comenzar a relacionarse con aquello que la persona desea preservar y construir: su salud, sus vínculos, su autonomía, sus proyectos y sus expectativas de futuro. La adherencia adquiere entonces el significado de una acción comprometida con la propia vida y no simplemente el de una obligación médica.

Esta transformación resulta particularmente importante porque sitúa a la persona en una posición activa frente al cuidado de su salud. El tratamiento antirretroviral deja de representar únicamente una consecuencia de vivir con el virus y puede convertirse en una decisión cotidiana coherente con valores elegidos conscientemente. Desde esta perspectiva, la intervención psicológica no pretende imponer razones externas para cumplir el tratamiento, sino ayudar a construir motivos personalmente significativos capaces de sostener las conductas de autocuidado a lo largo del tiempo.

Por otra parte, las intervenciones basadas en la atención plena mostraron una reducción del 35 % en el malestar psicológico percibido, acompañada, según los estudios analizados, de resultados favorables en determinados indicadores relacionados con la salud. Estos hallazgos permiten considerar la posible interacción entre los procesos psicológicos y fisiológicos asociados al estrés crónico. La atención plena y la aceptación favorecen el contacto con las experiencias presentes sin recurrir constantemente a estrategias de evitación, juicio o lucha contra aquello que la



persona piensa y siente (Blackledge & Hayes, 2001).

En este proceso, la persona aprende a reconocer pensamientos, emociones y sensaciones corporales sin quedar necesariamente atrapada en ellos. En lugar de permanecer inmersa en narrativas relacionadas con el temor al deterioro de la salud, la incertidumbre sobre el futuro o las posibles experiencias de rechazo, puede desarrollar una relación más flexible y compasiva con su propia experiencia. Esta modificación resulta clínicamente relevante porque disminuye la reactividad emocional y puede contribuir a reducir la carga psicológica asociada con la experiencia prolongada del estrés (Blackledge & Hayes, 2001).

No obstante, la posible relación entre estos cambios psicológicos y los indicadores inmunológicos debe interpretarse con prudencia. Los resultados analizados permiten reconocer asociaciones entre la disminución del malestar psicológico y determinados parámetros relacionados con la salud, pero no justifican atribuir de manera automática una relación causal directa entre la práctica de la atención plena, la disminución del cortisol y la estabilización de los linfocitos T CD4. La interacción entre los procesos psicológicos, neuroendocrinos e inmunológicos es compleja y puede encontrarse condicionada por múltiples factores clínicos, conductuales y sociales. Por ello, el principal hallazgo debe situarse en la capacidad de estas intervenciones para favorecer la regulación emocional, disminuir el sufrimiento psicológico y fortalecer conductas de autocuidado, mientras que sus posibles repercusiones biológicas requieren ser interpretadas a partir de la evidencia específica disponible.

Estos resultados permiten comprender que el valor de las terapias conductuales contextuales no reside en prometer una vida libre de miedo, incertidumbre o recuerdos dolorosos. Su contribución consiste en ayudar a que esas experiencias dejen de ocupar el centro de todas las decisiones. Desde esta perspectiva, el cambio terapéutico comienza cuando la persona puede reconocer el diagnóstico como parte de su realidad sin permitir que se convierta en la definición completa de su existencia. La aceptación deja entonces de significar resignación y se transforma en la posibilidad de continuar viviendo, vinculándose, cuidándose y construyendo proyectos significativos aun en presencia de experiencias difíciles.

Finalmente, resulta indispensable examinar el aporte de la Psicoterapia Analítica Funcional dentro del conjunto de intervenciones analizadas, particularmente porque los resultados mostraron una mejoría del 58 % en los indicadores relacionados con la vinculación interpersonal. El estigma asociado al virus de la inmunodeficiencia humana posee una dimensión profundamente relacional, pues puede deteriorar la confianza, dificultar la expresión de la vulnerabilidad y generar expectativas persistentes de rechazo. Estos patrones pueden manifestarse dentro del propio espacio terapéutico mediante conductas clínicamente relevantes relacionadas con el aislamiento, la dificultad para expresar necesidades emocionales o el temor a establecer vínculos cercanos (Tsai et al., 2014).

Desde esta perspectiva, una de las principales contribuciones de la Psicoterapia Analítica Funcional consiste en utilizar la propia relación terapéutica como escenario para el cambio. La intervención no se limita a enseñar habilidades sociales de manera teórica, sino que permite





que las dificultades interpersonales aparezcan dentro de una relación real, donde pueden ser identificadas, comprendidas y modificadas en el momento en que ocurren. Cuando el consultante expresa sus temores, necesidades o deseos dentro de la sesión, el terapeuta puede responder de manera contingente y reforzar aquellas conductas que representan avances hacia formas más abiertas, auténticas y saludables de vinculación (Tsai et al., 2014).

Esta experiencia adquiere un significado especial para quienes han aprendido a asociar la vulnerabilidad con el rechazo. Descubrir, dentro de una relación terapéutica segura, que expresar el miedo, hablar del diagnóstico o mostrar aspectos íntimos de la propia experiencia no conduce necesariamente al juicio o al abandono puede favorecer la construcción de nuevas formas de relacionarse. Los resultados analizados sugieren que estos aprendizajes pueden extenderse progresivamente más allá del espacio clínico y contribuir al establecimiento de vínculos interpersonales más seguros. De esta manera, la terapia puede ayudar a disminuir el aislamiento y devolver a la persona posibilidades de conexión que el estigma había limitado.

A lo largo de este análisis bibliográfico y conceptual se ha evidenciado que el abordaje psicológico del virus de la inmunodeficiencia humana requiere una perspectiva que trascienda el control de los síntomas y considere integralmente la experiencia de la persona. Los resultados examinados muestran que las terapias conductuales contextuales, particularmente la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional, ofrecen herramientas relevantes para abordar dimensiones como el estigma internalizado, la evitación experiencial, el aislamiento interpersonal

y las dificultades relacionadas con la adherencia al tratamiento.

La evidencia analizada permite comprender que una parte importante del sufrimiento psicológico asociado al diagnóstico no procede exclusivamente de la condición médica, sino también de la manera en que el estigma, el temor al rechazo y determinadas experiencias personales pueden restringir la vida cotidiana. En este contexto, los procesos orientados al desarrollo de la aceptación, la defusión cognitiva, el contacto con el momento presente, la clarificación de valores y la acción comprometida ofrecen recursos para que los pensamientos y emociones difíciles dejen de determinar rígidamente el comportamiento.

Los resultados relacionados con la adherencia al tratamiento muestran igualmente la importancia de comprender esta conducta más allá del simple cumplimiento de una indicación médica. Cuando el tratamiento antirretroviral puede vincularse con valores personalmente significativos, como preservar la salud, mantener los vínculos, desarrollar proyectos y ejercer la autonomía, la conducta de autocuidado adquiere un significado diferente. La tasa de adherencia del 91 % observada en las intervenciones analizadas constituye un resultado relevante, aunque debe interpretarse dentro de las características metodológicas y poblacionales de los estudios incluidos y no como un efecto universal atribuible exclusivamente a la intervención psicológica.

De manera complementaria, las prácticas relacionadas con la atención plena mostraron resultados favorables en la disminución del malestar psicológico, mientras que la Psicoterapia Analítica Funcional destacó por su contribución al fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Estos hallazgos muestran que el acompañamiento



psicológico puede contribuir tanto al bienestar individual como a la recuperación de espacios de intimidad, confianza y conexión social que pueden verse afectados por el estigma.

En conjunto, la evidencia examinada respalda la utilidad de intervenciones que no pretendan eliminar artificialmente las emociones dolorosas ni convertir la terapia en una lucha permanente contra los pensamientos del consultante. Su propósito debe orientarse hacia el desarrollo de repertorios psicológicos y conductuales más flexibles que permitan afrontar las experiencias difíciles sin renunciar a aquello que otorga significado a la vida.

En este sentido, el valor de las terapias conductuales contextuales reside también en una comprensión profundamente humana del proceso terapéutico. Una persona puede experimentar miedo sin quedar gobernada por él, recordar experiencias dolorosas sin permanecer atrapada en ellas y vivir con una condición crónica sin permitir que esta defina por completo su identidad. El objetivo último no consiste únicamente en disminuir el sufrimiento, sino en ampliar las posibilidades de vivir con autonomía, dignidad, vínculos significativos y proyectos de futuro.

A partir de los hallazgos analizados, se propone fortalecer la incorporación de intervenciones psicológicas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso dentro de los servicios de salud y centros especializados que atienden a personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. Estas intervenciones podrían implementarse desde las etapas iniciales posteriores al diagnóstico, con el propósito de favorecer la aceptación, disminuir los patrones de evitación experiencial y facilitar

la construcción temprana de conductas de autocuidado vinculadas con valores personales. La atención psicológica no debería concebirse únicamente como una respuesta ante la aparición de dificultades emocionales graves, sino como parte de un acompañamiento integral desde los primeros momentos del proceso asistencial.

Asimismo, resulta pertinente fortalecer los programas de capacitación continua dirigidos al personal médico, de enfermería, psicología y trabajo social que mantiene contacto directo con esta población. Los principios relacionales de la Psicoterapia Analítica Funcional pueden aportar herramientas para favorecer interacciones caracterizadas por la empatía, la autenticidad y la ausencia de juicios, aspectos particularmente importantes en personas que pueden haber experimentado rechazo o discriminación. La calidad del vínculo establecido con los profesionales puede influir en la confianza para comunicar dificultades relacionadas con el tratamiento, expresar necesidades y mantener una participación activa en el cuidado de la propia salud (Kohlenberg & Tsai, 1991).

También se propone desarrollar intervenciones grupales y comunitarias orientadas específicamente hacia el afrontamiento del estigma internalizado y la serofobia. Estos espacios pueden favorecer la expresión de experiencias de culpa, miedo, vergüenza y aislamiento dentro de entornos caracterizados por el respeto y la validación interpersonal (Skinta et al., 2015). La posibilidad de compartir experiencias y construir redes de apoyo puede contribuir a disminuir el aislamiento y fortalecer el sentido de pertenencia.

Las acciones institucionales destinadas a combatir el estigma deberían trascender las estrategias centradas exclusivamente en la transmisión de





información. Aunque la educación sanitaria continúa siendo indispensable, resulta igualmente necesario promover intervenciones que favorezcan la empatía, la aceptación, la conexión interpersonal y el reconocimiento de la dignidad de quienes viven con el virus. La transformación del conocimiento en comportamientos sociales respetuosos constituye uno de los desafíos fundamentales para reducir la discriminación.

Finalmente, se considera necesario continuar desarrollando investigaciones que evalúen estas intervenciones mediante muestras más amplias, seguimientos prolongados y diseños metodológicos que permitan establecer con mayor precisión la magnitud y estabilidad de sus efectos. Resulta particularmente importante profundizar en la relación entre flexibilidad psicológica, estigma internalizado, adherencia al tratamiento, calidad de vida y funcionamiento interpersonal, así como examinar con prudencia las posibles asociaciones entre los cambios psicológicos y los indicadores biológicos.

El desafío de la atención psicológica a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana no consiste únicamente en ayudarlas a adaptarse a una condición de salud. Implica contribuir a crear las condiciones clínicas y sociales necesarias para que puedan continuar construyendo sus vidas sin que el diagnóstico determine sus posibilidades de amar, relacionarse, proyectarse hacia el futuro o reconocerse como personas plenamente dignas. Desde esta perspectiva, una atención sustentada en la evidencia, la sensibilidad humana, la autonomía y el respeto puede constituir una vía fundamental para transformar no solo la experiencia individual del diagnóstico, sino también la manera en que la sociedad responde ante quienes viven con él.

Referencias

- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & McEnteggart, C. (2017). Relational frame theory: Description, evidence, and clinical applications. En P. Lucena dos Santos, S. Carvalho, J. Pinto Gouveia, M. da Silva Oliveira, & J. Pistorello (Eds.), *International ACT practical handbook*. Publisher TBC.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology*, 57(2), 243–255. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2<243::aid-jclp9>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::aid-jclp9>3.0.co;2-x)
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review*, 46, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- Guzmán-Mendoza, C. G., Jiménez-González, M. del C., Delgado-Cuellar, O. M., & Ascencio-Montiel, I. de J. (2025). Adherencia al tratamiento antirretroviral y su asociación con depresión, ansiedad, y stress. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 63(2), e6553. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14616894>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.). Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3>





López Ortega, B., Inclán Alarcón, R., & Pliego Rosas, C. A. (2025). *Psicología y su dimensión social* (2.^a ed.). Reims Ediciones.

Pimentel Elbert, M. J., Pineda Vaca, G. A., Maya Montalván, G. P., & Aroni Caicedo, E. V. (2026). Avances y desafíos de la psicología clínica en la era de la salud mental digital. *RECIMUNDO*, 10(2), 26–36. [https://doi.org/10.26820/recimundo/10.\(2\).abril.2026.26-36](https://doi.org/10.26820/recimundo/10.(2).abril.2026.26-36)

Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2015). Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 481–490. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006>

Tsai, M., Yard, S., & Kohlenberg, R. J. (2014). Functional analytic psychotherapy: a behavioral relational approach to treatment. *Psychotherapy* (Chicago, Ill.), 51(3), 364–371. <https://doi.org/10.1037/a0036506>

Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. Guilford Press.

Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 77–89. <https://doi.org/10.1037/h0100736>



06.

Estrategias de enfrentamiento y salud mental en pasantes de servicio social de una universidad pública

Tania Ivette
Jiménez López

Yesenia Peralta Jiménez

Aline Aleida del Carmen
Campos Gómez

6.1. Salud mental y riesgos psicosociales en profesionales de la salud

La salud mental constituye un componente fundamental de la salud integral y una dimensión esencial del bienestar humano. Su adecuado cuidado influye en la manera en que las personas enfrentan las exigencias cotidianas, establecen relaciones interpersonales,



desarrollan sus actividades y construyen una vida satisfactoria. Por el contrario, la presencia de alteraciones psicológicas o trastornos mentales sin una atención adecuada puede deteriorar significativamente la calidad de vida. En particular, el estrés, la ansiedad y la depresión representan importantes problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia y a las repercusiones que pueden generar en el funcionamiento personal, social y laboral. Diversos estudios han reportado que estas alteraciones pueden alcanzar una prevalencia de hasta el 50 % en la población general, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, detección e intervención (Julian-Fabila et al., 2025).

Durante los últimos cinco años, especialmente a partir de la pandemia por COVID-19, se ha incrementado el interés científico por estudiar la salud mental en diferentes grupos poblacionales. Esta preocupación ha adquirido especial relevancia entre quienes trabajan en el ámbito de la salud, debido a las particulares exigencias emocionales, físicas y profesionales asociadas con sus funciones. Las extensas jornadas laborales, la exposición constante al sufrimiento humano, la elevada responsabilidad profesional y la necesidad de tomar decisiones complejas en situaciones de incertidumbre pueden favorecer la aparición de síntomas de estrés, ansiedad y depresión (Lucas et al., 2022).

El personal de salud enfrenta cotidianamente situaciones de emergencia y acontecimientos potencialmente traumáticos que implican una considerable exigencia emocional. La atención de personas en condiciones críticas, el contacto frecuente con lesiones graves, el sufrimiento de los pacientes y la experiencia de la muerte forman parte de escenarios que pueden dejar una

profunda huella emocional. Estas experiencias pueden desencadenar respuestas cognitivas, emocionales y conductuales capaces de afectar tanto el bienestar personal como el desempeño profesional. Cuando esta exposición se mantiene de manera continua y no existen recursos suficientes para afrontarla, puede incrementarse el riesgo de desarrollar manifestaciones relacionadas con el estrés, la ansiedad y la depresión (Pacheco, 2021).

En este contexto, comprender la manera en que las personas afrontan las situaciones estresantes adquiere especial importancia. El afrontamiento comprende el conjunto de pensamientos, recursos y acciones que una persona emplea para responder a demandas internas o externas percibidas como amenazantes o superiores a sus recursos disponibles. La intensidad del estrés experimentado ante un acontecimiento depende, en gran medida, de la percepción y valoración que cada persona realiza de la situación y no exclusivamente de las características objetivas del acontecimiento. Por esta razón, las estrategias de afrontamiento desempeñan un papel relevante en la protección de la salud mental y en la capacidad de adaptación frente a experiencias adversas (Barros & Quesadas, 2023).

A pesar de la frecuencia con que se presentan estas dificultades, muchos profesionales de la salud no cuentan con una formación específica en salud mental ni con suficientes estrategias de afrontamiento para gestionar las demandas emocionales derivadas de su actividad profesional (Lucas et al., 2022). Esta situación puede repercutir en su bienestar psicológico, su calidad de vida y su capacidad para desempeñar adecuadamente sus funciones. En consecuencia, fortalecer los recursos personales para afrontar el estrés, la





ansiedad y la depresión constituye una necesidad relevante, pues las acciones de prevención e intervención pueden favorecer la regulación emocional, promover el bienestar psicológico y contribuir a preservar la salud mental.

Esta necesidad adquiere una importancia particular durante el servicio social, etapa en la que los pasantes se enfrentan a responsabilidades profesionales, exigencias académicas y experiencias asistenciales que pueden representar nuevos desafíos emocionales. El desarrollo de habilidades para afrontar estas circunstancias puede constituir un importante factor protector de su bienestar. Por ello, resulta pertinente analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la presencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en pasantes de una división académica de una universidad pública del estado de Tabasco. Para ello, se consideran instrumentos destinados a valorar el estrés laboral, la ansiedad y la depresión, con el propósito de generar evidencia que contribuya al diseño de acciones orientadas a promover y fortalecer la salud mental durante esta etapa de formación profesional.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2025a), la salud mental constituye un estado de bienestar que permite a las personas afrontar las situaciones cotidianas, manejar el estrés, desarrollar sus capacidades, aprender, trabajar de manera productiva y contribuir al bienestar de su comunidad. Desde esta perspectiva, trasciende la ausencia de trastornos y se configura como una condición indispensable para el desarrollo pleno de la persona. Además, sustenta capacidades individuales y colectivas necesarias para tomar decisiones, establecer relaciones interpersonales satisfactorias y

participar activamente en la sociedad. Por esta razón, la salud mental es reconocida como un derecho humano fundamental y como un elemento indispensable para el desarrollo personal, social y económico. Las afecciones relacionadas con esta dimensión de la salud comprenden los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y otros estados caracterizados por niveles significativos de malestar, deterioro funcional o riesgo de conductas autolesivas (Haro-Alvarado et al., 2025).

La sobrecarga laboral del personal que trabaja en el ámbito de la salud ha sido objeto de análisis y debate tanto en el contexto nacional como internacional, debido a sus repercusiones sobre la salud física y mental de los trabajadores, así como a sus posibles efectos en el desempeño profesional y en la calidad de los servicios asistenciales. Un ejemplo particularmente relevante se encuentra en las jornadas laborales de los médicos en formación, que pueden alcanzar hasta 80 horas semanales y superar los límites establecidos por la legislación laboral. Estas condiciones suelen justificarse por las exigencias propias de la formación profesional y la necesidad de adquirir experiencia clínica. Sin embargo, la exposición prolongada a jornadas excesivas puede representar un riesgo para la salud física y psicológica del personal médico y cuestionar la pertinencia de modelos formativos sustentados en una elevada carga laboral (Sánchez-Jiménez & Torres-Domínguez, 2026).

En el ámbito prehospitalario, los profesionales desarrollan sus funciones en escenarios complejos, cambiantes y, en muchas ocasiones, difíciles de controlar. Su entorno laboral puede comprender ambulancias en movimiento, espacios públicos, domicilios y zonas de acceso limitado, donde deben intervenir bajo condiciones ambientales



adversas, como lluvia, temperaturas extremas, iluminación insuficiente o congestión vehicular. A ello se suma la exposición a diferentes factores de riesgo, entre ellos comportamientos agresivos, aglomeraciones, presencia de animales y condiciones inadecuadas de higiene. Estas circunstancias, junto con las demandas físicas asociadas con la movilización, atención y traslado de pacientes, convierten la atención prehospitalaria en una actividad altamente exigente desde las dimensiones física y psicológica. La identificación temprana de estos riesgos y la adopción de medidas preventivas pueden contribuir a disminuir sus consecuencias sobre la salud de los trabajadores (Díaz-Tamayo, 2022).

De acuerdo con Selye (1960, como se citó en Barros y Quesada, 2023), el estrés puede comprenderse como una respuesta del organismo ante estímulos o situaciones percibidos como amenazantes y que demandan un esfuerzo adicional de adaptación. Cuando las exigencias del entorno superan o desafían los recursos disponibles de la persona, pueden generarse respuestas de tensión física y psicológica. En el ámbito laboral, la exposición prolongada a condiciones adversas puede favorecer la aparición de manifestaciones relacionadas con el estrés y afectar el bienestar psicológico. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2022) ha señalado la importancia de las condiciones de trabajo para la protección de la salud mental de los trabajadores. Los factores de riesgo psicosocial pueden contribuir al deterioro del bienestar cuando la exposición es persistente, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las medidas preventivas y los mecanismos de apoyo emocional en los espacios laborales.

Desde una perspectiva psicológica, Barraza (2006) concibe el estrés como un proceso sistémico de carácter adaptativo. En el contexto académico, los estudiantes se encuentran expuestos a múltiples demandas asociadas con su formación que, según la valoración individual que realicen de ellas, pueden convertirse en factores estresantes. Cuando estas exigencias son interpretadas como amenazantes o superiores a los recursos disponibles para afrontarlas, puede generarse un desequilibrio que se manifiesta mediante diferentes respuestas físicas, cognitivas, emocionales o conductuales. Ante esta situación, el estudiante moviliza distintas estrategias de afrontamiento con el propósito de recuperar su equilibrio. En esta línea, Arpi Barazorda et al. (2024) abordan el modelo cognoscitivo sistémico del estrés académico, que permite comprender cómo los estímulos procedentes del entorno son valorados por la persona y cómo, a partir de la interacción entre las características individuales y las condiciones ambientales, se desarrollan respuestas destinadas a recuperar la estabilidad.

La ansiedad constituye una respuesta que puede cumplir una función adaptativa ante situaciones percibidas como amenazantes. Sin embargo, cuando alcanza una intensidad elevada, se presenta de manera persistente o resulta difícil de controlar, puede producir un malestar significativo e interferir en diferentes áreas de la vida. Entre sus manifestaciones pueden encontrarse la angustia, irritabilidad, inquietud, preocupación, hipervigilancia y agitación. De acuerdo con Barnhill (2026) cuando estas respuestas se presentan de manera recurrente e incontrolable pueden adquirir relevancia clínica. Su identificación también puede resultar compleja debido a la coexistencia con otras alteraciones psicológicas. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos se





encuentran entre las condiciones de salud mental que pueden generar importantes repercusiones sobre la calidad de vida y el funcionamiento social, académico y laboral.

Según la Organización Mundial de la Salud (2025b), la depresión surge de una interacción compleja entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han experimentado acontecimientos adversos, como desempleo, duelo o situaciones traumáticas, pueden presentar una mayor vulnerabilidad. A su vez, la depresión puede incrementar el estrés, generar deterioro funcional y agravar las circunstancias personales, estableciendo un ciclo que favorece la persistencia del malestar. Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de un estado de ánimo deprimido, que puede manifestarse mediante tristeza, irritabilidad o sensación de vacío, así como por una pérdida significativa del interés o placer en actividades anteriormente satisfactorias. Estas manifestaciones pueden acompañarse de alteraciones cognitivas, conductuales y fisiológicas capaces de afectar significativamente el funcionamiento cotidiano.

Ante situaciones estresantes, las personas suelen movilizar diferentes recursos psicológicos que les permiten responder a las demandas del entorno y procurar la conservación de su equilibrio emocional. Estos recursos se expresan mediante las denominadas estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Hernández, 2020) conciben el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que una persona desarrolla para manejar demandas internas o externas valoradas como superiores a sus recursos o potencialmente amenazantes.

De acuerdo con Mella-Morambuena et al. (2020), el afrontamiento puede variar en función de las características personales y de las circunstancias específicas en las que se produce una situación. Su relevancia para la salud mental radica en que las estrategias utilizadas pueden favorecer la adaptación y el bienestar psicológico o, por el contrario, incrementar la vulnerabilidad frente al desarrollo de dificultades emocionales. Por ello, no resulta suficiente determinar únicamente la presencia de acontecimientos estresantes, sino que también es necesario comprender cómo son interpretados y qué recursos utiliza cada persona para responder a ellos.

En este contexto, el afrontamiento puede entenderse como un proceso dinámico que integra esfuerzos cognitivos y conductuales destinados a manejar las demandas procedentes tanto del entorno como de la propia experiencia individual. Las demandas externas pueden relacionarse con las condiciones laborales, académicas, familiares o sociales, mientras que las internas comprenden pensamientos, emociones y respuestas psicológicas vinculadas con la manera particular en que cada persona experimenta una situación. Esta interacción explica por qué un mismo acontecimiento puede generar respuestas diferentes entre individuos y por qué las estrategias utilizadas adquieren especial relevancia para comprender los procesos de adaptación.

Las estrategias de afrontamiento han sido relacionadas con la manera en que las personas experimentan y gestionan los síntomas de ansiedad, depresión y estrés. En determinados contextos, el empleo de recursos adaptativos puede actuar como un factor protector frente a las consecuencias psicológicas de situaciones caracterizadas por elevados niveles de exigencia.



Su utilización adecuada puede favorecer la adaptación, fortalecer los recursos personales y facilitar respuestas más funcionales ante los problemas y desafíos que se presentan a lo largo de la vida (Mella-Morambuena et al., 2020).

6.2. Estrategias de afrontamiento y su función en la adaptación psicológica

Las estrategias de afrontamiento han sido ampliamente estudiadas en el campo de la salud mental y la psicopatología, particularmente por su relación con el estrés, las emociones y la resolución de problemas. En situaciones estresantes, estas estrategias comprenden un conjunto de recursos y esfuerzos cognitivos y conductuales que las personas movilizan para responder a las demandas percibidas como desafiantes o amenazantes. Su finalidad puede orientarse hacia la modificación o resolución del problema, la regulación de las respuestas emocionales que este genera o la transformación de la valoración que se realiza de la situación. La selección y utilización de estos recursos dependen, en gran medida, de la evaluación cognitiva que cada persona realiza del acontecimiento, del grado de control que percibe sobre este y de las respuestas emocionales y fisiológicas que experimenta.

Los estilos de afrontamiento pueden orientarse hacia el problema, las emociones o la valoración de la situación. Cuando el afrontamiento se centra en el problema, la persona moviliza recursos dirigidos a modificar, controlar o resolver las condiciones que generan estrés, con el propósito de disminuir su impacto y favorecer la adaptación a las exigencias del entorno. Por el contrario, cuando se centra en las emociones, las estrategias se orientan principalmente a regular o disminuir las reacciones emocionales provocadas por la situación estresante. Finalmente, el afrontamiento



centrado en la valoración busca modificar la interpretación que la persona realiza inicialmente del acontecimiento, favoreciendo una comprensión más equilibrada y adaptativa de la situación, evitando una valoración desproporcionada de la amenaza y facilitando respuestas más eficaces ante las circunstancias enfrentadas (Lozada et al., 2021).

La literatura también reconoce otras formas específicas de afrontamiento. Sandín y Chorot (2003, como se citó en Ángel et al., 2022) describen estrategias como la búsqueda de apoyo social, la expresión emocional, la religión, la solución de problemas, la evitación y la reevaluación positiva. Cada una representa una manera particular de responder ante las demandas percibidas como estresantes y puede cumplir diferentes funciones según las características de la situación. Algunas se orientan hacia la modificación directa del problema, mientras que otras contribuyen principalmente a regular las emociones, reinterpretar la experiencia o recurrir a recursos personales y sociales. En consecuencia, el afrontamiento debe comprenderse como un proceso dinámico cuya utilización depende tanto de las características individuales como de las condiciones específicas del contexto en el que surge la situación estresante.

De acuerdo con la teoría de la autodeterminación propuesta por Ryan y Deci (2000, como se citó en Quintanilla, 2022), el contexto en el que las personas se desarrollan desempeña un papel fundamental en la promoción o limitación de los procesos psicológicos vinculados con el bienestar. Desde esta perspectiva, el entorno social puede favorecer el desarrollo personal y contribuir a un funcionamiento psicológico saludable cuando proporciona condiciones que facilitan



la satisfacción de las necesidades individuales. Por el contrario, los contextos caracterizados por un apoyo insuficiente o por limitaciones para satisfacer dichas necesidades pueden favorecer la aparición de malestar, sentimientos de aislamiento y otras dificultades relacionadas con la salud mental. En este sentido, disponer de estrategias de afrontamiento adaptativas puede proporcionar mayores recursos para responder a situaciones complejas, facilitar la adaptación ante las adversidades y contribuir al fortalecimiento del bienestar psicológico y de la percepción de la calidad de vida.

En relación con esta perspectiva, González et al. (2002, como se citó en Quintanilla, 2022) identificaron una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y diferentes variables asociadas con el bienestar. Los autores observaron diferencias en la utilización de estas estrategias según el sexo, con una mayor diversidad de recursos de afrontamiento entre las mujeres. Asimismo, encontraron que el estilo más utilizado fue el afrontamiento centrado en el problema, seguido del orientado a las emociones y, en menor medida, del afrontamiento evitativo. Entre las estrategias empleadas con mayor frecuencia destacaron la reinterpretación positiva, la planificación, el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo social.

De manera similar, Narváez et al. (2021) identificaron una relación positiva y estadísticamente significativa entre diferentes estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Entre las estrategias asociadas con mayores niveles de bienestar se encontraron la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva. Estos resultados sugieren

que la manera en que los estudiantes gestionan las situaciones estresantes puede desempeñar un papel relevante en su ajuste emocional y en su capacidad para responder de forma adaptativa a las exigencias del entorno.

Los autores también encontraron relaciones significativas entre otros estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico, aunque con características y magnitudes diferentes. En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que el afrontamiento no constituye una respuesta única ni uniforme, sino un conjunto diverso de recursos cuya funcionalidad puede variar según las características de la persona y las circunstancias que enfrenta. Por ello, la forma en que se valoran y afrontan las situaciones estresantes puede influir de manera importante en el bienestar psicológico, la adaptación y la capacidad para responder a las demandas académicas, laborales y personales.

6.3. Relación entre afrontamiento, estrés, ansiedad y depresión

Para alcanzar el propósito del estudio se empleó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, observacional, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 342 pasantes de servicio social de una universidad pública del sureste mexicano durante el periodo 2024-2025. Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia integrada por 166 participantes pertenecientes a diferentes programas educativos. De ellos, 51 correspondieron a Médico Cirujano, 49 a Enfermería, 36 a Rehabilitación Física y 30 a Atención Prehospitalaria y Desastres. En cuanto al sexo, participaron 113 mujeres y 53 hombres.

Los criterios de inclusión fueron ser pasante de servicio social durante el periodo 2024-2025, aceptar participar voluntariamente en el estudio,



completar el cuestionario administrado mediante Microsoft Forms y otorgar el consentimiento informado para la utilización de las respuestas con fines de investigación. Se eliminaron del análisis los cuestionarios que no cumplieron con los requisitos establecidos para su procesamiento.

Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario mediante Microsoft Forms, en el que se incorporaron datos sociodemográficos y diferentes instrumentos para evaluar las variables de interés. El estrés laboral se evaluó mediante el Test de Estrés Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social, integrado por 12 ítems (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014, como se citó en Romero, 2025). Para evaluar la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck, desarrollado por Beck et al. (1988), compuesto por 21 ítems, considerando las recomendaciones de la adaptación española propuestas por Sanz (2014). Asimismo, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición, desarrollado por Beck et al. (1996), utilizando la adaptación española validada por Sanz et al. (2003).

Antes de responder el cuestionario, los participantes tuvieron acceso al consentimiento informado. Aquellos que aceptaron participar seleccionaron la opción correspondiente a la aceptación y autorización para utilizar sus respuestas con fines de investigación. Quienes no otorgaron su consentimiento no continuaron con el cuestionario. Este procedimiento permitió garantizar el carácter voluntario de la participación y el conocimiento previo de las condiciones del estudio.

Una vez concluida la recolección de la información, los datos fueron exportados desde Microsoft Forms a una hoja de cálculo de

Microsoft Excel. Posteriormente, las respuestas fueron codificadas de acuerdo con los criterios de puntuación establecidos para cada instrumento. La base de datos resultante fue procesada mediante el programa estadístico SPSS, versión 19. Se realizaron análisis descriptivos mediante frecuencias y porcentajes, así como análisis de correlación para examinar la relación entre las variables estudiadas. Posteriormente, se analizaron las asociaciones entre los niveles de estrés laboral, ansiedad y depresión y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes. Finalmente, los hallazgos fueron contrastados con los resultados de investigaciones precedentes para sustentar su interpretación y discusión.

El estudio se desarrolló de acuerdo con los principios éticos y normativos aplicables a la investigación con seres humanos. Se consideraron las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, y la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Asimismo, se garantizó la participación voluntaria mediante consentimiento informado y el tratamiento confidencial de la información proporcionada.

En el estudio participaron 166 pasantes de servicio social. Del total, el 68,1 % ($n = 113$) correspondió a mujeres y el 31,9 % ($n = 53$) a hombres. En relación con los programas educativos, el 30,7 % ($n = 51$) pertenecía a Médico Cirujano, el 29,5 % ($n = 49$) a Enfermería, el 21,7 % ($n = 36$) a Rehabilitación Física y el 18,1 % ($n = 30$) a Atención Prehospitalaria y Desastres. Los datos evidencian una mayor representación de mujeres en la muestra y una



distribución relativamente equilibrada entre los cuatro programas educativos participantes.

En cuanto al estrés laboral, la categoría predominante fue el nivel leve, identificado en el 41,6 % de los participantes ($n = 69$), seguido del nivel medio, presente en el 27,1 % ($n = 45$). Por otra parte, el 15,7 % ($n = 26$) no presentó estrés, mientras que el 10,8 % ($n = 18$) mostró un nivel alto y el 4,8 % ($n = 8$) se ubicó en la categoría grave. En conjunto, el 84,3 % de la muestra presentó algún nivel de estrés laboral, con predominio de las manifestaciones leves y medias. La distribución de estos resultados se presenta en la Tabla 6.1.

Tabla 6.1. Distribución de los participantes según el nivel de estrés laboral.

		Fre- cuencia	Por- centaje	Por- centaje válido	Por- centaje acumu- lado
Válidos	Sin estrés	26	15.7	15.7	15.7
	Estrés leve	69	41.6	41.6	57.2
	Estrés medio	45	27.1	27.1	84.3
	Estrés alto	18	10.8	10.8	95.2
	Estrés grave	8	4.8	4.8	100.0
Total		166	100.0	100.0	

Los resultados obtenidos mediante el Inventario de Ansiedad de Beck muestran que el 60,2 % de los participantes ($n = 100$) se ubicó en la categoría de ansiedad muy baja. Por su parte, el 27,7 % ($n = 46$) presentó un nivel moderado y el 12,0 % ($n = 20$) se clasificó en el nivel severo. El 39,7 % de los participantes manifestó niveles de ansiedad entre moderados y severos.

Aunque la mayor proporción de la muestra se concentró en el nivel muy bajo de ansiedad, resulta relevante que aproximadamente cuatro de cada

diez participantes presentaran manifestaciones de mayor intensidad. Estos resultados evidencian la presencia de sintomatología ansiosa en una proporción considerable de los pasantes de servicio social y justifican la importancia de analizar su relación con las demás variables estudiadas. La distribución de los resultados se presenta en la Tabla 6.2.

Tabla 6.2. Distribución de los participantes según el nivel de ansiedad.

		Fre- cuen- cia	Por- centa- je	Por- centaje válido	Porcenta- je acu- mulado
Válidos	Ansiedad muy baja	100	60.2	60.2	60.2
	Ansiedad Moderada	46	27.7	27.7	88.0
	Ansiedad severa	20	12.0	12.0	100.0
	Total	166	100.0	100.0	

Respecto a los resultados obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck, se identificó que el 48,8 % de los participantes (n = 81) presentó un nivel mínimo o ausencia de sintomatología depresiva, lo que constituyó la categoría con mayor frecuencia. Asimismo, el 22,9 % (n = 38) mostró un nivel leve, mientras que el 12,7 % (n = 21) se ubicó en la categoría moderada. Por otra parte, el 15,7 % de los participantes (n = 26) presentó un nivel grave o severo.

En conjunto, el 51,2 % de los participantes (n = 85) presentó algún grado de sintomatología depresiva, desde niveles leves hasta severos. Aunque predominó la sintomatología leve entre quienes mostraron algún nivel de depresión, resulta relevante que el 28,3 % de la muestra se ubicara entre los niveles moderado y severo.



Estos resultados evidencian la presencia de manifestaciones depresivas en una proporción considerable de los pasantes de servicio social, como se presenta en la Tabla 6.3.

Tabla 6.3. Distribución de los participantes según el nivel de depresión.

		Fre- cuen- cia	Por- centa- je	Por- centaje válido	Porcen- taje acu- mulado
Válidos	Mínima o ausente	81	48.8	48.8	48.8
	Leve	38	22.9	22.9	71.7
	Moderada	21	12.7	12.7	84.3
	Grave o severa	26	15.7	15.7	100.0
	Total	166	100.0	100.0	

En relación con el conocimiento y uso de las estrategias de afrontamiento, se observó que aproximadamente el 18 % de los participantes manifestó conocer alguna de estas estrategias. Sin embargo, solo el 6 % señaló utilizarlas de manera habitual. Esta diferencia adquiere especial relevancia al considerar la presencia de estrés, ansiedad y depresión en la población estudiada. Aunque los datos no permiten establecer una relación causal, el limitado conocimiento y, especialmente, la escasa utilización de estrategias de afrontamiento podrían estar relacionados con una menor disponibilidad de recursos para gestionar las demandas emocionales derivadas del servicio social. Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las acciones de formación y promoción orientadas al desarrollo de habilidades para el manejo del estrés y la regulación emocional.

Los resultados relacionados con el estrés laboral muestran que el 84,3 % de los participantes presentó algún nivel de estrés, mientras que el 15,7 % se ubicó en la categoría sin estrés. Predominaron los niveles leve, con un 41,6 %, y medio, con un 27,1 %. Asimismo, el 10,8 % presentó un nivel alto y el 4,8 % un nivel grave. Aunque las manifestaciones leves y medias concentraron la mayor proporción de los casos, la presencia de niveles altos y graves evidencia que un grupo de participantes experimenta condiciones de estrés que requieren especial atención.

Estos hallazgos son coherentes con la literatura que señala que los trabajadores del ámbito de la salud se encuentran expuestos a múltiples situaciones capaces de incrementar su vulnerabilidad psicológica, entre ellas las elevadas demandas laborales, los escenarios de emergencia, la incertidumbre y el contacto frecuente con el sufrimiento humano (Díaz-Tamayo, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2022; Pacheco, 2021). En este contexto, el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y la implementación de acciones de apoyo psicológico pueden contribuir a prevenir el incremento del malestar y favorecer el bienestar integral de quienes desarrollan actividades asistenciales (Barros & Quesada, 2023; Lucas et al., 2022).

Desde la perspectiva de Selye, el estrés constituye una respuesta del organismo ante las exigencias del entorno. Esta respuesta puede cumplir inicialmente una función adaptativa, pero cuando las demandas se mantienen de manera prolongada o exceden los recursos disponibles para afrontarlas, pueden aparecer manifestaciones de tensión física y psicológica (Selye, 1960, como se citó en Barros & Quesada, 2023). Desde esta perspectiva, los niveles de estrés identificados



en los participantes pueden comprenderse en relación con las exigencias propias de sus actividades formativas y asistenciales.

En cuanto a la ansiedad, el 60,2 % de los participantes presentó un nivel muy bajo, mientras que el 27,7 % se ubicó en el nivel moderado y el 12,0 % en el severo. En conjunto, el 39,7 % presentó niveles de ansiedad entre moderados y severos. Este resultado merece atención debido a que una proporción considerable de los pasantes manifestó sintomatología ansiosa de mayor intensidad. La literatura señala que el personal vinculado con la atención sanitaria se enfrenta a situaciones caracterizadas por incertidumbre, presión asociada con el desempeño y responsabilidad sobre la salud de otras personas, circunstancias que pueden favorecer la aparición de respuestas de ansiedad (Barros & Quesada, 2023).

Desde el enfoque cognitivo, la ansiedad puede comprenderse a partir de la valoración que la persona realiza de posibles amenazas o riesgos, ante los cuales pueden surgir respuestas de preocupación, tensión e hipervigilancia. En consecuencia, las manifestaciones identificadas en los participantes podrían relacionarse con la percepción de un entorno caracterizado por desafíos constantes, en el que deben responder de manera oportuna y eficaz ante situaciones que involucran la salud y el bienestar de otras personas. No obstante, debido al carácter transversal del estudio, esta posible relación debe interpretarse como una explicación teórica y no como una relación causal demostrada por los resultados obtenidos (Barnhill, 2026).

Respecto a la depresión, el 48,8 % de los participantes presentó un nivel mínimo o ausencia de sintomatología depresiva, mientras que el

22,9 % mostró un nivel leve, el 12,7 % un nivel moderado y el 15,7 % un nivel grave o severo. Por tanto, el 51,2 % de la muestra presentó sintomatología depresiva entre los niveles leve y severo. Particularmente relevante resulta que el 28,3 % se concentrara entre los niveles moderado y severo, debido a las posibles repercusiones que estas manifestaciones pueden tener sobre el bienestar, la calidad de vida y el desempeño durante el servicio social.

La presencia de sintomatología depresiva también puede analizarse desde la interacción entre las características individuales y las condiciones del entorno. La exposición continua a situaciones estresantes, las demandas emocionales y la percepción de disponer de recursos insuficientes para responder a determinadas circunstancias pueden relacionarse con un mayor malestar psicológico. Desde la teoría de la autodeterminación, las condiciones del contexto pueden favorecer o limitar la satisfacción de necesidades psicológicas fundamentales y, en consecuencia, influir sobre el bienestar de las personas (Ryan y Deci, 2000, como se citó en Quintanilla, 2022).

Los resultados relacionados con las estrategias de afrontamiento adquieren especial importancia al interpretarse conjuntamente con los indicadores anteriores. De acuerdo con el modelo transaccional del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984, como se citó en Hernández, 2020), las personas movilizan esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar aquellas demandas que perciben como amenazantes o superiores a sus recursos. En la población estudiada, aproximadamente el 18 % manifestó conocer estrategias de afrontamiento, pero solo el 6 % informó utilizarlas habitualmente.



Esta diferencia entre conocimiento y aplicación sugiere que disponer de información acerca de estas herramientas no necesariamente implica incorporarlas de manera efectiva a la vida cotidiana.

La escasa utilización reportada resulta particularmente relevante al considerar simultáneamente los resultados de salud mental obtenidos. Sin embargo, estos datos deben interpretarse con cautela. A partir del diseño descriptivo y transversal empleado no puede afirmarse que el bajo uso de estrategias de afrontamiento sea la causa de los niveles observados de estrés, ansiedad o depresión. Para establecer la magnitud y dirección de estas relaciones resulta necesario considerar los análisis de asociación o correlación realizados entre las variables.

Finalmente, la literatura muestra que la relación entre afrontamiento y salud mental es compleja. Las estrategias de afrontamiento pueden desempeñar una función protectora al facilitar la adaptación frente a acontecimientos estresantes, pero su efectividad depende de las características de la persona, las demandas específicas de la situación y la correspondencia entre la estrategia seleccionada y el contexto en el que se utiliza. Por ello, más que promover indiscriminadamente cualquier forma de afrontamiento, resulta necesario favorecer el desarrollo de recursos flexibles y adaptativos que permitan a los pasantes seleccionar respuestas adecuadas ante las diferentes exigencias académicas, laborales y emocionales que experimentan durante el servicio social (Pacheco, 2021).

Los resultados obtenidos permitieron responder al objetivo del estudio, orientado a analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento

y la presencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en pasantes del área de la salud de una universidad pública del estado de Tabasco. Los hallazgos evidenciaron la presencia de estas manifestaciones psicológicas con diferentes niveles de intensidad, con predominio de los niveles leves en algunas de las variables evaluadas, pero también con proporciones relevantes de participantes que presentaron sintomatología moderada, alta o severa.

Asimismo, se identificó un conocimiento limitado de las estrategias de afrontamiento y una utilización habitual aún menor. Este resultado adquiere especial importancia al considerar las exigencias académicas, asistenciales y emocionales propias del servicio social. Aunque el diseño del estudio no permite establecer relaciones causales, los hallazgos muestran la necesidad de fortalecer los recursos personales que faciliten una respuesta más adaptativa ante situaciones de estrés y otras experiencias emocionalmente demandantes.

En conjunto, los resultados permiten reconocer la salud mental de los pasantes como una dimensión que requiere atención durante el servicio social. La presencia de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva, junto con la limitada utilización de estrategias de afrontamiento, evidencia la importancia de desarrollar acciones institucionales de prevención, detección temprana y acompañamiento psicológico. Estas acciones pueden contribuir al bienestar integral de los futuros profesionales y favorecer una preparación más sólida para afrontar las demandas propias del ejercicio profesional.

A partir de los resultados obtenidos, se propone implementar programas institucionales dirigidos al fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento en los pasantes del área de la salud. Estos

programas pueden incorporar actividades prácticas destinadas al manejo del estrés, la regulación emocional, la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social y el desarrollo de recursos personales que permitan responder de manera más adaptativa a las exigencias académicas y asistenciales.

Asimismo, resulta pertinente establecer actividades permanentes de promoción y educación para la salud mental que favorezcan el reconocimiento temprano de manifestaciones de estrés, ansiedad y depresión. Estas acciones pueden complementarse con el fortalecimiento de recursos protectores como la resiliencia, la inteligencia emocional, el autocuidado y las redes de apoyo. De igual manera, se recomienda ampliar y facilitar el acceso a los servicios institucionales de orientación y atención psicológica, de modo que los estudiantes que presenten indicadores de riesgo puedan recibir acompañamiento oportuno.

También se propone incorporar en la formación académica espacios destinados al desarrollo de competencias socioemocionales y estrategias de afrontamiento adaptativas antes y durante el servicio social. Esta preparación adquiere particular relevancia en los programas del área de la salud, donde el contacto con el sufrimiento humano, las situaciones de emergencia, la responsabilidad asistencial y las exigencias propias de la práctica profesional pueden generar una elevada carga emocional.

Finalmente, se recomienda establecer mecanismos periódicos de seguimiento de la salud mental de los pasantes durante el servicio social. La evaluación sistemática del estrés, la ansiedad, la depresión y los recursos de afrontamiento permitiría identificar oportunamente situaciones de vulnerabilidad y orientar intervenciones

acordes con las necesidades de cada grupo. De esta manera, la promoción de la salud mental dejaría de constituir una respuesta exclusivamente ante la aparición del malestar para convertirse en un componente preventivo y permanente de la formación de los futuros profesionales de la salud.

Referencias

- Ángel Rojas, Y. A., Suárez Puerto, T. A., Vásquez Matallana, E. A., Mena Moncada, E. P., Organista Restrepo, N. A., Rodríguez Cano, C. C., Rozo Sánchez, M. M., & Moreno Méndez, J. H. (2022). Estrategias de afrontamiento en personal de la salud que atienden pacientes con y sin COVID en dos ciudades de Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 18(2), e8179. <https://doi.org/10.15332/22563067.8179>
- Arpi Barazorda, E. N., Geronimo Angulo, A. A., Huertas Rojas, G. de los A., Torres Candiotti, N. R., & Guerrero Alcedo, J. M. (2024). Estrés académico en la conducta de salud en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista San Gregorio*, 1(58), 78–86. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i58.2508>
- Barnhill, J. W. (2026). *Generalidades sobre los trastornos de ansiedad*. Manual MSD, versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%C3%A1tricos/trastornos-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-trauma-y-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
- Barraza Macías, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 110–129. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19028>



- Barros Chafla, C. G., & Quesada Fernández, M. (2023). Estrategias de afrontamiento conductual en personal de atención prehospitalaria. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(3), 1104–1114. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1071>
- Díaz-Tamayo, A. M. (2021). Riesgos del personal que labora en atención prehospitalaria: Reto para los servicios de emergencia. *Salud Uninorte*, 37(3), 853–866. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.363.11>
- Haro-Alvarado, J. I., Macías-Intriago, M., Vinueza-Andino, S. D., & Vera-Sánchez, L. J. (2025). Análisis de la gestión de la salud mental en el sistema público de Ecuador. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 9(18), 94–102. <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i18.4628>
- Hernández Fernández, A. (2020). *Estrés laboral en el personal del Centro de Salud Tres de Mayo relacionado con la pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 en Emiliano Zapata, Morelos, México* [Trabajo terminal de especialidad, Universidad Autónoma del Estado de Morelos].
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). *Test de estrés laboral*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/Test-Estres-Laboral.pdf>
- Julian-Fabila, L., Garza-Sánchez, R. I., Hernández-Montaño, A., & González-Tovar, J. (2025). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y su impacto en el bienestar psicosocioemocional de profesionales de enfermería: Un estudio cualitativo. *Acta Universitaria*, 35, 1–18. <https://doi.org/10.15174/au.2025.4569>

Lozada Chavarro, Y. M., Muñoz Ruiz, Y. M., Pérez Nagles, S. A., & Puente Baquero, L. R. (2021). *Estudio sobre el reconocimiento y la presencia del síndrome de agotamiento profesional en los trabajadores del Equipo de Salud Mental del Componente de Vigilancia Epidemiológica de la Subred de Servicios Sur de la ciudad de Bogotá* [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].

Lucas Hernández, A., González Rodríguez, V. del R., López Flores, A., Kammar García, A., Mancilla Galindo, J., Vera Lastra, O., Jiménez López, J. L., & Peralta Amaro, A. L. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(5), 556–562. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/4583/4429

Mella-Morambuena, J., López-Angulo, Y., Sáez-Delgado, Y., & Del Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 322–333. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.324>

Narváez, J. H., Obando-Guerrero, L. M., Hernández-Ordóñez, K. M., & Cruz-Gordón, E. K. (2021). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en estudiantes universitarios. *Universidad y Salud*, 23(3), 207–216. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.234>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo*. OMS. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6152a556-6893-4c4e-9ed8-094478bb25eb/content>





- Organización Mundial de la Salud. (2025a). *Salud mental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2025b). Trastorno depresivo. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pacheco Galarza, A. C. (2021). *Identificación de riesgos en el personal paramédico mediante observación de síntomas* [Tesis de maestría, Universidad del Azuay].
- Quintanilla Acosta, A. (2022). Estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico de los alumnos de Psicología de la Universidad Católica de Santa María. *Revista de Psicología*, 11(2), 69–83. <https://doi.org/10.36901/psicologia.v11i2.1398>
- Romero Juárez, K. (2025). *Propuesta para minimizar las afectaciones en la salud derivadas del estrés laboral. Caso: colaboradores de la oficina central del sindicato administrativo de una universidad pública* [Tesina de especialidad, Universidad Autónoma del Estado de Morelos].
- Sánchez-Jiménez, A., & Torres-Domínguez, J. A. (2026). Salud mental de los médicos en formación en México: Desafíos y oportunidades de intervención. *Gaceta Médica de México*, 162(2), 233–234. <https://doi.org/10.24875/GMM.25000302>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39–48. <https://doi.org/10.5093/cl2014a3>

Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59–84. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2003/anyes2003a6.pdf>





07.

Huellas psíquicas de abandono en infancias institucionalizadas: una lectura clínico- psicoanalítica

Ruth Vallejo Castro

7.1. Institucionalización, abandono psíquico y constitución subjetiva

La institucionalización de niños constituye una respuesta social frente a escenarios en los que la familia de origen no logra garantizar protección, estabilidad o condiciones básicas de cuidado (Cruzat Olavarrieta et al., 2024). En México, los alojamientos de asistencia social, internados y casas hogar forman parte de una red destinada a resguardar a menores expuestos a situaciones de pobreza,

violencia, negligencia, migración, enfermedad de los cuidadores o abandono directo (Palummo, 2013).

Sin embargo, el resguardo físico no resuelve por sí mismo la pregunta por la vida psíquica del niño, ya que la infancia no solo necesita techo, alimentación y escolarización, sino también la presencia de otro que sostenga, nombre, escuche y dé continuidad a la experiencia emocional.

Este capítulo se ubica en el eje de Psicología Clínica y Salud Mental y retoma la problemática de las huellas psíquicas del abandono en niños institucionalizados. El punto de partida se encuentra en una tensión clínica, dado que una institución puede proteger a un niño de condiciones familiares adversas y, al mismo tiempo, producir nuevas formas de desamparo si la atención se organiza de manera impersonal, rotativa o centrada exclusivamente en la disciplina. Esta tensión obliga a diferenciar entre estar cuidado y sentirse sostenido. La primera condición pertenece al orden material, mientras que la segunda implica reconocimiento subjetivo.

Desde el psicoanálisis, el abandono no se reduce a la ausencia física de la madre, el padre o las figuras parentales. También puede configurarse cuando el niño no encuentra una presencia suficientemente disponible para alojar sus preguntas, sus pérdidas, sus miedos y sus fantasías. En esta línea, la falla del sostén afectivo puede inscribirse en la constitución del yo, en la confianza básica, en el sentimiento de valor propio y en la posibilidad de invertir vínculos futuros (Freud, 1917; Winnicott, 1971). La lectura contemporánea del trauma relacional permite ampliar esta discusión al señalar que la continuidad afectiva y la regulación emocional compartida constituyen condiciones decisivas para el desarrollo psíquico infantil



(Schore, 2019; Wade et al., 2021; Walnut Avenue Family & Women's Center, 2021).

La modalidad de internado escolar agrega una complejidad particular, ya que, a diferencia de otros dispositivos de acogimiento residencial, el internado puede conservar un contacto familiar parcial mediante visitas, fines de semana, llamadas o retornos periódicos. No obstante, esa intermitencia puede ser vivida por el niño como una presencia incierta, en tanto el objeto familiar no desaparece por completo, pero tampoco garantiza continuidad. Así, el niño puede quedar situado entre la espera y la renuncia, entre la pertenencia familiar y la adaptación institucional.

El objetivo de este capítulo es reflexionar sobre las huellas psíquicas del abandono en niños institucionalizados a partir de una lectura clínico-psicoanalítica que permita orientar la comprensión diagnóstica y futuras formas de intervención. Para ello, se desarrollan cuatro dimensiones que guían la reflexión: la institucionalización infantil como medida de protección y posible escenario de abandono psíquico; el abandono como experiencia traumática y relacional; la relación entre objeto primario, narcisismo y constitución del yo; y una propuesta metodológica para explorar clínicamente estos indicadores sin sustituir la escucha singular de cada caso.

La aportación principal consiste en desplazar el análisis desde la conducta visible hacia la organización subjetiva. El retraimiento, la obediencia excesiva, la agresividad, la demanda afectiva intensa o la aparente indiferencia no deben interpretarse de manera automática como problemas de adaptación, ya que pueden operar como defensas frente a pérdidas no simbolizadas (Cruzat Olavarrieta et al., 2024). Por ello, el

capítulo sostiene que la atención institucional debe incorporar una mirada clínica capaz de reconocer la historia emocional de cada niño y no únicamente su comportamiento dentro de la rutina cotidiana.

La institucionalización infantil suele presentarse como una alternativa de protección cuando el entorno familiar se encuentra deteriorado o resulta insuficiente para garantizar la seguridad del niño. Los datos sobre alojamientos de asistencia social muestran que este fenómeno no es marginal, dado que niños y adolescentes continúan viviendo en instituciones por razones que combinan precariedad económica, violencia, ruptura familiar y dificultades relacionadas con el cuidado (México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020; Red por los Derechos de la Infancia en México, 2023). Los organismos internacionales han insistido en que el acogimiento residencial debe mantenerse como una medida temporal y excepcional, privilegiando el derecho a vivir en familia o en entornos de cuidado alternativo afectivamente estables (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020).

La paradoja clínica aparece cuando una medida creada para proteger la infancia termina organizándose de tal manera que no logra sostener la singularidad del niño. En la institución, el cuidado puede depender de turnos, reglamentos, listas, expedientes, horarios y criterios de funcionamiento colectivo. Estos elementos son necesarios para la administración cotidiana, pero no sustituyen la función subjetivante del vínculo. Un niño puede estar alimentado, escolarizado y protegido y, aun así, experimentar que nadie lo espera de forma singular, que su historia no tiene un lugar propio o que su malestar solo adquiere importancia cuando altera la disciplina.





Desde esta perspectiva, el abandono psíquico se define como una falla en la disponibilidad de una presencia afectiva capaz de sostener la experiencia interna del niño. Esto no equivale necesariamente al abandono legal o físico, pues puede existir una familia, visitas o contacto telefónico y, aun así, producirse una vivencia de discontinuidad emocional. El niño no solo se pregunta quién lo cuida, sino también, aun sin expresarlo con palabras, para quién es importante, quién lo reconoce y quién permanece a su lado cuando se muestra angustiado, enojado o necesitado.

La teoría psicoanalítica permite comprender que la constitución subjetiva requiere un ambiente que no solo atienda las necesidades corporales, sino que también ofrezca continuidad, respuesta y significado. Winnicott (1971) denominó ambiente suficientemente bueno a la condición que permite al niño organizar su experiencia sin quedar sometido únicamente a intrusiones o fallas excesivas. En la institución, esta función puede debilitarse cuando los adultos son numerosos, pero inestables, cuando las relaciones se vuelven estrictamente normativas o cuando no existe una figura que acompañe de manera sostenida la historia emocional del niño.

Las investigaciones recientes sobre cuidado residencial coinciden en que el vínculo con los cuidadores institucionales puede constituir un factor protector cuando se construye desde la disponibilidad emocional, la estabilidad y la formación profesional. Una revisión sistemática publicada en 2025 subraya que la figura del cuidador institucional es clave para promover la seguridad afectiva y el apoyo emocional de los niños que viven en centros residenciales (Martínez-Usarralde et al., 2025). Esta evidencia permite

articular la lectura psicoanalítica con la discusión contemporánea sobre el cuidado alternativo, partiendo de la premisa de que la institución no solo debe alojar cuerpos, sino también generar condiciones para la construcción y continuidad de los vínculos.

El problema no se resuelve únicamente mediante el aumento de los controles administrativos. La vida institucional requiere registros, reglamentos y protocolos, pero la salud mental infantil también se construye a partir de actos cotidianos como recordar el nombre y la historia del niño, anticipar los cambios, explicar las ausencias, escuchar el enojo sin reducirlo a una manifestación de indisciplina y reconocer que la tristeza puede expresarse de formas poco evidentes (Delboy, 2018). Esta dimensión microclínica suele quedar fuera de los expedientes, aunque resulta decisiva para evitar que el niño experimente la institución como un espacio en el que permanece reducido a la condición de sujeto anónimo.

Por ello, el abandono psíquico debe comprenderse como un fenómeno relacional que no se localiza únicamente en el pasado familiar ni se agota en el motivo de ingreso al internado. Puede reactivarse ante cada traslado de dormitorio, cambio de cuidador, promesa incumplida, visita suspendida o sanción que confirme la fantasía de no ser digno de cuidado. La institución puede participar tanto en la elaboración como en la repetición de esa huella, de ahí la necesidad de observar no solo al niño y sus manifestaciones, sino también las condiciones vinculares que lo rodean.

El abandono adquiere valor traumático cuando la pérdida o la discontinuidad del objeto exceden la capacidad de elaboración del niño (Delboy, 2018). No toda separación familiar produce necesariamente un trauma, pero toda separación



requiere condiciones de explicación, contención y simbolización. Cuando estas condiciones faltan, el acontecimiento no queda inscrito como una pérdida pensable, sino como una fractura difícil de representar. El niño puede continuar funcionando, asistir a clases y cumplir las reglas, pero mantener zonas de angustia que no han podido ser elaboradas.

Freud (1917), ofrece una vía para pensar los efectos de las pérdidas no tramitadas. En el duelo, el sujeto puede reconocer la pérdida e iniciar un trabajo de separación psíquica, mientras que, en la melancolía, la pérdida se vuelve más opaca y retorna sobre el yo bajo formas de vacío, inhibición o autodevaluación. En la infancia institucionalizada, el objeto familiar puede no estar totalmente ausente ni plenamente presente. Esta ambigüedad dificulta el trabajo psíquico, dado que el niño espera, reclama, idealiza, se culpa o se defiende de su propia necesidad afectiva.

Las huellas del abandono pueden expresarse como ansiedad de separación, retraimiento, baja autoestima, desconfianza, agresividad defensiva o hiperadaptación institucional. La hiperadaptación merece especial atención porque puede confundirse con bienestar. Un niño obediente, silencioso y funcional no necesariamente ha elaborado su pérdida, sino que puede haber aprendido a no pedir demasiado para evitar exponerse a una nueva decepción. En este sentido, la clínica debe interrogar qué costo subjetivo tiene esa adaptación.

La literatura sobre privación temprana ha documentado que el cuidado institucional puede afectar el desarrollo emocional, cognitivo y relacional, especialmente cuando se combina con la carencia de vínculos estables o una estimulación afectiva insuficiente (Gunnar & Reid, 2019; Wade

et al., 2021). Si bien estas investigaciones no deben interpretarse como la expresión de un destino invariable, sí deben servir como una advertencia clínica. El impacto depende de múltiples factores, entre ellos la edad de ingreso, la duración de la estancia, la calidad del cuidado, la historia previa, la presencia de hermanos, el contacto familiar y la disponibilidad de adultos significativos.

En términos clínicos, el síntoma debe comprenderse a partir de la función que cumple. El retraimiento puede proteger de la dependencia; la agresividad puede poner a prueba la permanencia del adulto; la indiferencia puede ocultar un duelo no tramitado; y la demanda intensa de afecto puede expresar el temor a no ser elegido. La institución corre el riesgo de responder a estas manifestaciones mediante sanciones cuando, en realidad, muchas de ellas constituyen intentos precarios de defensa frente al desamparo.

La pregunta por el trauma no puede formularse únicamente en términos de la intensidad del acontecimiento, ya que, durante la infancia, una experiencia puede adquirir valor traumático cuando no encuentra una mediación psíquica suficiente. Un cambio de casa, una ausencia parental o una estancia en un internado pueden ser narrados, acompañados y simbolizados, o bien pueden permanecer como un corte mudo que el niño repite en su cuerpo, en sus vínculos o en sus defensas. La diferencia depende, en buena medida, de la disponibilidad de adultos capaces de prestar palabras al afecto (Delboy, 2018).

Esta perspectiva permite evitar dos reducciones frecuentes. La primera consiste en suponer que toda institucionalización produce inevitablemente daño psíquico; la segunda, en asumir que la satisfacción de las necesidades materiales basta para neutralizar el sufrimiento. Entre ambas



posiciones se sitúa la lectura clínica. Cada niño organiza de forma singular su experiencia, pero esa singularidad se configura en interacción con las condiciones familiares, afectivas e institucionales concretas que atraviesan su historia.

La noción de huella psíquica del abandono exige considerar la relación entre objeto primario, narcisismo y constitución del yo. El niño no nace con una representación estable de sí mismo, sino que la construye progresivamente a partir de miradas, palabras, cuidados y respuestas a sus necesidades e interrogantes. Ser reconocido por otro significativo permite organizar una primera vivencia de valor. Cuando esa experiencia se interrumpe o se vuelve imprevisible, la autoestima puede quedar sostenida sobre bases frágiles.

En este sentido, el objeto primario no se limita a quien alimenta o protege físicamente. Su función consiste en mediar entre el mundo interno del niño y la realidad externa, calmando, interpretando, respondiendo, esperando y otorgando significado a sus vivencias. Cuando esta función se distribuye entre numerosos adultos sin continuidad subjetiva, el niño puede sentirse atendido por todos y sostenido por nadie. Puede instalarse entonces una herida narcisista vinculada con la sensación de no ocupar un lugar singular en el deseo de otro.

En el internado escolar, esa herida puede adquirir una forma ambivalente. El niño conserva, en algunos casos, referencias familiares parciales, mientras su cotidianidad transcurre bajo reglas institucionales. Puede sentirse perteneciente a una familia que no lo acompaña todos los días y, al mismo tiempo, a una institución que lo aloja sin necesariamente ofrecerle un sentimiento pleno de

pertenencia. Esta doble pertenencia incompleta puede traducirse en confusión identitaria, espera ansiosa o desconfianza ante cualquier promesa de permanencia.

La teoría del apego permite complementar esta lectura. Bowlby (1989) planteó que la seguridad emocional se construye mediante la presencia de figuras disponibles y consistentes, mientras que Ainsworth (1989) mostró que los patrones de apego se relacionan con la confianza del niño en la respuesta del cuidador. Estudios recientes sobre cuidado residencial retoman esta perspectiva e insisten en que la calidad de los vínculos institucionales influye en la regulación emocional, la autoimagen y las habilidades relacionales (Cassibba et al., 2023; Martínez-Usarralde et al., 2025).

Desde la clínica psicoanalítica, la pregunta no es únicamente si el niño cuenta con adultos a su alrededor, sino qué lugar ocupa en el mundo afectivo de esos adultos. La institución puede funcionar como un espacio de reparación si crea referencias estables, reconoce la historia del niño y ofrece condiciones para simbolizar la pérdida. Sin embargo, también puede reproducir experiencias de abandono cuando responde exclusivamente mediante la norma, el control y la rotación impersonal.

La pertenencia también se construye mediante rituales, palabras y miradas. Saber quién recibirá al niño al llegar, qué sucederá cuando extrañe a su familia, cómo se explicará una visita cancelada o con quién podrá hablar después de una llamada dolorosa son elementos que contribuyen a organizar una experiencia de seguridad. No se trata de detalles menores, sino de mediaciones simbólicas que ayudan a que la institución no sea



vivida como un simple espacio de permanencia, sino como un lugar donde existe alguien capaz de escuchar, contener y otorgar significado a la experiencia del niño.

7.2. El internado escolar y las manifestaciones clínicas del abandono

El internado escolar no coincide plenamente con la casa hogar ni con el albergue de emergencia, ya que, en muchos casos, el niño conserva una relación parcial con su familia, mientras su vida cotidiana se organiza bajo horarios, autoridades y rutinas institucionales. Esta configuración produce un espacio intermedio en el que el niño no queda totalmente separado de su familia, pero tampoco habita cotidianamente en ella. La pertenencia se distribuye así entre dos escenarios que no siempre dialogan entre sí.

Esta condición puede intensificar la ambivalencia. El niño espera el retorno familiar, pero debe adaptarse al reglamento institucional; puede idealizar a sus padres durante la semana y, al mismo tiempo, experimentar resentimiento por la separación; puede sentirse protegido por el internado y, simultáneamente, vivirlo como una prueba de no haber sido elegido para permanecer en casa. La clínica debe atender esta complejidad sin reducirla a expresiones de gratitud o rechazo, pues el niño puede necesitar la institución y sufrir la separación al mismo tiempo.

La temporalidad del internado también puede dejar huellas. La semana se organiza alrededor de salidas, regresos, permisos, visitas y despedidas. Cada repetición puede funcionar como una oportunidad para construir continuidad o como una actualización de la pérdida. Si el retorno familiar es estable y acompañado, puede favorecer

la seguridad emocional; sin embargo, si es irregular, conflictivo o está marcado por promesas incumplidas, la separación puede reactivarse una y otra vez. El niño aprende entonces a vivir en una espera que no siempre logra nombrar.

En términos psíquicos, esa espera puede convertirse en un modo de relación capaz de influir en sus vínculos futuros. Algunos niños aprenden a interpretar posibles señales de abandono a partir de un cambio en el tono de voz, una discontinuidad en la presencia de su familia, una demora o una visita cancelada. Otros optan por desconectarse afectivamente para no quedar expuestos a una nueva decepción. Ambas respuestas constituyen intentos de manejar la incertidumbre. En el primer caso, el vínculo se vuelve hipervigilante; en el segundo, se empobrece defensivamente. Ninguna de estas respuestas debe interpretarse fuera de la historia de pérdidas e intermitencias del niño.

El internado, por tanto, puede operar como un analizador institucional del abandono. En sus rutinas se observa cómo el niño negocia la pertenencia, la autoridad, el deseo de familia, la necesidad de cuidado y el temor a depender. Las escenas cotidianas, como levantarse, comer, dormir, despedirse, recibir llamadas o esperar visitas, pueden revelar aspectos de la experiencia subjetiva que no siempre emergen en una entrevista formal. Por ello, el diagnóstico situacional debe incorporar la observación de la vida cotidiana y no limitarse exclusivamente a la aplicación de pruebas.

También conviene considerar que la institución participa en la construcción de la memoria. Algunos niños aprenden a organizar su historia mediante fechas de ingreso, dormitorios, grupos, cuidadores o acontecimientos significativos.



Otros, en cambio, presentan mayores dificultades para elaborar lo vivido y conservan únicamente recuerdos fragmentados ante la ausencia de otro que los ayude a ordenar y dotar de significado a lo ocurrido. Esta fragmentación puede volver confusa su estancia en la institución, ya que el niño sabe que está allí, aunque no siempre comprende por qué ingresó, cuánto tiempo permanecerá o cuáles fueron las razones que condujeron a su familia a tomar esa decisión. Por ello, una vía de intervención debe orientarse hacia la organización y evocación de los recuerdos y la elaboración de narrativas posibles, dando lugar a la palabra del niño en torno a su propia experiencia.

La dimensión narrativa adquiere relevancia clínica porque la experiencia de abandono suele inscribirse inicialmente en el registro afectivo antes de poder ser representada y expresada mediante palabras. La tristeza, la rabia o la vergüenza pueden emerger sin que el niño logre identificar con precisión el objeto perdido ni elaborar psíquicamente la separación. Cuando la institución privilegia únicamente la adaptación conductual, estos afectos pueden quedar reprimidos, desplazados o expresarse mediante síntomas. En cambio, la apertura de espacios de escucha, juego y representación favorece su simbolización. Este trabajo no anula la pérdida, pero permite que deje de operar como una marca muda y se integre progresivamente en la historia subjetiva del niño (Formación Psicoterapia, 2025).

Esta lectura no busca descalificar el valor protector del internado, ya que, en contextos familiares adversos, puede ofrecer estabilidad, alimentación, escolarización y resguardo. Su límite aparece cuando estas condiciones no van acompañadas de la preservación de la salud mental mediante la creación y el cuidado de

vínculos afectivos saludables. Una institución protectora debe preguntarse cómo acompaña las despedidas, cómo tramita las ausencias, cómo responde al enojo del niño y cómo construye continuidad cuando la familia no puede ofrecerla.

Las huellas psíquicas del abandono no se presentan de manera uniforme. En algunos niños predominan la inhibición, la tristeza, el retraimiento y la dificultad para expresar sus necesidades; en otros aparecen irritabilidad, desafío, demanda afectiva intensa o conductas disruptivas. También pueden observarse baja autoestima, vergüenza, sentimientos de culpa por la separación familiar, temor al rechazo y dificultad para confiar en figuras adultas. Estas expresiones deben comprenderse dentro de una historia singular y no como rasgos fijos de personalidad (Child Mind Institute, 2024).

La ansiedad de separación ocupa un lugar central en el contexto del internado, ya que cada visita, llamada o retorno familiar puede reactivar la pregunta por la permanencia del vínculo. Cuando el contacto familiar es irregular, el niño puede oscilar entre idealizar el encuentro y prepararse defensivamente para una posible decepción. Esta oscilación permite comprender algunas respuestas aparentemente contradictorias, como la búsqueda intensa de cercanía seguida de rechazo, el deseo de ser cuidado acompañado de desconfianza o la obediencia excesiva alternada con explosiones de enojo.

Otra manifestación frecuente es la hiperadaptación institucional, en la que el niño aprende las reglas, anticipa las expectativas y evita generar problemas. Aunque esta conducta facilita la convivencia, no siempre indica una adecuada elaboración psíquica, sino que puede expresar una renuncia defensiva: si no se desea, no se pierde; si no se



pide, no se experimenta el rechazo. Por ello, una mirada clínica debe distinguir entre la adaptación funcional y la elaboración subjetiva.

El retraimiento y la inhibición del niño pueden interpretarse como formas de defensa, ya que, al reducir el contacto con su entorno, disminuye también el riesgo de depender de otro que podría fallarle. En sentido opuesto, la demanda afectiva intensa puede expresar una búsqueda constante de confirmación de que el adulto permanecerá. Ambas posiciones pueden surgir de la incertidumbre respecto de la disponibilidad del otro. En la institución, estas conductas suelen interpretarse desde la disciplina; sin embargo, el desafío clínico consiste en comprenderlas como posibles expresiones de una pérdida que todavía permanece activa.

Comprender estas manifestaciones no implica patologizar a los niños institucionalizados, sino reconocer que la separación, la intermitencia familiar y el cuidado impersonal pueden generar zonas de vulnerabilidad que requieren escucha y acompañamiento. La huella psíquica no constituye una condena, sino una marca susceptible de elaboración y simbolización cuando existen vínculos estables y espacios adecuados para tramitar la experiencia.

Los momentos de transición pueden actuar como desencadenantes de respuestas emocionales o conductuales, especialmente cuando los cambios se presentan de manera imprevista o sin una preparación suficiente (Child Mind Institute, 2024). En estos momentos suelen emerger temores que durante la rutina permanecen contenidos, como el miedo a no ser recogido, el enojo hacia la familia, la vergüenza por vivir en una institución, la fantasía de ser rechazado o la necesidad de mostrarse fuerte para no preocupar a los demás.

7.3. Exploración clínica y orientaciones para la intervención institucional

Este estudio se plantea como una reflexión clínica con orientación diagnóstica y no como un reporte de resultados empíricos concluidos. La propuesta metodológica conserva el sentido del diagnóstico situacional, pero se formula de manera sintética para ajustarse al carácter del trabajo. Se considera pertinente un enfoque mixto, con predominio clínico e interpretativo, que permita integrar datos contextuales, indicadores psicométricos, producciones proyectivas, observación clínica y revisión de expedientes.

La población de referencia está constituida por niños de seis a doce años inscritos en el Internado España-México, en Morelia, Michoacán, con estancia permanente o semanal y contacto familiar variable. Este intervalo de edad resulta clínicamente relevante porque comprende un periodo en el que se consolida progresivamente el autoconcepto, se amplían los vínculos extrafamiliares, aumenta la capacidad de comunicación y todavía existe una dependencia significativa de adultos estables. Por lo tanto, la experiencia de institucionalización debe analizarse considerando el motivo de ingreso, la frecuencia del contacto familiar, el tiempo de estancia y la presencia de figuras adultas significativas.

El procedimiento puede organizarse en dos momentos complementarios. El primero corresponde a una aproximación cuantitativa breve, orientada a identificar indicadores de ansiedad, depresión infantil, soledad, autoestima y estilos de apego. El segundo comprende una aproximación cualitativa y proyectiva mediante producciones gráficas y narrativas que permitan explorar las representaciones del yo, la familia, el hogar, la protección, la amenaza, la pérdida





y los recursos defensivos. La integración de ambos momentos debe realizarse mediante fichas clínicas individuales, evitando establecer conclusiones automáticas derivadas de un único instrumento.

Los instrumentos sugeridos se agrupan de acuerdo con su función clínica. Para la dimensión psicométrica se consideran pruebas destinadas a valorar depresión infantil, ansiedad manifiesta, soledad e insatisfacción social, apego en edad de latencia y autoconcepto. Para la dimensión proyectiva se contemplan el dibujo de la figura humana, el dibujo de la familia, la técnica casa, árbol y persona, la persona bajo la lluvia y el dibujo del apego. En este capítulo no se desarrolla una descripción técnica extensa de cada instrumento, sino que se enfatiza que su utilización debe estar subordinada a una lectura integral de la historia y experiencia subjetiva del niño, evitando interpretaciones mecánicas basadas en signos aislados.

Las consideraciones éticas constituyen una parte estructural del método. Toda evaluación realizada con niños institucionalizados debe contar con el consentimiento de la autoridad o del tutor legal competente, el asentimiento del niño, la garantía de una estricta confidencialidad y la posibilidad de suspender la aplicación cuando se genere un malestar significativo. La información obtenida no debe emplearse para sancionar, etiquetar o clasificar institucionalmente al niño. Su finalidad debe ser exclusivamente clínica y preventiva, orientada a favorecer el acompañamiento, identificar posibles riesgos emocionales y contribuir al mejoramiento de las condiciones de cuidado.

Al no existir resultados empíricos concluidos, el análisis se presenta como una discusión teórica

y clínico-conceptual. Esta decisión evita formular hallazgos que no han sido obtenidos y permite sustentar el capítulo mediante la articulación entre la teoría psicoanalítica, la literatura reciente sobre cuidado alternativo y una propuesta diagnóstica aplicable a contextos institucionales. El propósito no consiste en demostrar la existencia de un daño universal en todos los niños institucionalizados, sino en comprender cómo determinadas condiciones de institucionalización pueden favorecer la aparición de huellas psíquicas cuando fallan la continuidad afectiva, el reconocimiento singular y la escucha del malestar infantil.

La evidencia internacional sobre cuidado alternativo advierte que las instituciones residenciales pueden asociarse con riesgos para el desarrollo cuando se caracterizan por vínculos insuficientes, atención despersonalizada o escasa estimulación socioemocional (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2026; Gunnar & Reid, 2019). Sin embargo, esta evidencia también permite comprender que el problema no reside únicamente en el espacio institucional, sino en la calidad y continuidad de las relaciones que allí se construyen. Por ello, el foco clínico debe desplazarse de la institucionalización entendida como una condición aislada hacia la trama vincular en la que transcurre la experiencia cotidiana del niño.

Desde la teoría psicoanalítica, esta conclusión resulta consistente con la función estructurante del objeto. El niño requiere de otro que actúe como puente entre la excitación interna, la palabra, el mundo externo y la construcción de sentido. Cuando la institución se limita a administrar conductas, pierde la oportunidad de constituirse en un ambiente de reparación. En cambio, cuando ofrece figuras estables, espacios de





escucha y posibilidades de simbolización, puede funcionar como un soporte capaz de favorecer la reorganización de la confianza del niño.

La discusión también permite cuestionar una lectura exclusivamente conductual de la adaptación institucional. Un niño que no presenta conflictos visibles no debe considerarse automáticamente fuera de riesgo, ya que la obediencia extrema, el silencio o la autosuficiencia pueden constituir mecanismos defensivos, al igual que la agresividad o el desafío. La clínica requiere preguntarse qué función cumple cada conducta en la economía psíquica del niño, qué evita, qué expresa, qué reclama y qué intenta reparar.

La propuesta diagnóstica parte de la integración de una batería de pruebas psicométricas y proyectivas, junto con la observación clínica y el análisis de datos contextuales, con la finalidad de construir hipótesis clínicas y evitar etiquetas reduccionistas. Estos instrumentos pueden señalar áreas de vulnerabilidad, pero es la escucha clínica la que permite comprender el lugar que ocupan esas manifestaciones en la historia de cada niño. Esta integración resulta indispensable porque la institucionalización no produce efectos homogéneos. Un mismo internado puede ser vivido como refugio, castigo, espera, abandono, oportunidad o amenaza, dependiendo de la historia previa del niño y de la calidad de sus vínculos actuales.

La literatura reciente sobre intervenciones en contextos de cuidado residencial muestra que todavía se requieren programas mejor diseñados, con mayor seguimiento y un sustento empírico más sólido. Aun así, reconoce la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a preservar y fortalecer la salud mental de los niños bajo cuidado

residencial (Ramos Miguel et al., 2024). Esto coincide con la propuesta del presente capítulo: no basta con evaluar, sino que es necesario que el diagnóstico abra rutas de acompañamiento orientadas a favorecer la simbolización del abandono, la regulación afectiva y la construcción de vínculos confiables.

En términos de derechos, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes reconoce a los niños y adolescentes como titulares de derechos y establece la obligación de garantizar su protección integral (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026). Desde una lectura clínica, esta protección integral debe comprender también la salud mental y la vida subjetiva. La institución que atiende a un niño no solo administra su estancia, sino que participa de manera directa en la forma en que este aprende a representarse a sí mismo, a los demás y al mundo que lo rodea.

La discusión permite sostener, finalmente, que las huellas psíquicas del abandono no deben entenderse como una categoría diagnóstica cerrada, sino como una forma de nombrar marcas subjetivas producidas por pérdidas, intermitencias, fallas de sostén y vínculos inseguros. No se trata de confirmar una hipótesis de daño en todos los casos, sino de crear condiciones para escuchar aquello que muchas veces permanece oculto detrás de la adaptación y la rutina institucional.

La perspectiva propuesta permite, además, establecer un criterio de intervención, pues no todo malestar debe resolverse mediante la adaptación conductual. En ocasiones, el avance clínico comienza cuando el niño deja de mostrarse excesivamente adaptado y logra expresar tristeza, enojo, temor o preguntas sobre su propia historia. Para la institución, estas manifestaciones podrían



interpretarse como un retroceso; sin embargo, desde la perspectiva clínica, pueden representar el comienzo de un proceso de simbolización. La función del acompañamiento no consiste en borrar el dolor, sino en ofrecer las condiciones necesarias para que pueda ser expresado, comprendido e integrado en la experiencia subjetiva del niño.

En consecuencia, el diagnóstico situacional debe producir un conocimiento útil para la institución. No basta con elaborar y entregar perfiles individuales, sino que resulta necesario traducir los hallazgos en transformaciones concretas de las prácticas de cuidado, como una mayor continuidad de las figuras de referencia, mejores protocolos para acompañar las transiciones, espacios de escucha posteriores a las visitas familiares, capacitación del personal y criterios adecuados de canalización psicológica. Desde esta perspectiva, el diagnóstico adquiere verdadero sentido cuando contribuye a transformar la manera en que el niño es comprendido, acompañado y mirado dentro de la institución.

La integración entre el psicoanálisis y la evidencia contemporánea permite sostener una posición equilibrada. Los estudios actuales aportan evidencia sobre riesgo, apego, intervención y cuidado residencial, evitando que el análisis quede reducido exclusivamente a interpretaciones teóricas. Por su parte, la clínica psicoanalítica ofrece una vía para comprender la singularidad de cada trayectoria y evita que la experiencia del niño quede disuelta en categorías diagnósticas generales.

Esta postura resulta especialmente relevante en el caso de niños de seis a doce años, ya que, a esa edad, muchos pueden describir hechos, pero no siempre cuentan con los recursos necesarios para elaborar su significado emocional. Pueden decir

cuándo ingresaron al internado o cuándo ven a su familia, pero no necesariamente logran explicar qué emociones, temores o fantasías organizan esa espera. Las técnicas de evaluación, el dibujo, el juego y la conversación clínica cumplen entonces una función fundamental, pues ayudan a construir un puente entre el dato biográfico y la experiencia psíquica.

El análisis, por tanto, no propone sustituir a la familia por la institución ni idealizar la figura del cuidador. Propone reconocer que, mientras el niño permanezca institucionalizado, la institución asume también una responsabilidad sobre su bienestar emocional. Esto significa que sus decisiones cotidianas, la estabilidad de los vínculos y las formas de acompañamiento inciden en la manera en que el niño experimenta y elabora la separación.

El objetivo de este capítulo fue reflexionar, desde una lectura clínico-psicoanalítica, sobre las huellas psíquicas del abandono en niños institucionalizados, particularmente en contextos de internado escolar. A partir del análisis desarrollado, se concluye que la institucionalización debe comprenderse como una experiencia subjetiva compleja, ya que puede ofrecer protección frente a condiciones familiares adversas, pero también puede generar nuevas experiencias de desamparo cuando no garantiza vínculos estables, reconocimiento singular y disponibilidad emocional.

El abandono, desde esta perspectiva, no se limita a la ausencia física de la familia. Puede instalarse como una falla del sostén psíquico, especialmente cuando el niño no encuentra un otro capaz de dar continuidad y significado a su experiencia emocional. Esta falla puede afectar la constitución del yo, la autoestima, la relación con el objeto, la confianza básica y la





posibilidad de construir vínculos futuros. Por ello, manifestaciones clínicas como la ansiedad de separación, el retraimiento, la hiperadaptación, la baja autoestima, la agresividad defensiva o la desconfianza deben interpretarse como posibles defensas frente a pérdidas que todavía no han podido ser suficientemente elaboradas.

El presente capítulo también mostró la pertinencia de una propuesta diagnóstica situada. La combinación de instrumentos psicométricos, recursos proyectivos, observación clínica y análisis contextual puede orientar una comprensión inicial de cada caso, siempre que se evite transformar los resultados de las pruebas en etiquetas diagnósticas. En este sentido, el diagnóstico debe servir para abrir preguntas clínicas e institucionales: qué pérdidas no han sido simbolizadas, qué figuras sostienen afectivamente al niño, qué conductas cumplen una función defensiva y qué condiciones de cuidado favorecen o dificultan la construcción de confianza.

La principal aportación a la práctica psicológica consiste en sostener que la atención institucional no debe centrarse únicamente en la adaptación del niño a las normas y rutinas. La institución debe ser sensible a la salud mental infantil y generar condiciones para que el niño pueda hablar, jugar, dibujar, narrar y elaborar su experiencia de separación. El reto no consiste únicamente en cuidar, sino también en alojar subjetivamente al niño, reconociendo su historia, sus afectos y su necesidad de construir significado alrededor de lo vivido.

En consecuencia, la delimitación metodológica del presente capítulo no disminuye su alcance clínico. Por el contrario, permite centrar el argumento en aquello que resulta decisivo para

la intervención: comprender el abandono como una experiencia relacional, evitar interpretaciones exclusivamente disciplinarias del síntoma y promover dispositivos institucionales capaces de ofrecer continuidad afectiva. La salud mental de los niños institucionalizados requiere políticas y prácticas de cuidado, pero también escenas cotidianas en las que exista alguien disponible para sostener una pregunta, acompañar una pérdida y ayudar a reconstruir una historia.

A partir de estas consideraciones, se proponen las siguientes líneas de intervención institucional:

1. Implementar diagnósticos situacionales integrales. Las instituciones de cuidado residencial y los internados deben contar con procesos de evaluación que articulen la historia familiar, el tiempo de estancia, la frecuencia del contacto familiar, la observación cotidiana, los indicadores emocionales y los resultados de pruebas psicométricas y proyectivas. La finalidad no debe ser etiquetar al niño, sino identificar necesidades clínicas, recursos psíquicos y condiciones institucionales susceptibles de mejora.
2. Formar al personal en apego, trauma relacional y escucha infantil. Quienes trabajan diariamente con niños institucionalizados requieren herramientas que les permitan distinguir entre un problema disciplinario y una manifestación de sufrimiento psíquico. La capacitación debe abordar la ansiedad de separación, el duelo infantil, la regulación emocional, los derechos de la infancia, la prevención de la violencia institucional y los criterios básicos para la canalización y atención psicológica.
3. Crear espacios clínicos de elaboración simbólica. Se recomienda establecer





dispositivos individuales y grupales en los que el niño pueda representar y elaborar sus experiencias de pérdida mediante el juego, el dibujo, la narración, la conversación clínica y otras actividades expresivas. La elaboración del abandono no se alcanza mediante una explicación racional inmediata, sino que requiere tiempo, vínculos suficientemente estables, palabras y recursos simbólicos que permitan otorgar significado a la experiencia de separación.

La institucionalización infantil constituye una experiencia compleja cuyo impacto psicológico depende, en gran medida, de la calidad y continuidad de los vínculos que acompañan al niño durante su estancia. Por ello, la protección material debe complementarse con condiciones que favorezcan seguridad emocional, reconocimiento y pertenencia.

Las manifestaciones emocionales y conductuales observadas en estos contextos deben comprenderse desde la historia singular del niño y la función que cumplen frente a experiencias de separación, pérdida e incertidumbre. Esta perspectiva permite superar interpretaciones centradas exclusivamente en la disciplina o la adaptación institucional.

La evaluación psicológica adquiere mayor valor cuando integra diferentes fuentes de información y se utiliza para construir hipótesis clínicas, orientar el acompañamiento y reconocer necesidades particulares, en lugar de establecer etiquetas a partir de indicadores aislados.

Finalmente, el cuidado institucional debe incorporar la dimensión subjetiva del niño como parte esencial de su protección. Escuchar, acompañar y ofrecer oportunidades para

expresar y elaborar lo vivido puede convertir la experiencia institucional en un espacio con mayores posibilidades de sostén y desarrollo emocional.

Referencias

- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2026). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>
- Cassibba, R., Balenzano, C., Silletti, F., Coppola, G., Costantini, A., Giorgio, S., Taurino, A., Cheah, C. S. L., & Musso, P. (2023). The placement of children in need of out-of-home care: Forms of care and differences in attachment security and behavioral problems in the Italian context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(23), 7111. <https://doi.org/10.3390/ijerph20237111>
- Child Mind Institute. (2024). *Guía completa sobre los problemas de comportamiento*. <https://childmind.org/es/guia/guia-para-padres-sobre-los-problemas-de-comportamiento/>
- Cruzat Olavarrieta, A., Segovia-Lagos, P., Cortés Catalán, C., Andrade Gyllen, C., Riesco Muñoz, X., & Zegpi Keller, L. (2024). Condicionantes de la institucionalización de niños, niñas y adolescentes en centros residenciales de protección especializada. *TS Cuadernos de Trabajo Social*, 27, 1–27. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10866491>





- Delboy, S. (2018). *El trauma es una experiencia, no un evento*. Fermata Psychotherapy. <https://www.fermatapsychotherapy.com/blog/2018/7/15/el-trauma-es-una-experiencia-no-un-evento>
- Formación Psicoterapia. (2025). *Técnicas para intervenir en narrativas fragmentadas: Guía clínica aplicada*. Formación Psicoterapia. <https://formacionpsicoterapia.com/blog-psicoterapia/tecnicas-para-intervenir-en-narrativas-fragmentadas/>
- Freud, S. (1992). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (Vol. 14). Amorrortu Editores.
- Gunnar, M. R., & Reid, B. M. (2019). Early deprivation revisited: Contemporary studies of the impact on young children of institutional care. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 93–118. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-085013>
- Martínez-Usarralde, M. J., Conchell, R., Villar, M., & Pérez-Tabernero, L. (2025). The need to strengthen affective bonds between institutional caregivers and children in residential centers: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 15(3), 245. <https://doi.org/10.3390/bs15030245>
- México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Características de alojamientos de asistencia social 2020*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197704.pdf
- Palummo, J. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. UNICEF. <https://www.relaf.org/biblioteca/UNICEFLaSituaciondeNNAenInstitucionesenLAC.pdf>

- Ramos Miguel, R., Santos, L., Salvador, M. C., Nobre Lima, L., & Rijo, D. (2024). Effectiveness of mental health interventions for children and adolescents in residential care settings by social services: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 166, 107929. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107929>
- Red por los Derechos de la Infancia en México. (2023). *Niñas, niños y adolescentes en instituciones o albergues de México*. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/04/05/ninas-ninos-y-adolescentes-en-instituciones-o-albergues/>
- Schore, A. N. (2019). *The development of the unconscious mind*. W. W. Norton & Company.
- United Nations Children's Fund. (2020). *Más allá del cuidado institucional: Una hoja de ruta para la reforma del sistema de protección y cuidado infantil*. UNICEF América Latina y el Caribe. <https://www.unicef.org/lac/media/19661/file/mas-alla-del-cuidado-institucional.pdf>
- United Nations Children's Fund. (2026). *Children in alternative care*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/children-alternative-care/>
- Wade, M., Carroll, D., Fox, N. A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2021). Associations between early psychosocial deprivation, cognitive and psychiatric morbidity, and risk-taking behavior in adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(6), 850–863. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1864737>
- Walnut Avenue Family & Women's Center. (2021). *Fomentar la resiliencia infantil y familiar*. <https://www.wafwc.org/es/blog/capm2021>
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.





08.

Cuidar sin desgastarse: Apoyo emocional y empatía en el rol del cuidador

Alondra del Carmen
Falconi Contreras

Yesenia Peralta Jiménez

Patricia Román
Santa María

8.1. Envejecimiento y necesidades integrales de la persona adulta mayor

La mayor parte de la población se encuentra en un proceso de envejecimiento; aunado a ello, se ha incrementado la esperanza de vida. La Organización de las Naciones Unidas (2025) estima que, para 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. Es decir, la población

de personas adultas mayores alcanzará los 1400 millones. De acuerdo con informes de la Organización Mundial de la Salud (2025), se espera que para el año 2080 esta población se triplique y que el número de personas de 65 años o más supere al de los menores de 18 años. En este contexto, las naciones que experimentan un rápido crecimiento de este grupo poblacional enfrentarán un aumento considerable de personas adultas mayores durante los próximos 30 años. Por lo tanto, los sistemas sanitarios deberán prepararse para proporcionar cuidados de larga duración.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2025) describió que el envejecimiento poblacional en México se caracteriza por un aumento progresivo de la proporción de personas adultas mayores, como resultado de la disminución de la fecundidad, el incremento de la esperanza de vida y los cambios en la mortalidad. A partir de estas transformaciones sociodemográficas surge la necesidad de fortalecer la atención integral dirigida a este grupo poblacional, debido a su mayor vulnerabilidad ante el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas los trastornos neurológicos, psicológicos, endocrinos, cardiovasculares y musculoesqueléticos.

Estas condiciones pueden generar alteraciones en el patrón del sueño e incrementar el riesgo de discapacidad, dependencia y pérdida de autonomía. Asimismo, pueden aumentar la susceptibilidad al estrés y deteriorar la percepción del bienestar, especialmente cuando disminuyen las redes de apoyo social y familiar. Todo lo anterior hace necesaria la presencia de un cuidador que atienda no solo las necesidades físicas de la persona adulta mayor, sino también sus requerimientos psicológicos, sociales y



emocionales, con el propósito de promover su bienestar y calidad de vida.

El cuidador primario es la persona responsable de atender las necesidades físicas y emocionales de quien presenta algún grado de dependencia para realizar sus actividades cotidianas (Martín-Bueba et al., 2025). Este rol es asumido con mayor frecuencia por familiares cercanos y, en muchos casos, por mujeres, como esposas, hijas o sobrinas. Sin embargo, las funciones que desempeñan pueden generar diversas repercusiones físicas, psicológicas, sociales y familiares derivadas de las exigencias propias del cuidado. Por ello, es necesario brindar atención y apoyo a los cuidadores, ya que su bienestar influye directamente en la calidad y eficacia de los cuidados que proporcionan a la persona adulta mayor.

En este sentido, el profesional de enfermería debe orientar su práctica hacia un modelo de cuidado integral que considere a la persona adulta mayor, al cuidador primario y a la familia como una unidad de cuidado. Este modelo debe enfocarse en promover un envejecimiento saludable, educar a los cuidadores para proporcionar una atención adecuada, fortalecer las prácticas de autocuidado y fomentar el acceso a redes de apoyo, además de implementar otras estrategias que contribuyan a mejorar el bienestar tanto de la persona adulta mayor como de su cuidador.

Con base en lo anterior, se analizó la sobrecarga y las respuestas adaptativas de los cuidadores primarios de personas adultas mayores mediante la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y una entrevista basada en el modelo de adaptación de Roy, con la finalidad de conocer el impacto del cuidado en su calidad de vida.

Los beneficios de una atención de calidad dirigida a la persona adulta mayor trascienden el ámbito individual y alcanzan al entorno familiar, al promover la participación activa de sus integrantes en las actividades de cuidado, la distribución equitativa de las responsabilidades y la toma de decisiones compartida (Martínez-Angulo et al., 2023). Lo anterior puede contribuir a disminuir la sobrecarga del cuidador primario y fortalecer la cohesión familiar (Rodríguez et al., 2020). De igual manera, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la educación de las personas cuidadoras, al favorecer el desarrollo de habilidades relacionadas con la movilización segura, la administración adecuada de medicamentos y la prevención de complicaciones. Asimismo, el autocuidado constituye un elemento indispensable para garantizar la continuidad y la calidad de la atención brindada a la persona adulta mayor (Duran-Badillo et al., 2025).

La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores a aquellas de 60 años o más, reconociendo que el envejecimiento constituye un proceso que requiere una atención integral acorde con las necesidades propias de esta etapa de la vida (Amate & Vásquez, 2006). Por otra parte, en México, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establece, en su artículo tercero, que las personas adultas mayores son aquellas que tienen 60 años o más y que se encuentran domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024).

Hablar de personas adultas mayores implica hacer referencia al envejecimiento como un proceso natural e inevitable al que está expuesto el ser humano. Se trata de un proceso progresivo, dinámico e irreversible en el que intervienen



conjuntamente factores biopsicosociales y ambientales (Papalia & Martorell, 2017). Durante esta etapa, la persona presenta una serie de necesidades integrales derivadas de los cambios propios del envejecimiento. Estas necesidades se relacionan con aspectos físicos, emocionales y sociales que deben ser atendidos de manera conjunta para preservar su bienestar y calidad de vida.

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos progresivos e inevitables que pueden manifestarse mediante la pérdida de elasticidad de la piel, la disminución de la fuerza muscular y la reducción de la movilidad (López et al., 2025).

Estas transformaciones naturales aumentan la susceptibilidad al desarrollo de enfermedades crónicas, como la hipertensión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la artritis y las enfermedades neurodegenerativas. Estas condiciones pueden generar afectaciones significativas, como limitaciones en la autonomía, incremento del riesgo de discapacidad, deterioro de la capacidad de interacción social y disminución de la calidad de vida de la persona adulta mayor. El impacto de estas enfermedades también alcanza al entorno familiar, debido a que la necesidad de un mayor apoyo puede incrementar la sobrecarga de los cuidadores. En consecuencia, el envejecimiento acompañado de enfermedades crónico-degenerativas no solo puede comprometer el funcionamiento físico y emocional de la persona adulta mayor, sino que también exige estrategias de atención integral orientadas a promover un envejecimiento digno y un entorno de cuidado saludable (Gutiérrez & Kershenoich, 2015).

En este contexto, la persona adulta mayor requiere una atención de calidad que incluya una alimentación adecuada y equilibrada, con el propósito de contribuir a la prevención de factores de riesgo asociados con la obesidad, la diabetes, la hipertensión y los niveles elevados de colesterol. Asimismo, una nutrición adecuada puede favorecer el control y manejo de enfermedades previamente diagnosticadas.

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2025), entre los principales apoyos que necesitan las personas adultas mayores se encuentran la asistencia para mantener una adecuada higiene y los cuidados personales, aspectos fundamentales para favorecer su bienestar. Asimismo, requieren control y seguimiento médico, por lo que es recomendable asistir a las consultas programadas y, cuando sea necesario, hacerlo en compañía de otra persona adulta. También resulta importante favorecer la realización regular de actividades físicas que contribuyan al fortalecimiento y la flexibilidad de las articulaciones y los músculos, así como al mantenimiento de la función cardiovascular y respiratoria.

La actividad física también puede contribuir a disminuir el estrés y conservar la fuerza, la resistencia y la energía necesarias para desarrollar las actividades cotidianas. La seguridad física y la prevención de caídas constituyen igualmente componentes esenciales del cuidado, debido a que el deterioro de la movilidad puede incrementar la vulnerabilidad de las personas adultas mayores. Por ello, cuando las condiciones individuales lo requieran, resulta importante disponer de dispositivos de apoyo para la deambulaci3n o contar con una persona que facilite el traslado seguro de un lugar a otro.





Por otra parte, las personas adultas mayores necesitan empatía y apoyo emocional para favorecer su estabilidad psicológica y disminuir el riesgo de depresión y aislamiento (García et al., 2021). Durante el proceso de envejecimiento, estos riesgos pueden incrementarse debido a múltiples factores, entre ellos la cohesión familiar, las condiciones económicas y la dependencia del cuidado de otras personas.

Las necesidades sociales de la persona adulta mayor son fundamentales para mantener su bienestar y calidad de vida. Durante el proceso de envejecimiento pueden presentarse cambios relacionados con la jubilación, la pérdida de seres queridos, la disminución de las capacidades físicas y la reducción de la interacción social, lo que puede incrementar el riesgo de aislamiento y dependencia. Por ello, resulta necesario favorecer entornos que promuevan la inclusión, la participación y el apoyo social.

La teoría del construccionismo social, propuesta por Gubrium y Holstein (1999), busca comprender y explicar las realidades relacionadas con el envejecimiento, los procesos individuales y los papeles vinculados con la construcción social de la edad (Robledo & Orejuela, 2021). Desde esta perspectiva, el envejecimiento no solo constituye un proceso biológico, sino también una experiencia influida por las interacciones sociales y por el contexto en el que se desarrolla la persona. En este sentido, las personas adultas mayores necesitan sentirse escuchadas, comprendidas y tomadas en cuenta, mientras que el acompañamiento puede contribuir al fortalecimiento de su bienestar psicológico (Niven, 2009).

Asimismo, resulta fundamental promover la participación activa de las personas adultas mayores en actividades recreativas, culturales

y comunitarias que favorezcan la socialización y fortalezcan el sentido de pertenencia, lo que puede contribuir a disminuir el aislamiento social. De igual manera, la integración en talleres, grupos de convivencia, programas de ejercicio y actividades recreativas puede favorecer el mantenimiento de las capacidades cognitivas y emocionales y, con ello, contribuir a mejorar la calidad de vida durante esta etapa.

8.2. El cuidador primario: adaptación, sobrecarga y desafíos del cuidado

El cuidador primario es la persona responsable de atender, en primera instancia, las necesidades físicas, sociales y emocionales de aquella persona que no puede satisfacerlas por sí misma (Martín-Bueba et al., 2025).

Este rol suele ser desempeñado por una persona cercana a quien requiere el cuidado, como el cónyuge, los hijos, otros familiares o, en algunos casos, una persona de confianza. La cercanía afectiva, la relación basada en la confianza y la empatía favorecen los cuidados integrales y contribuyen significativamente al bienestar de la persona cuidada (México. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2022). Una de las principales características del cuidador primario es su dedicación para satisfacer las necesidades de la persona bajo su cuidado. Sin embargo, esta dedicación puede llevarlo a relegar sus propias necesidades físicas, emocionales y sociales, lo que puede afectar su capacidad de adaptación al rol de cuidador y comprometer su bienestar integral.

Desde la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy (2009), la persona cuidadora primaria puede presentar alteraciones significativas en los cuatro modos adaptativos debido a las exigencias





físicas, emocionales y sociales inherentes al cuidado continuo de un familiar dependiente. En el modo fisiológico pueden manifestarse consecuencias derivadas del descuido de su propia salud, como una nutrición inadecuada, alteraciones en los patrones de eliminación, fatiga persistente, disminución de la actividad y alteraciones del descanso, entre ellas trastornos del sueño e insomnio. Por otra parte, cuando el cuidador padece alguna enfermedad crónica, es frecuente que disminuya la adherencia al tratamiento y relegue las actividades relacionadas con su autocuidado, comprometiendo aún más su estado de salud.

En cuanto al modo de autoconcepto, que comprende la percepción, las creencias y los sentimientos que tiene la persona sobre sí misma, la sobrecarga asociada al cuidado puede favorecer la aparición de sentimientos de frustración, impotencia, ansiedad y baja autoestima. Estas manifestaciones pueden afectar su capacidad de afrontamiento, favorecer el distanciamiento emocional y generar dificultades en la comunicación con la persona cuidada.

Respecto al modo de función del rol, que incluye los roles primarios, como el sexo y la etapa de vida; los secundarios, como ser madre, trabajadora o cuidadora; y los terciarios, relacionados con actividades voluntarias o de apoyo, el cuidador, predominantemente de sexo femenino, suele enfrentar dificultades para equilibrar sus responsabilidades familiares, laborales y sociales con las demandas de atención de la persona dependiente. La percepción de un apoyo familiar insuficiente puede intensificar estos conflictos y favorecer el abandono de actividades personales, laborales o recreativas para atender las necesidades de la persona a su cargo.

Finalmente, el modo de interdependencia puede verse afectado debido a que el tiempo dedicado al cuidado de la persona adulta mayor limita la participación en actividades sociales y reduce el contacto con familiares, amigos y otras redes de apoyo. Como consecuencia, el cuidador puede experimentar aislamiento social, sensación de estancamiento y disminución de los recursos emocionales necesarios para afrontar de manera efectiva su situación.

La afectación de estos cuatro modos adaptativos incrementa la vulnerabilidad del cuidador ante la aparición de problemas físicos, psicológicos y sociales. En este sentido, la Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo del colapso del cuidador (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015a) señala que los cuidadores primarios de personas dependientes presentan diversos factores de riesgo que favorecen el desarrollo del síndrome de sobrecarga o colapso del cuidador, especialmente cuando la labor de cuidado se realiza de forma continua, con una elevada demanda física y emocional y con escaso apoyo social. Entre los factores relacionados con el cuidador que deben evaluarse se encuentran el sexo femenino, la acumulación de roles familiares y laborales, el nivel de conocimiento para brindar cuidados, la situación económica familiar, el estado de salud del cuidador, el tiempo destinado al cuidado, las posibilidades de descanso y la relación que mantiene con la persona cuidada.

La mayor parte de las personas que brindan cuidados son mujeres, debido a los patrones culturales que se han mantenido a lo largo del tiempo y que les atribuyen la responsabilidad del cuidado de la salud. Las instituciones de salud suelen reforzar este rol mediante la delegación de funciones dentro de sus programas, por lo que



cualquier acción orientada a mejorar la calidad de vida de quienes cuidan puede generar un impacto significativo en las mujeres. Sin embargo, es importante reconocer que los hombres también pueden desempeñar un papel fundamental en el cuidado y que cada miembro de la familia, así como vecinos y amigos, puede contribuir de manera directa o indirecta al cuidado en el hogar de las personas adultas mayores o de aquellas que presentan alguna discapacidad, con el propósito de disminuir la sobrecarga del cuidador primario (México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2006).

De este modo, existen factores de riesgo establecidos en la Guía de Práctica Clínica (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015a), entre los que se encuentran la falta de conocimiento sobre los recursos comunitarios, la existencia de recursos comunitarios inadecuados o insuficientes, como unidades de respiro, centros de atención social y espacios recreativos; las dificultades para acceder a estos recursos; la disponibilidad limitada de medios de transporte; las condiciones inadecuadas del entorno físico, relacionadas con el acondicionamiento del domicilio, la temperatura, el espacio y la seguridad; el traslado al domicilio de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidado; las dificultades para acceder al apoyo formal y la insuficiencia de recursos económicos.

Los cuidados proporcionados pueden constituir una experiencia conmovedora y satisfactoria que permita a la persona cuidadora descubrir cualidades, aptitudes y talentos que hasta ese momento desconocía. De este modo, puede establecerse o fortalecerse la relación con la persona a su cargo y con los demás familiares,

lo que favorece un mejor desempeño del cuidado. Sin embargo, esta experiencia también puede implicar la exposición continua a situaciones poco agradables que generan un impacto considerable en los ámbitos personal, familiar, social y laboral (Centro Municipal de Apoyo a Familiares Cuidadores de Bilbao, 2018).

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2025) señaló que la atención y el cuidado de las personas adultas mayores deben brindarse en un ambiente de dignidad, respeto e inclusión, promoviendo en todo momento su autonomía y su participación informada en las decisiones que afectan su bienestar y calidad de vida. La experiencia del cuidado puede modificarse según el vínculo familiar existente entre el cuidador y la persona dependiente. En diversos casos, cuando uno de los integrantes de la pareja presenta deterioro de la salud y requiere apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el rol de cuidador principal suele ser asumido por el cónyuge.

En muchas ocasiones puede resultar más fácil aceptar la ayuda de la pareja que la de otros familiares, amigos, vecinos o instituciones, ya que esta se percibe como una expresión de afecto, confianza y compromiso contruidos a lo largo de los años de convivencia. Sin embargo, cuando es un hijo quien asume el cuidado, puede establecerse un vínculo cercano y familiar con la persona que requiere atención. Asimismo, esta situación suele generar un fuerte impacto emocional en los hijos, quienes pueden experimentar sentimientos de preocupación, tristeza e incertidumbre al reconocer que uno de sus padres ya no puede realizar de manera independiente las actividades cotidianas que anteriormente llevaba a cabo sin dificultad.





Para los hijos, aceptar esta situación puede resultar complejo debido a que representa un cambio significativo en la dinámica familiar. Además, las responsabilidades derivadas del cuidado pueden limitar las actividades que habitualmente realizan en su vida cotidiana e incluso repercutir en sus proyectos personales, familiares, académicos o laborales.

Para favorecer el manejo emocional entre el cuidador y la persona cuidada, se recomienda contar con apoyo familiar y mantener una comunicación clara y franca que contribuya a disminuir los niveles de estrés y angustia. Asimismo, es conveniente compartir información sencilla sobre lo que ocurre dentro de la relación de cuidado y proporcionar indicaciones de manera clara, concisa, respetuosa y paciente. Cuando sea necesario, la información puede complementarse mediante recursos escritos o imágenes. También resulta fundamental apoyar constantemente a la persona adulta mayor sin discriminarla ni fomentar una dependencia innecesaria. Del mismo modo, es importante reconocer que experimentar tristeza, ansiedad o preocupación puede formar parte de la experiencia del cuidado, por lo que se deben identificar y expresar estas emociones y desarrollar estrategias adecuadas para afrontarlas. Además, es recomendable favorecer una actitud positiva, promover el diálogo familiar y facilitar la participación de la persona adulta mayor, en la medida de sus posibilidades, en las actividades del hogar, permitiéndole expresar sus emociones y puntos de vista.

Mantener una rutina es fundamental. Por ello, es importante establecer horarios e implementar un plan de actividades sencillas que integre hábitos saludables, higiene personal, alimentación adecuada, actividad física y espacios de

convivencia familiar y social. Las actividades intelectuales también desempeñan un papel relevante, debido a que la estimulación de las habilidades cognitivas contribuye a mantenerlas activas durante esta etapa de la vida. En este sentido, se recomienda realizar actividades de lectura y escritura, así como actividades creativas, entre ellas manualidades, dibujo, coloreado y pintura. También pueden incorporarse actividades lúdicas que estimulen el razonamiento lógico, tanto de manera individual como grupal. Por último, los pasatiempos, como escuchar música, participar en juegos de mesa, utilizar videojuegos, ver televisión o realizar ejercicio, pueden formar parte de la rutina cotidiana. Estas actividades deben desarrollarse de acuerdo con las preferencias y capacidades de la persona adulta mayor, procurando que constituyan experiencias recreativas, agradables y significativas.

8.3. Empatía, autocuidado e intervenciones de apoyo al cuidador

El cuidado de las personas adultas mayores constituye una parte importante de las funciones de los profesionales de la salud y la asistencia social. En este contexto, los aspectos cognitivos de la empatía se relacionan con actitudes y habilidades que implican la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona y comprender sus circunstancias y pensamientos. La empatía ayuda al cuidador a comprender el mundo interior de la persona que cuida, sus emociones y los significados que adquieren sus experiencias. Es importante realizar un esfuerzo por comprender los diferentes puntos de vista de las personas adultas mayores, ya que esto permite conocer las situaciones que atraviesan, lo que piensan acerca de ellas, el significado que les atribuyen y las decisiones que desean tomar al respecto.





El cuidador primario, al mantener una convivencia constante con la persona adulta mayor, desarrolla la capacidad de identificar cambios emocionales, físicos y conductuales que pueden influir en su bienestar. Esta comprensión facilita una atención más individualizada y fortalece la relación entre el cuidador y la persona cuidada. Asimismo, la empatía contribuye a disminuir los sentimientos de soledad, miedo, ansiedad y dependencia en la persona adulta mayor, permitiéndole sentirse escuchada, comprendida y acompañada durante el proceso de cuidado. Cuando el cuidador muestra interés, paciencia y sensibilidad ante sus necesidades, se genera un ambiente de confianza y seguridad emocional (Papalia & Martorell, 2017).

Las intervenciones de enfermería dirigidas al cuidador de personas adultas mayores tienen como finalidad prevenir el desgaste físico y emocional, fortalecer la capacidad de adaptación y promover el bienestar integral tanto del cuidador como de la persona dependiente. El manejo adecuado del colapso del cuidador requiere una relación coordinada entre el equipo de salud, integrado por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y nutrición, y la familia. Además, se debe enfatizar la necesidad de educar a los cuidadores en mecanismos saludables, flexibles y dinámicos que favorezcan la relación entre la persona cuidada, el cuidador y la familia (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015b).

Para ello, la Guía de Práctica Clínica (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015b) también considera el fortalecimiento de las habilidades cognitivas mediante intervenciones dirigidas al cuidador, en las que se utilizan técnicas para el manejo del estrés, como ejercicios de conciencia

plena, imaginación guiada, dirección de la atención y técnicas de asociación y disociación de pensamientos negativos. Por otra parte, es importante capacitar al cuidador para que desarrolle habilidades relacionadas con las actividades de cuidado, como bañar, levantar, movilizar y alimentar a la persona que presenta un síndrome geriátrico.

El personal de enfermería debe identificar los signos de sobrecarga en el cuidador y, cuando sea necesario, canalizarlo a los servicios de apoyo psicológico mediante sesiones de terapia individual, grupal o de consejería. Estas intervenciones tienen como objetivo favorecer la toma de conciencia sobre sus propias necesidades emocionales, promover estrategias de autocuidado y fortalecer sus recursos de afrontamiento ante las demandas del cuidado.

De igual manera, se recomienda implementar intervenciones orientadas a la enseñanza de técnicas de relajación para reducir los niveles de tensión física y emocional del cuidador. Entre las estrategias utilizadas se encuentran los ejercicios de respiración y relajación, la atención plena, el manejo del estrés y los ejercicios de enfoque cognitivo. La práctica regular de estas estrategias favorece el autocuidado y contribuye a prevenir el agotamiento derivado de las labores de atención y acompañamiento.

Con base en lo anterior, es importante señalar que el modelo de adaptación de Roy (2009) concibe al ser humano como un sistema holístico y adaptativo en constante interacción con su entorno. Este modelo plantea que la persona busca alcanzar el equilibrio mediante respuestas de adaptación que se manifiestan en cuatro modos: fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función del rol.



Considerando estos aspectos, es necesario intervenir con el cuidador principal desde los diferentes modos adaptativos mediante estrategias de apoyo y seguimiento individualizado, orientadas a promover cambios positivos en su conducta y fortalecer su capacidad de adaptación, con la finalidad de favorecer su bienestar integral y mejorar su calidad de vida.

El modo fisiológico requiere actividades orientadas a la promoción de la salud mediante una alimentación saludable, ejercicio moderado y descanso adecuado. Asimismo, es necesario enseñar técnicas de movilización que contribuyan a prevenir lesiones en el cuidador durante el traslado y la movilización de la persona adulta mayor.

El modo de autoconcepto debe atenderse desde una perspectiva orientada a fomentar la autoestima y el reconocimiento del rol del cuidador como una labor valiosa. Además, es importante brindar apoyo psicológico primario para fortalecer la percepción positiva de sí mismo y reducir los sentimientos de culpa o insuficiencia.

El modo de función del rol permite identificar y clarificar las responsabilidades y los límites asociados con el cuidado, con el propósito de prevenir la sobrecarga. De igual manera, resulta importante promover la distribución de las tareas de cuidado entre otros familiares y recurrir, cuando sea necesario, a los servicios comunitarios disponibles.

El modo de interdependencia debe orientarse a favorecer la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo social y comunitario. Asimismo, se debe promover la interacción con familiares y profesionales de la salud para compartir experiencias, expresar necesidades y recibir el apoyo requerido.

El enfoque psicoeducativo destaca el papel del profesional de enfermería como facilitador de estrategias que permitan al cuidador atender regularmente sus emociones, acceder a redes de apoyo y mejorar la calidad del cuidado brindado. Las intervenciones psicoeducativas incluyen programas diseñados para mejorar o incrementar las habilidades del cuidador y favorecer el manejo adecuado de las situaciones relacionadas con el cuidado y las demandas de la persona dependiente.

Entre las estrategias de intervención psicoeducativa y psicosocial dirigidas al cuidador que presenta sobrecarga se encuentran la educación general, el desarrollo de habilidades prácticas para el cuidado, la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual, la resolución cognitiva de problemas, las técnicas de relajación, los grupos de apoyo y las actividades sociales. Los grupos de apoyo constituyen espacios en los que los cuidadores pueden compartir experiencias, necesidades y posibles soluciones. La interacción generada en estos grupos mediante actividades sociales, como comidas, excursiones y ejercicios grupales, puede contribuir a disminuir la sobrecarga asociada con las responsabilidades del cuidado.

Por otra parte, el cuidador debe ser consciente de que parte del apoyo social que requiere incluye la participación de la propia familia, así como el respaldo de instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles u organizaciones religiosas. Este apoyo puede ser de tipo material, mediante dinero, alojamiento, alimentos, ropa o pago de servicios; instrumental, a través del cuidado, transporte o realización de labores del hogar; emocional, mediante afecto, compañía, empatía, reconocimiento y escucha; o



cognitivo, a través del intercambio de información, habilidades y consejos.

8.4. Evaluación de la sobrecarga y adaptación del cuidador primario

El presente estudio se desarrolló con el propósito de analizar la sobrecarga y las respuestas adaptativas de cuidadores primarios de personas adultas mayores pertenecientes a una comunidad rural del municipio de Comalcalco, Tabasco. Para ello, se realizó una investigación descriptiva de corte transversal con enfoque mixto. Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, integrada por 10 cuidadores primarios. Los criterios de inclusión consideraron a mujeres cuidadoras primarias mayores de 18 años, responsables del cuidado de una persona adulta mayor en el ámbito domiciliario y que supieran leer y escribir. Una de las principales limitaciones del estudio fue el tamaño de la muestra, por lo que los hallazgos deben interpretarse únicamente en el contexto de la población estudiada y no deben generalizarse a otras poblaciones.

Una vez explicado el objetivo del estudio y obtenido el consentimiento informado, se aplicó la versión extensa de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. El estudio fue considerado de riesgo mínimo y se garantizó la confidencialidad de las participantes mediante la codificación y el resguardo seguro de los datos, los cuales fueron utilizados exclusivamente con fines de investigación.

La escala fue desarrollada por Zarit, Reever y Bach-Peterson en 1980. Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la sobrecarga de los cuidadores como un aspecto fundamental para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas con demencia. Las investigaciones



relacionadas con la sobrecarga han dado origen a diversos instrumentos de medición, entre los cuales la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit ha sido una de las más utilizadas.

Originalmente, este instrumento contaba con 29 ítems diseñados para evaluar la sobrecarga subjetiva asociada al cuidado de personas adultas mayores y contemplaba los siguientes aspectos: salud física y psicológica, situación económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de los cuidados. Tras una revisión realizada por los propios autores, la escala se redujo a 22 ítems. El instrumento evalúa la frecuencia con la que el cuidador experimenta determinadas situaciones mediante una escala de cero a cuatro, donde cero corresponde a nunca; uno, a casi nunca; dos, a veces; tres, bastantes veces; y cuatro, casi siempre. La interpretación se realiza a partir de la puntuación total obtenida. Una puntuación inferior a 47 puntos indica ausencia de sobrecarga; entre 47 y 55 puntos corresponde a sobrecarga leve; y una puntuación superior a 55 puntos indica sobrecarga intensa.

La Guía de Práctica Clínica para la Detección y Manejo del Colapso del Cuidador utiliza esta escala para explorar diferentes áreas y orientar las intervenciones médicas y sociales posteriores. Entre los aspectos evaluados se encuentran la sobrecarga, el abandono del autocuidado relacionado con la salud y la imagen personal, la vergüenza ante el comportamiento de la persona enferma, la irritabilidad ante su presencia, el temor relacionado con los cuidados y el futuro familiar, la pérdida del rol social, la responsabilidad de asumir el cuidado del familiar y los sentimientos de culpabilidad.

De igual manera, se aplicó una entrevista semiestructurada diseñada a partir de una guía



de preguntas abiertas, organizada en cuatro categorías correspondientes a los modos de adaptación de Callista Roy, con la finalidad de evaluar al cuidador primario desde la perspectiva de enfermería. En cada categoría se formularon cinco preguntas, para un total de 20 preguntas dirigidas a las cuidadoras. El modo fisiológico incluyó preguntas relacionadas con las necesidades fisiológicas básicas, entre ellas la oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, así como los procesos de protección y la presencia de enfermedades crónicas. Por su parte, el modo de autoconcepto evaluó la autoestima, la percepción de la salud y las creencias personales. En el modo de función del rol se abordaron las responsabilidades familiares, los cambios en el rol, la toma de decisiones y el apoyo recibido. Por último, el modo de interdependencia evaluó las relaciones sociales de la persona, su participación en la comunidad, el apoyo formal e informal y las experiencias de aislamiento.

Los instrumentos descritos se aplicaron durante el periodo comprendido entre marzo y junio de 2026 en el municipio de Comalcalco, Tabasco. La información obtenida mediante la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y la entrevista semiestructurada, conformada por 20 preguntas abiertas distribuidas entre los cuatro modos del modelo de adaptación de Callista Roy, fue organizada y procesada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Para el análisis cuantitativo se empleó estadística descriptiva, mientras que las respuestas obtenidas mediante la entrevista se organizaron de acuerdo con las categorías correspondientes a los modos fisiológico, de autoconcepto, de función del rol y de interdependencia.

Los resultados mostraron que el 30 % de los cuidadores presentó algún nivel de sobrecarga, de los cuales el 20 % correspondió a sobrecarga leve y el 10 % a sobrecarga intensa. Estos hallazgos evidencian que una parte de los participantes experimenta desgaste físico y emocional relacionado con las actividades de cuidado. En contraste, el 70 % no presentó sobrecarga significativa, lo que indica una mayor capacidad de adaptación a las responsabilidades asociadas con el cuidado.

Estos resultados pueden relacionarse con la edad de los participantes. El 70 % de la población estudiada se encontraba en un rango de edad de entre 20 y 30 años. Estos cuidadores manifestaron una perspectiva centrada en evitar situaciones que les generaran estrés y en realizar determinadas actividades de acompañamiento a la persona adulta mayor. Por otra parte, el 30 % tenía entre 40 y 50 años y se encontraba al cuidado de sus padres. En estos casos, los participantes manifestaron asumir una mayor responsabilidad sobre el cuidado y considerar que el bienestar de la persona adulta mayor dependía principalmente de ellos.

A pesar de las diferencias encontradas, los participantes manifestaron algunos indicadores asociados con la sobrecarga, particularmente aquellos que tenían bajo su responsabilidad a más de una persona adulta mayor o a personas con un elevado nivel de dependencia. La exposición continua al estrés puede disminuir la capacidad del cuidador para responder adecuadamente a las demandas del cuidado, afectar la calidad de la atención y favorecer la aparición de conflictos en la relación con la persona adulta mayor. Estas situaciones pueden generar respuestas





de rechazo o distanciamiento entre la persona cuidada y el cuidador primario.

Los modos de adaptación de los cuidadores se vieron afectados de diferentes maneras. En el modo fisiológico, las alteraciones identificadas pueden modificar la percepción de bienestar, las expectativas personales y la participación dentro de la familia y de los grupos sociales. Durante las entrevistas, los cuidadores primarios señalaron que habían experimentado periodos en los que no se alimentaban adecuadamente y dormían menos de seis horas debido a que las actividades de cuidado nocturno interrumpían su descanso. Asimismo, refirieron cambios en los patrones de evacuación relacionados con el estrés y ausencia de ejercicio físico, debido a que dedicaban gran parte de su tiempo a las actividades domésticas y al cuidado de la persona adulta mayor.

En cuanto al modo de autoconcepto, los participantes manifestaron percibir un deterioro de su estado de salud y una disminución de su bienestar desde que asumieron el rol de cuidadores. La autoestima también se vio afectada, ya que, en ocasiones, expresaron sentimientos de insuficiencia al considerar que no podían satisfacer todas las necesidades de la persona adulta mayor. Como consecuencia de las exigencias del cuidado, algunos participantes señalaron sentirse poco preparados para afrontar determinadas alteraciones en el estado de salud de la persona cuidada. No obstante, manifestaron encontrar fortaleza en sus creencias espirituales, las cuales les proporcionaban consuelo y motivación para continuar desempeñando sus responsabilidades.

Respecto al modo de función del rol, se identificaron alteraciones relacionadas con la responsabilidad asumida por los cuidadores,

debido a que las demandas del cuidado limitaban el desarrollo de proyectos personales y laborales. Los participantes manifestaron experimentar estrés ante la necesidad de equilibrar las actividades de cuidado con sus propias responsabilidades. Además, señalaron haber solicitado el apoyo de otros familiares sin recibirlo de manera constante, situación que generaba sentimientos de angustia y la percepción de que la responsabilidad del cuidado recaía principalmente sobre ellos.

Finalmente, en el modo de interdependencia, los cuidadores reconocieron afectaciones en sus relaciones sociales. Los participantes señalaron haber reducido su participación en actividades comunitarias y religiosas, además de disponer de un apoyo familiar limitado. Asimismo, manifestaron que el apoyo institucional era insuficiente, por lo que debían asumir personalmente parte de los gastos derivados del cuidado. Esta situación generaba restricciones en sus actividades cotidianas y reducía el tiempo disponible para atender sus propias necesidades, lo que incrementaba la sensación de aislamiento.

A partir de estos resultados, las intervenciones de enfermería deben orientarse al fortalecimiento de la capacidad adaptativa del cuidador primario y a la prevención de la sobrecarga, con el propósito de favorecer su bienestar y contribuir a una atención de calidad para la persona adulta mayor. Entre estas intervenciones se encuentra la implementación de programas permanentes de educación dirigidos a cuidadores informales, enfocados en los cuidados básicos de la persona adulta mayor, el manejo del estrés, el autocuidado y las técnicas adecuadas de movilización.

Asimismo, resulta necesario fortalecer la participación de la familia como una red de apoyo que permita distribuir las responsabilidades





asociadas con el cuidado. También se requiere orientar a los cuidadores sobre los mecanismos disponibles para solicitar apoyo en instituciones de salud, organismos gubernamentales y programas comunitarios, con la finalidad de facilitar su acceso a los servicios y recursos disponibles. Finalmente, cuando se identifiquen necesidades de atención psicológica, el cuidador debe ser canalizado con un profesional de la psicología para recibir atención especializada.

El envejecimiento poblacional ha incrementado la demanda de cuidados prolongados, lo que ha convertido al cuidador informal en una figura esencial para la atención de la persona adulta mayor en situación de dependencia. No obstante, la permanencia en este rol puede generar sobrecarga física, emocional y social, especialmente cuando existen redes de apoyo limitadas y elevadas demandas de cuidado (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Los hallazgos evidencian que los cuidadores presentan distintos niveles de sobrecarga, asociados principalmente con el tiempo dedicado al cuidado, el grado de dependencia de la persona adulta mayor y la responsabilidad asumida por el cuidador. Estos resultados son congruentes con la Guía de Práctica Clínica para la Detección y Manejo del Colapso del Cuidador, en la cual se identifican estos factores como elementos determinantes para el desarrollo del síndrome de sobrecarga (México. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2013).

Desde el modelo de adaptación de Callista Roy, la sobrecarga puede comprenderse como una respuesta ante múltiples estímulos que desafían la capacidad adaptativa del cuidador. Las alteraciones observadas se reflejan en los modos fisiológico, de autoconcepto, de función del rol

y de interdependencia, y pueden manifestarse mediante fatiga, estrés, cambios en la dinámica familiar y disminución del apoyo social (Roy & Andrews, 2009).

Asimismo, se identificó que el agotamiento del cuidador repercute directamente en la calidad del cuidado, afectando la comunicación, la empatía y el bienestar tanto del cuidador como de la persona adulta mayor. En este sentido, la empatía constituye un elemento esencial para fortalecer la relación de cuidado; sin embargo, cuando no se acompaña de estrategias adecuadas de afrontamiento, puede favorecer el desgaste emocional del cuidador (Niven, 2009).

De manera similar, Del Pino Casado et al. (2021) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis en los que identificaron que la sobrecarga del cuidador se asocia significativamente con la ansiedad, el deterioro de la salud mental y el estrés. Estos resultados indican que los cuidadores con mayor nivel de sobrecarga presentan un riesgo más elevado de afectación emocional, disminución de la calidad de vida y deterioro de la calidad del cuidado proporcionado. Por otra parte, Huang et al. (2021) encontraron que entre el 70 % y el 80 % de los cuidadores informales son mujeres, principalmente esposas o hijas de la persona adulta mayor. Los autores concluyeron que las mujeres continúan siendo las principales proveedoras de cuidados no remunerados y presentan un mayor riesgo de sobrecarga física y emocional. Estos resultados coinciden con los hallazgos identificados en el presente estudio.

La entrevista semiestructurada utilizada para evaluar los cuatro modos de adaptación propuestos en el modelo de adaptación de Callista Roy permitió complementar los hallazgos obtenidos mediante la Escala de Sobrecarga del Cuidador





de Zarit y valorar la adaptación del cuidador primario desde la perspectiva de enfermería. A través de los cuatro modos de adaptación se identificaron dimensiones relacionadas con las necesidades fisiológicas, el bienestar emocional, los cambios en el desempeño del rol y las redes de apoyo disponibles para afrontar las demandas del cuidado.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de incorporar intervenciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad de adaptación, el autocuidado, la educación para la salud y el desarrollo de redes de apoyo. La integración del modelo de adaptación de Callista Roy proporciona un marco teórico que sustenta la valoración integral del cuidador y orienta intervenciones dirigidas a prevenir la sobrecarga, promover su bienestar y garantizar una atención humanizada e integral para la persona adulta mayor.

El presente análisis permitió comprender que la sobrecarga del cuidador constituye una consecuencia frecuente del cuidado prolongado de personas adultas mayores en situación de dependencia y representa un problema que afecta tanto la salud del cuidador como la calidad de la atención proporcionada. Los resultados muestran que el estrés continuo, la responsabilidad permanente, la escasez de apoyo familiar y las limitaciones para el autocuidado favorecen la aparición de alteraciones físicas, emocionales y sociales relacionadas con la sobrecarga del cuidador.

Los hallazgos permiten responder al objetivo planteado al evidenciar que el bienestar del cuidador influye directamente en la atención brindada a la persona adulta mayor. Asimismo, muestran que la empatía, la comunicación terapéutica, el fortalecimiento de las redes

de apoyo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento constituyen elementos esenciales para promover un cuidado humanizado. Desde la disciplina de enfermería, la integración del modelo de adaptación de Callista Roy aporta un marco conceptual que permite comprender la sobrecarga como una respuesta adaptativa frente a múltiples estímulos estresantes y orienta la valoración integral y el diseño de intervenciones centradas tanto en la persona adulta mayor como en su cuidador. Esta perspectiva fortalece la práctica profesional al reconocer al cuidador informal como sujeto de atención y no únicamente como proveedor de cuidados.

Finalmente, este trabajo contribuye al fortalecimiento del conocimiento sobre la importancia del cuidado integral, la educación para la salud y el acompañamiento psicoemocional del cuidador, mediante la promoción de estrategias que favorezcan la adaptación, el autocuidado y la calidad de vida de quienes participan en el proceso de atención de la persona adulta mayor.

Con base en los resultados obtenidos y en la evidencia científica analizada, se proponen las siguientes acciones:

1. Implementar programas permanentes de educación dirigidos a cuidadores informales sobre los cuidados básicos de la persona adulta mayor, el manejo del estrés, el autocuidado y las técnicas de movilización segura.
2. Incorporar de manera rutinaria la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en los servicios de atención primaria y geriatría, con el propósito de identificar oportunamente a los cuidadores en riesgo de presentar sobrecarga.
3. Desarrollar intervenciones de enfermería fundamentadas en el modelo de adaptación





de Callista Roy, orientadas a fortalecer los mecanismos de afrontamiento, la regulación emocional y la capacidad adaptativa del cuidador.

4. Promover grupos de apoyo psicoeducativo coordinados por profesionales de enfermería y psicología que favorezcan el intercambio de experiencias y el fortalecimiento de las redes de apoyo.
5. Fomentar la participación de la familia en la distribución de las responsabilidades relacionadas con el cuidado, con el propósito de disminuir la carga física y emocional del cuidador principal.
6. Fortalecer la coordinación entre las instituciones de salud, los organismos gubernamentales y los programas comunitarios para facilitar el acceso de los cuidadores a servicios de orientación, apoyo psicológico y atención especializada.
7. Impulsar nuevas investigaciones que evalúen la efectividad de las intervenciones de enfermería sustentadas en modelos teóricos, particularmente en el modelo de adaptación de Callista Roy, para disminuir la sobrecarga y fortalecer la capacidad adaptativa del cuidador informal.

El estudio evidencia que el cuidado de una persona adulta mayor dependiente constituye una experiencia compleja que puede transformar significativamente la vida del cuidador. La identificación temprana de sus necesidades resulta fundamental para prevenir consecuencias que comprometan su bienestar. En este sentido, la enfermería adquiere un papel esencial al reconocer al cuidador como parte activa del proceso asistencial y como persona que también

requiere atención, orientación y acompañamiento. Esta mirada favorece una práctica más integral, sensible y sostenible frente a los desafíos que plantea el envejecimiento poblacional.

Referencias

- Amate, E. A., & Vásquez, A. J. (Eds.). (2006). *Discapacidad: Lo que todos debemos saber*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/d3b34e85-b47d-434f-b340-52d71a8d8c20/content>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- Centro Municipal de Apoyo a Familiares Cuidadores de Bilbao. (2018). *Guía para personas cuidadoras*. Zaintzea. https://nanopdf.com/download/zaintzea-guia-para-personas-cuidadoras_pdf
- Del Pino Casado, R., Priego Cubero, E., López Martínez, C., & Ortega, V. (2021). Carga subjetiva del cuidador y ansiedad en cuidadores informales: Una revisión sistemática y metaanálisis. *PLoS ONE*, 16(3), e0247143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- Huang, W.-C., Chang, M.-C., Wang, W.-F., & Jhang, K.-M. (2022). A comparison of caregiver burden for different types of dementia: An 18-month retrospective cohort study. *Frontiers in Psychology*, 12, 798315. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.798315>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015a). *Detección y manejo del colapso del cuidador*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>





- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015b). *Intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/775GER.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2022). *Autocuidado y bienestar para personas cuidadoras*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-y-bienestar-para-personas-cuidadoras>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2025). *Proyecciones demográficas de un México que envejece*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/proyecciones-demograficas-de-un-mexico-que-envejece>
- México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/250019/IG_Manual_personasBrindan_cuidadosOtros.pdf
- Niven, N. (2009). *Psicología en enfermería*. Elsevier España.
- Organización de las Naciones Unidas. (2025). *Envejecimiento*. ONU. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Envejecimiento y salud*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano* (13.^a ed.). McGraw-Hill/Interamericana.

Robledo Marín, C. A., & Orejuela Gómez, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95–102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>

Rodríguez Medina, S. A., Díaz Manchay, R. J., Cervera Vallejos, M. F., Banda Pérez, A. de J., Rodríguez Cruz, L. D., & Tejada Muñoz, S. (2020). Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas. *Gerokomos*, 31(2), 71–75. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200003&lng=es





09.

Primeros auxilios psicológicos en emergencias prehospitalarias por accidentes de tránsito

Yuliana Gabriela
García Magaña

Lucía Velázquez
Velázquez

Yesenia Peralta Jiménez

9.1. Atención prehospitalaria y abordaje psicológico en emergencias por accidentes de tránsito

Los primeros auxilios psicológicos constituyen una estrategia de intervención inmediata dirigida a personas expuestas a situaciones potencialmente traumáticas. Hermosilla et al. (2023) realizaron una revisión sistemática de la evidencia científica

disponible y encontraron que esta intervención se ha consolidado como una de las principales estrategias de atención temprana ante eventos traumáticos.

Los autores señalan que los primeros auxilios psicológicos surgieron como una alternativa a las intervenciones psicológicas tradicionales, orientada a proporcionar seguridad, calma, apoyo social, autoeficacia y esperanza durante las primeras horas posteriores al evento. Asimismo, identificaron que la mayoría de los estudios reportan beneficios relacionados con la reducción de la angustia, la ansiedad y los síntomas de estrés postraumático, así como con la mejora del bienestar psicosocial. Estos hallazgos respaldan su aplicación en contextos de emergencias prehospitalarias y accidentes de tránsito. Sin embargo, los autores concluyen que aún se requiere mayor evidencia científica para fortalecer y estandarizar su implementación.

En este contexto, Protección Civil del municipio de Centro, Tabasco, no dispone de un protocolo de actuación para la aplicación de primeros auxilios psicológicos, situación que puede limitar la calidad del abordaje emocional durante eventos críticos y dificultar una intervención oportuna. Esta realidad evidencia la necesidad de identificar las prácticas actuales, las necesidades formativas y las limitaciones del personal de Protección Civil en la atención emocional de las víctimas de accidentes de tránsito.

La intervención psicológica temprana constituye un componente relevante de la atención integral, debido a que contribuye a reducir el impacto del estrés, favorece la cooperación de las personas afectadas con el personal de salud y permite atender oportunamente las reacciones emocionales agudas. De esta manera, puede disminuir el riesgo





de consecuencias psicológicas posteriores, favorecer una atención humanizada, facilitar la toma de decisiones durante la emergencia y contribuir a la recuperación temprana de las personas afectadas.

En correspondencia con esta problemática, el presente estudio tuvo como objetivo identificar la percepción, los conocimientos y las necesidades formativas del personal de Protección Civil del estado de Tabasco respecto a la aplicación de primeros auxilios psicológicos en víctimas de accidentes de tránsito.

En este sentido, el estudio contribuye al campo de la psicología de las emergencias y los desastres. Desde una perspectiva teórica, refuerza la importancia de las intervenciones psicológicas tempranas como estrategia para disminuir el impacto emocional inmediato derivado de eventos traumáticos. Asimismo, aporta información sobre las condiciones en las que se desarrolla el abordaje emocional en el contexto prehospitalario, un ámbito que ha recibido menor atención en comparación con otros escenarios de atención en salud.

La atención prehospitalaria constituye un componente fundamental de los sistemas de salud, ya que proporciona asistencia inmediata a las personas que presentan una urgencia o emergencia fuera del entorno hospitalario. Su objetivo principal es preservar la vida, prevenir complicaciones y garantizar la continuidad asistencial mediante la valoración inicial, la estabilización y el traslado oportuno del paciente al establecimiento de salud más adecuado. Para ello, integra recursos humanos, tecnológicos, logísticos y de comunicación que permiten coordinar eficazmente la respuesta ante eventos médicos y traumáticos. En este sentido,

Garrido-Mancilla y Reynaldos-Grandón (2023) destacan que la incorporación de tecnologías en la atención prehospitalaria favorece la “optimización de la información entre los centros hospitalarios y equipos de rescate, acceso en tiempo real a la ficha del paciente y preparación temprana de los hospitales receptores” (p. 1386), lo que contribuye a mejorar la eficacia y la calidad de la atención.

Dentro de este sistema, el personal de atención prehospitalaria desempeña un papel esencial, pues es responsable de proporcionar los cuidados iniciales a los pacientes en situaciones críticas. Este personal incluye técnicos en urgencias médicas, paramédicos, profesionales de enfermería y médicos capacitados para actuar en escenarios complejos y dinámicos, donde el tiempo de respuesta resulta determinante. Las emergencias prehospitalarias comprenden aquellas condiciones que representan una amenaza inmediata para la vida o las funciones de una persona y requieren una intervención rápida y especializada. De acuerdo con Díaz-Tamayo (2021), la atención prehospitalaria comprende “todas las intervenciones médicas y de transporte realizadas a pacientes que presentan eventos médicos o traumáticos en diferentes escenarios fuera del ámbito hospitalario” (p. 854). Por su parte, las urgencias corresponden a situaciones que, aunque requieren atención médica oportuna, no implican necesariamente un riesgo vital inmediato, lo que permite establecer prioridades en la respuesta sanitaria.

Entre las principales causas de activación de los servicios de atención prehospitalaria se encuentran los accidentes de tránsito, considerados un importante problema de salud pública debido a su frecuencia y a las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas que generan.





La atención inicial proporcionada en el lugar del accidente resulta determinante para reducir la mortalidad, minimizar las secuelas y mejorar el pronóstico de las víctimas. En este proceso, la valoración rápida, la aplicación de protocolos de atención y la coordinación entre los equipos de emergencia y los hospitales receptores constituyen elementos esenciales para favorecer resultados adecuados. En este contexto, Aguilar y Espinoza (2025) señalan que la atención prehospitolaria es una “parte fundamental del sistema de asistencia sanitaria, por medio del cual se brinda atención avanzada a pacientes en condición grave” (p. 12172). Por tanto, el fortalecimiento de los sistemas de atención prehospitolaria y la implementación de protocolos estandarizados representan estrategias fundamentales para mejorar la calidad asistencial y disminuir el impacto de los accidentes de tránsito en la población.

En este escenario, los primeros auxilios psicológicos constituyen una intervención temprana orientada a proporcionar apoyo emocional inmediato a las personas afectadas por eventos traumáticos, como los accidentes de tránsito, con el propósito de reducir el impacto psicológico inicial y favorecer su proceso de adaptación. La evidencia disponible señala que estas intervenciones pueden promover sentimientos de seguridad, calma, apoyo social y esperanza durante las primeras horas posteriores al evento traumático.

En el ámbito internacional, Figueroa et al. (2022) evidenciaron que una intervención basada en primeros auxilios psicológicos contribuye a reducir los síntomas tempranos de estrés postraumático y el malestar emocional inmediato en personas expuestas a eventos traumáticos. En México, Gómez (2023) señala que los primeros auxilios

psicológicos constituyen una herramienta relevante para la atención en situaciones de crisis, debido a que incorporan estrategias de escucha activa, apoyo emocional y fortalecimiento de los recursos de afrontamiento. Estos aportes evidencian la necesidad de fortalecer la atención psicológica inicial de las víctimas de accidentes de tránsito mediante intervenciones que complementen la respuesta prehospitalaria.

En el contexto de las emergencias y los desastres, Barrales (2019) refiere que las personas afectadas pueden presentar necesidades psicológicas inmediatas que requieren atención oportuna para disminuir el impacto emocional del evento. En consecuencia, la incorporación de los primeros auxilios psicológicos en la atención prehospitalaria adquiere especial relevancia ante el riesgo de alteraciones psicológicas posteriores a una experiencia traumática. En conjunto, la evidencia científica respalda la integración de estas intervenciones en los protocolos de atención prehospitalaria dirigidos a víctimas de accidentes de tránsito.

La evidencia disponible también señala que los primeros auxilios psicológicos pueden contribuir a reducir el malestar emocional y los síntomas iniciales asociados con experiencias traumáticas (Figueroa et al., 2022). Asimismo, favorecen la regulación emocional, la contención y el fortalecimiento de los recursos de afrontamiento (Gómez, 2023). Hermosilla et al. (2023) destacan su utilidad para atender las necesidades inmediatas de las personas expuestas a situaciones potencialmente traumáticas. Por el contrario, la ausencia de una intervención temprana adecuada puede dificultar el afrontamiento de las reacciones emocionales derivadas de eventos críticos (Tessier et al., 2022).



9.2. Primeros auxilios psicológicos y competencias del personal prehospitalario

El primer contacto entre la víctima y el sistema de respuesta ante emergencias constituye un momento decisivo para atender las reacciones emocionales derivadas de un evento traumático y favorecer la recuperación inicial. En los accidentes de tránsito, la atención prehospitalaria se desarrolla en escenarios caracterizados por la incertidumbre, el temor y la percepción de amenaza, condiciones que pueden intensificar las respuestas de angustia de las personas afectadas. Por ello, además de las competencias técnicas necesarias para preservar la vida y estabilizar las lesiones físicas, el personal prehospitalario requiere habilidades que le permitan reconocer y atender las necesidades psicológicas inmediatas de las víctimas.

En este contexto, la comunicación empática, la escucha activa y la contención emocional constituyen competencias fundamentales del primer respondiente. Estas habilidades favorecen el establecimiento de un vínculo inicial basado en la seguridad y la confianza, al tiempo que permiten identificar necesidades inmediatas, proporcionar información comprensible y orientar a la persona durante una situación que puede resultar desorganizadora. La manera en que el personal establece este primer contacto adquiere especial relevancia, pues una comunicación clara, respetuosa y adaptada al estado emocional de la víctima puede facilitar su cooperación durante la valoración, estabilización y traslado.

Los primeros auxilios psicológicos proporcionan un marco de actuación para desarrollar este acompañamiento inicial sin sustituir la atención especializada en salud mental. Al respecto,



Romero-HerediayGuarnizo-Chávez(2022) señalan que los primeros auxilios psicológicos se centran en la asistencia breve e inmediata a personas en crisis con el propósito de “restablecer la estabilidad emocional, social, física y conductual de la persona afectada” (p. 2). Desde esta perspectiva, su aplicación en el ámbito prehospitario permite integrar la dimensión emocional a la respuesta de emergencia y reconocer que las necesidades de una víctima no se limitan exclusivamente a sus lesiones físicas.

La actuación del primer respondiente debe mantener límites claramente definidos. Su función no consiste en realizar psicoterapia ni en establecer diagnósticos psicológicos, sino en proporcionar apoyo emocional inmediato dentro de las competencias correspondientes a su nivel de actuación. Entre sus principales responsabilidades se encuentran ofrecer contención, identificar necesidades básicas, escuchar sin ejercer presión sobre la víctima, brindar orientación y facilitar el acceso a recursos de apoyo. Cuando las manifestaciones emocionales exceden las posibilidades de la intervención inicial, resulta necesaria la canalización hacia profesionales o servicios especializados.

Esta delimitación de funciones adquiere importancia porque las reacciones de las víctimas pueden variar considerablemente. Una persona afectada por un accidente de tránsito puede experimentar miedo, confusión, ansiedad, desorientación o dificultades para procesar la información recibida durante los primeros momentos de la emergencia. En consecuencia, el personal prehospitario necesita reconocer estas manifestaciones y adaptar su comunicación a las condiciones particulares de cada víctima. La intervención debe procurar un entorno de





seguridad y evitar acciones que incrementen innecesariamente la angustia o interfieran con los mecanismos iniciales de afrontamiento.

Las competencias para proporcionar primeros auxilios psicológicos no dependen únicamente de la disposición individual del personal. Su aplicación adecuada requiere conocimientos, formación específica y procedimientos institucionales que orienten la actuación ante diferentes situaciones. La capacitación permite comprender los objetivos y límites de la intervención, reconocer las principales respuestas ante una crisis y desarrollar habilidades de comunicación y contención. A su vez, la existencia de lineamientos institucionales puede contribuir a reducir diferencias en la actuación entre los integrantes de los equipos de emergencia y favorecer una respuesta más organizada.

La ausencia de protocolos adquiere especial relevancia en la atención de víctimas de accidentes de tránsito. Cuando las acciones de apoyo emocional dependen exclusivamente de la experiencia individual del primer respondiente, pueden producirse diferencias en la manera de identificar necesidades, comunicarse con las víctimas, proporcionar contención o determinar cuándo se requiere una atención especializada. Por ello, la formación del personal y la estandarización de procedimientos constituyen componentes complementarios para incorporar los primeros auxilios psicológicos de manera sistemática a la atención prehospitalaria.

Las víctimas de accidentes de tránsito pueden experimentar consecuencias psicológicas desde las primeras horas posteriores al evento, especialmente cuando la respuesta de emergencia es desorganizada, contradictoria o carece de apoyo emocional oportuno. Entre

las manifestaciones que pueden presentarse se encuentran el estrés agudo, la ansiedad y la desorientación, mientras que determinadas condiciones pueden incrementar la vulnerabilidad ante alteraciones psicológicas posteriores. Al respecto, Núñez-Soliz et al. (2025) señalan que “factores como el poco soporte emocional en el medio social donde la persona se desenvuelve y la gravedad del incidente incrementan el riesgo de desarrollo del TEPT” (p. 1). Este planteamiento evidencia la relevancia del apoyo social y de las características del propio acontecimiento en la respuesta psicológica posterior.

En consecuencia, la incorporación de los primeros auxilios psicológicos en la atención prehospitalaria requiere articular tres componentes fundamentales: competencias del personal, capacitación específica y protocolos institucionales de actuación. Su integración permite avanzar hacia una respuesta que contemple tanto las necesidades físicas como las emocionales de las víctimas y facilite, cuando sea necesario, la continuidad de la atención mediante la referencia a servicios especializados. De este modo, el abordaje psicológico inicial se incorpora a una concepción integral y humanizada de la atención de las personas afectadas por accidentes de tránsito, sin exceder las funciones propias del personal de primera respuesta.

9.3. Evaluación de los primeros auxilios psicológicos y necesidades de formación del personal prehospitalario

Se realizó un estudio de alcance descriptivo y propositivo, con diseño no experimental y de corte transversal. La selección de los participantes se efectuó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con la disponibilidad del personal. Entre las limitaciones del estudio se





encuentra el tamaño de la muestra, que restringe la posibilidad de generalizar los resultados a otras unidades o contextos con características diferentes. Por esta razón, los hallazgos deben interpretarse considerando las particularidades de la población evaluada.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario elaborado mediante Google Forms, integrado por 10 preguntas dirigidas a identificar la percepción, los conocimientos y las necesidades formativas del personal de Protección Civil del estado de Tabasco respecto a la aplicación de primeros auxilios psicológicos en víctimas de accidentes de tránsito.

En cuanto a las consideraciones éticas, se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información recopilada. Asimismo, se contó con la autorización institucional y el consentimiento informado del personal participante. Durante el desarrollo del estudio se respetaron las disposiciones establecidas en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como los principios éticos aplicables a la investigación en salud.

A partir de la aplicación del cuestionario al personal de Protección Civil del municipio de Centro, Tabasco, se analizaron sus percepciones y conocimientos sobre los primeros auxilios psicológicos, así como las necesidades relacionadas con su aplicación durante la atención prehospitalaria de personas lesionadas en accidentes de tránsito.

En relación con los conocimientos para brindar primeros auxilios psicológicos, el 50 % de los participantes manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con poseer los conocimientos necesarios para proporcionar

apoyo psicológico inicial. En contraste, el 30 % indicó estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, mientras que el 20 % adoptó una posición neutral. Estos resultados evidencian una percepción heterogénea respecto al dominio de esta competencia y sugieren la necesidad de fortalecer la formación del personal, como se observa en la Figura 9.1.

Considero que cuento con los conocimientos necesarios para brindar Primeros Auxilios Psicológicos en accidentes de tránsito.
10 respuestas

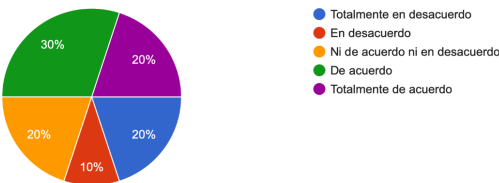


Figura 9.1. Percepción del personal sobre sus conocimientos para brindar primeros auxilios psicológicos.

En relación con la aplicación de técnicas de contención emocional durante la atención prehospitalaria, el 70 % de los participantes manifestó utilizarlas de manera habitual, mientras que el 20 % indicó no aplicarlas y el 10 % adoptó una posición neutral. Estos resultados evidencian que una proporción considerable del personal incorpora acciones de contención emocional durante la atención de las víctimas. Sin embargo, su aplicación puede presentar diferencias entre los profesionales debido a la ausencia de un protocolo específico que establezca criterios y procedimientos estandarizados para la intervención. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la formación del personal y establecer lineamientos que orienten la aplicación de los primeros auxilios psicológicos durante las emergencias, como se observa en la Figura 9.2.



Durante la atención prehospitalaria, aplico técnicas de contención emocional a las víctimas.
10 respuestas

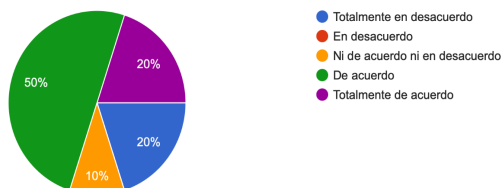


Figura 9.2. Aplicación de técnicas de contención emocional durante la atención prehospitalaria.

Al indagar sobre la importancia de brindar atención emocional a las personas lesionadas en accidentes de tránsito, el 80 % de los participantes manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que esta atención debe recibir una importancia equivalente a la atención física. Este resultado evidencia un alto nivel de sensibilización del personal respecto a la necesidad de abordar de manera integral las necesidades físicas y emocionales de las víctimas durante la atención prehospitalaria. Asimismo, refleja el reconocimiento de la dimensión psicológica como un componente relevante de la respuesta ante situaciones de emergencia, como se observa en la Figura 9.3.

La atención emocional es tan importante como la atención física en un accidente de tránsito.
10 respuestas

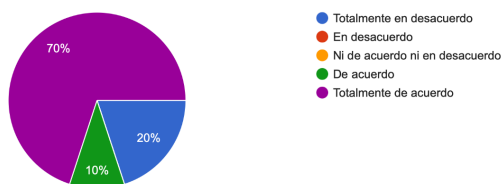


Figura 9.3. Valoración de la importancia de la atención emocional y física durante los accidentes de tránsito.

Asimismo, al indagar sobre la necesidad de fortalecer la capacitación en primeros auxilios

psicológicos, el 80 % de los participantes manifestó estar de acuerdo con recibir mayor formación en esta área, mientras que el 20 % expresó desacuerdo. Estos resultados evidencian una necesidad significativa de formación especializada orientada al desarrollo y fortalecimiento de las competencias necesarias para proporcionar apoyo psicológico inicial durante la atención prehospitalaria. Esta demanda formativa también refleja el interés del personal por mejorar su preparación para responder de manera adecuada ante las necesidades emocionales de las víctimas de accidentes de tránsito, como se observa en la Figura 9.4.

Considero necesario recibir mayor capacitación en Primeros Auxilios Psicológicos.
10 respuestas

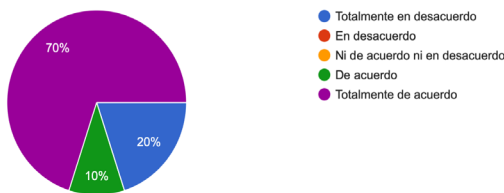


Figura 9.4. Necesidad de capacitación del personal en primeros auxilios psicológicos.

De igual manera, el 80 % de los participantes consideró que la implementación de un protocolo estandarizado de primeros auxilios psicológicos contribuiría a mejorar la calidad de la atención prehospitalaria. Este resultado evidencia una valoración favorable hacia el establecimiento de lineamientos institucionales que orienten y estandaricen la atención emocional de las víctimas durante situaciones de emergencia. La incorporación de un protocolo permitiría unificar criterios de actuación, reducir la variabilidad en las intervenciones y proporcionar al personal una guía para responder de manera organizada ante las necesidades psicológicas inmediatas de



las personas afectadas, como se observa en la Figura 9.5.

La implementación de un protocolo estandarizado de PAP mejoraría la calidad de la atención prehospitalaria.
10 respuestas

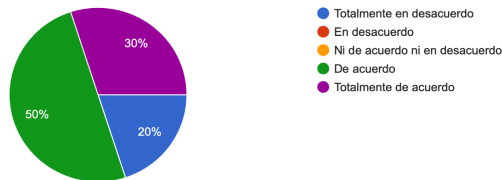


Figura 9.5. Percepción sobre la implementación de un protocolo estandarizado de primeros auxilios psicológicos.

Los resultados evidencian que el personal participante reconoce la importancia de los primeros auxilios psicológicos dentro de la atención prehospitalaria. No obstante, se identifican limitaciones relacionadas con los conocimientos percibidos, las necesidades de capacitación y la ausencia de protocolos estandarizados para orientar su aplicación. Estos hallazgos coinciden con Hermosilla et al. (2023), quienes señalan que los primeros auxilios psicológicos se han consolidado como una estrategia de intervención temprana destinada a atender las necesidades inmediatas de las personas expuestas a eventos traumáticos.

El hecho de que solo el 50 % de los participantes considere poseer los conocimientos necesarios para brindar primeros auxilios psicológicos evidencia una necesidad relevante de fortalecimiento formativo. Este resultado adquiere especial importancia si se considera que el personal de primera respuesta constituye, en numerosas ocasiones, el contacto inicial de las víctimas con el sistema de atención de emergencias. De acuerdo con Romero-Heredia y Guarnizo-Chávez (2022), la comunicación



empática, la escucha activa y la contención emocional constituyen elementos fundamentales para favorecer la estabilidad de las personas afectadas durante una situación de crisis.

Por otra parte, aunque el 70 % de los participantes manifestó aplicar técnicas de contención emocional durante la atención prehospitalaria, la ausencia de un protocolo institucional puede generar diferencias en los criterios y procedimientos utilizados. En este sentido, Gómez (2023) destaca la importancia de desarrollar los primeros auxilios psicológicos mediante procedimientos estructurados que permitan proporcionar apoyo emocional de forma sistemática y centrada en las necesidades de las personas afectadas. Por tanto, disponer de competencias individuales no resulta suficiente si estas no se acompañan de lineamientos institucionales que orienten y homogenicen la actuación del personal.

Otro resultado relevante es que el 80 % de los participantes considera que la atención emocional posee una importancia equivalente a la atención física durante un accidente de tránsito. Este resultado refleja una elevada sensibilización respecto a la necesidad de incorporar la dimensión psicológica en la atención integral de las víctimas. Asimismo, el 80 % manifestó la necesidad de recibir mayor capacitación en primeros auxilios psicológicos, lo que evidencia una disposición favorable hacia el fortalecimiento de las competencias profesionales. Estos resultados guardan correspondencia con Figueroa et al. (2022), quienes encontraron que las intervenciones tempranas basadas en primeros auxilios psicológicos pueden contribuir a disminuir los síntomas tempranos asociados al trauma.

De igual manera, el 80 % de los participantes consideró que la implementación de un protocolo estandarizado de primeros auxilios psicológicos





contribuiría a mejorar la calidad de la atención prehospitalaria. Este resultado refuerza la necesidad de avanzar desde prácticas sustentadas principalmente en la experiencia individual hacia procedimientos institucionales claramente definidos. La estandarización permitiría establecer criterios comunes para identificar necesidades emocionales, proporcionar contención inicial, orientar a las víctimas y determinar cuándo resulta necesaria la referencia a servicios especializados.

Los resultados permiten identificar tres necesidades estrechamente relacionadas: fortalecer la capacitación del personal, incorporar formalmente los primeros auxilios psicológicos en los procedimientos de atención prehospitalaria y establecer un protocolo institucional que oriente su aplicación. La evidencia analizada indica que la intervención psicológica temprana puede favorecer sentimientos de seguridad, calma y apoyo social ante acontecimientos potencialmente traumáticos (Hermosilla et al., 2023). Asimismo, Barrales (2019) destaca la relevancia de proporcionar atención psicológica oportuna en situaciones de emergencias y desastres.

Desde esta perspectiva, la incorporación formal de los primeros auxilios psicológicos en los procedimientos operativos de Protección Civil podría fortalecer la atención integral de las víctimas de accidentes de tránsito. Sin embargo, su implementación requiere trascender las iniciativas individuales y consolidarse mediante capacitación continua, procedimientos estandarizados, mecanismos de seguimiento y articulación con profesionales y servicios especializados en salud mental. De esta manera, la atención prehospitalaria puede avanzar hacia un modelo que responda de forma coordinada

tanto a las necesidades físicas como emocionales de las personas afectadas.

La investigación permitió identificar las principales necesidades relacionadas con la aplicación de primeros auxilios psicológicos durante la atención prehospitalaria proporcionada por el personal de Protección Civil del municipio de Centro, Tabasco. Los resultados muestran una valoración favorable de la atención emocional como parte del abordaje integral de las víctimas de accidentes de tránsito, pero también revelan necesidades de fortalecimiento en los conocimientos, la capacitación y la organización institucional de estas intervenciones.

Aunque una proporción importante del personal manifestó aplicar técnicas de contención emocional, estas acciones se desarrollan en ausencia de un protocolo institucional específico. Esta situación puede generar variaciones en los criterios y procedimientos utilizados durante la atención, por lo que resulta necesario establecer lineamientos que orienten la actuación del personal y delimiten claramente las acciones correspondientes al primer respondiente.

Asimismo, la disposición manifestada por la mayoría de los participantes hacia una mayor capacitación y la implementación de un protocolo evidencia condiciones favorables para fortalecer los primeros auxilios psicológicos dentro de la atención prehospitalaria. En este sentido, su incorporación sistemática puede contribuir a una respuesta más integral y humanizada ante los accidentes de tránsito, complementando la atención de las lesiones físicas con el reconocimiento oportuno de las necesidades emocionales.

Los hallazgos deben interpretarse considerando el tamaño y las características de la muestra





estudiada, por lo que no pueden generalizarse automáticamente a otras unidades de Protección Civil. No obstante, ofrecen un diagnóstico contextual que permite identificar necesidades formativas y organizacionales y constituye un punto de partida para el diseño de acciones orientadas a mejorar la atención emocional durante las emergencias.

A partir de los resultados obtenidos, se plantean las siguientes propuestas:

1. Diseñar e implementar un protocolo de primeros auxilios psicológicos dirigido al personal operativo de Protección Civil del municipio de Centro, Tabasco, que establezca procedimientos estandarizados para la intervención emocional temprana en víctimas de accidentes de tránsito.
2. Desarrollar un programa permanente de capacitación y actualización en primeros auxilios psicológicos para el personal de atención prehospitalaria, que integre contenidos teóricos y prácticos orientados al fortalecimiento de las competencias necesarias para la intervención emocional inicial.
3. Incorporar los primeros auxilios psicológicos en los procedimientos operativos de atención prehospitalaria, con el propósito de integrar de manera sistemática la atención de las necesidades físicas y emocionales de las víctimas.
4. Realizar simulacros y ejercicios prácticos que incorporen situaciones relacionadas con la respuesta psicológica ante emergencias y permitan fortalecer habilidades de comunicación empática, escucha activa, manejo de crisis y contención emocional.

5. Establecer mecanismos de evaluación y seguimiento que permitan verificar la aplicación del protocolo y valorar sus resultados en la calidad de la atención prehospitalaria.
6. Elaborar materiales de apoyo que faciliten la consulta y aplicación de los procedimientos de primeros auxilios psicológicos durante las situaciones de emergencia.
7. Ampliar futuras investigaciones mediante la incorporación de muestras más representativas y personal perteneciente a diferentes municipios del estado de Tabasco, con el propósito de generar evidencia que contribuya al desarrollo de protocolos y estrategias de alcance estatal.
8. Fortalecer la coordinación interinstitucional entre Protección Civil, los servicios de salud y los profesionales de la salud mental para favorecer la referencia oportuna y la continuidad de la atención de las víctimas que requieran asistencia psicológica especializada después de la emergencia.

Los resultados obtenidos en este estudio permiten comprender que la atención psicológica inmediata constituye una dimensión que debe integrarse de manera sistemática a la respuesta prehospitalaria ante accidentes de tránsito. Su incorporación supone avanzar hacia una concepción de la emergencia que no se limite a la estabilización física, sino que reconozca las respuestas emocionales de las víctimas como parte de las necesidades que pueden presentarse desde el primer contacto asistencial.

En este sentido, los primeros auxilios psicológicos adquieren relevancia como recurso para organizar el acompañamiento emocional inicial dentro de los límites de actuación del personal de primera respuesta. Su adecuada incorporación





puede favorecer una atención más coherente, humanizada y articulada con los servicios especializados cuando las necesidades de la persona afectada excedan las posibilidades de la intervención inmediata.

La investigación realizada aporta, además, un diagnóstico contextual que puede servir como punto de partida para orientar decisiones institucionales y futuras acciones de mejora en Protección Civil del municipio de Centro, Tabasco. Debido a las características y al tamaño de la muestra, los hallazgos deben circunscribirse al contexto analizado y no generalizarse a otras unidades o municipios.

El principal desafío no radica únicamente en reconocer la dimensión psicológica de las emergencias, sino en convertir ese reconocimiento en una práctica institucional organizada, evaluable y sostenible que contribuya a una respuesta prehospitalaria integral ante las necesidades de las víctimas.

Referencias

- Aguilar Zúñiga, J. B., & Espinoza Lucas, M. (2025). Impacto de la implementación de los protocolos de atención prehospitalaria en la calidad de atención médica de emergencia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 12172–12189. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16789
- Barrales Díaz, C. (2019). Atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres. *Horizonte Sanitario*, 18(1), 5–6. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000100005&lng=es

Díaz-Tamayo, A. M. (2021). Riesgos del personal que labora en atención prehospitalaria: Reto para los servicios de emergencia. *Salud Uninorte*, 37(3), 853–864. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.363.11>

Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Marín, H., Vergés, Á., Gillibrand, R., & Repetto, P. (2022). The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: Results of a randomized-controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2031829. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031829>

Garrido-Mancilla, P., & Reynaldós-Grandón, K. (2023). Beneficios y limitaciones al aplicar la tecnología a la integración de la atención prehospitalaria: Una revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 151(10), 1385–1395. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872023001001385>

Gómez Villalpando, A. (2023). Psicoeducación y primeros auxilios psicológicos. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 13(26), 86–101. <https://doi.org/10.56342/recip.vol13.n26.2023.19>

Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 36(1), 5–16. <https://doi.org/10.1002/jts.22888>

Romero-Heredia, N. A., & Guarnizo-Chávez, A. J. (2022). Enseñanza y formación en primeros auxilios psicológicos para profesionales de la salud. Su importancia en el contexto de COVID-19. *Acta Médica Colombiana*, 47(3). <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2234>



Tessier, M., Lamothe, J., & Geoffrion, S. (2022). Psychological first aid intervention after exposure to a traumatic event at work among emergency medical services workers. *Annals of Work Exposures and Health*, 66(7), 946–959. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxac013>



10.

Autocuidado en docentes de nivel superior: Motivaciones, impacto y desafíos para el bienestar integral

María Isabel
Villegas Ramírez

David Estrada Johnson

Rosa Estela
López Gómez

10.1. Fundamentos psicológicos y motivacionales del autocuidado docente

El interés científico por el autocuidado se remonta a mediados del siglo XX, cuando la constitución de la Organización Mundial de la Salud (2022) amplió la noción de salud más allá de la ausencia de enfermedad e incorporó el bienestar físico, psicológico y social. Desde entonces,



el concepto se ha desarrollado principalmente en los campos de la enfermería y la promoción de la salud, con la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem (1993) como uno de sus referentes más influyentes. Asimismo, ha sido abordado desde la filosofía mediante las reflexiones de Foucault sobre el cuidado de sí como práctica vinculada con la libertad y la transformación personal.

Buena parte de la literatura mantiene un enfoque sanitario y funcionalista centrado en la prevención de enfermedades específicas, lo que ha dejado menos exploradas las dimensiones subjetiva, holística e intencional del autocuidado, particularmente en poblaciones no clínicas como el profesorado universitario. La docencia de nivel superior constituye una profesión expuesta a importantes riesgos psicosociales. La sobrecarga administrativa y académica, la necesidad de actualización constante, la atención a las necesidades del estudiantado y la limitada disponibilidad de tiempo personal configuran un escenario que puede favorecer el desgaste físico, mental y emocional (Redondo-Trujillo et al., 2023;; Ruiz-Segarra et al., 2024; Silva Ribeiro et al., 2023).

En este contexto, el objetivo del presente capítulo es analizar las prácticas, las motivaciones, el impacto y los desafíos del autocuidado en docentes de nivel superior desde la perspectiva de la Psicología Humanista. La pertinencia del tema radica en que el desconocimiento de las formas en que el profesorado cuida de sí mismo limita el diseño de estrategias efectivas por parte de profesionales de la psicología y la salud, así como de las instituciones educativas. Además, puede perpetuar la concepción del bienestar docente como una responsabilidad exclusivamente individual, cuando en realidad se encuentra condicionado por factores personales, laborales, sociales y culturales.

El capítulo integra los hallazgos de una investigación cualitativa realizada con docentes de una universidad intercultural mexicana. Si bien sus resultados no son generalizables, permiten comprender las experiencias y particularidades del autocuidado en este contexto y ofrecen elementos de análisis que pueden resultar pertinentes para otros escenarios de educación superior. De esta manera, se busca contribuir a la comprensión de la relevancia del autocuidado y aportar elementos que favorezcan el diseño de estrategias y políticas institucionales orientadas al bienestar docente.

Desde una perspectiva conceptual, el autocuidado comprende acciones orientadas al cuidado de la propia persona y articula procesos de reflexión y actuación consciente (Cancio-Bello et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (2022) lo define como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades y afrontar la enfermedad y la discapacidad, con o sin el apoyo de un profesional sanitario. Orem (1993), por su parte, lo describe como un comportamiento dirigido por las personas hacia sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, con el propósito de regular los factores que afectan su desarrollo, funcionamiento, vida y bienestar.

Otras aproximaciones enfatizan el carácter procesual y voluntario del autocuidado. Aimaretti et al. (2019, como se citó en Cancio-Bello et al., 2020) lo conciben como un proceso que permite incrementar el control sobre la propia salud mediante conductas conscientes orientadas a regular variables cognitivas, emocionales y físicas relacionadas con el estrés. Aquino (2023) añade que el autocuidado requiere conciencia y reflexión sobre la salud física y mental, con repercusiones directas en los ámbitos familiar, laboral e





interpersonal. En conjunto, estas aproximaciones permiten comprender el autocuidado como una capacidad y un proceso intencional que trasciende la prevención de enfermedades e integra dimensiones cognitivas, emocionales, físicas y sociales, orientadas tanto al bienestar individual como a las relaciones con otras personas.

Foucault (1987) sitúa en la antigüedad grecorromana el cuidado de sí como un “arte de la existencia”, entendido como una relación consciente de la persona consigo misma que se configura como actitud, práctica social y campo de conocimiento. Desde esta perspectiva, el sujeto asume un papel activo y responsable en su propio proceso de transformación. Este planteamiento converge con Orem (1993), quien formuló la Teoría del Déficit de Autocuidado a partir de tres componentes fundamentales: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Su propuesta enfatiza la capacidad de la persona para actuar de manera consciente y satisfacer las necesidades relacionadas con su salud y bienestar.

Ambos enfoques han sido objeto de análisis por las limitaciones que presentan para abordar plenamente la experiencia subjetiva y la dimensión holística del bienestar (Arenas-Monreal et al., 2011). En este sentido, la Psicología Humanista ofrece un marco complementario para comprender el autocuidado desde una perspectiva centrada en la persona. Rogers (1961) concibe al individuo como agente activo de su propio crecimiento y destaca la autenticidad, la autorrealización y la responsabilidad personal como elementos vinculados con el bienestar psicológico. Desde esta perspectiva, el

autocuidado puede comprenderse mediante cinco dimensiones interrelacionadas: autoconocimiento, autoapoyo, autodeterminación, responsabilidad y autorrealización. Esta concepción integra las dimensiones física, emocional, mental, social y espiritual, y reconoce que el bienestar docente también requiere un equilibrio adecuado entre la vida laboral y personal (Cancio-Bello et al., 2020; Rivas-Espinosa et al., 2019).

Investigaciones recientes destacan, además, la importancia de recursos personales y condiciones relacionadas con el equilibrio entre las responsabilidades profesionales y la vida personal para el bienestar del profesorado (Neff, 2003; Velez-Cruz & Holstun, 2022). Estos aportes fortalecen la pertinencia de la Psicología Humanista como marco para comprender el autocuidado del profesorado universitario desde una perspectiva integral, en la que la persona participa activamente en la construcción de su bienestar y en el desarrollo de recursos para afrontar las exigencias de su actividad profesional.

La Teoría de la Motivación Humana de Maslow (1943, 1991) ofrece un marco para comprender las motivaciones que orientan las prácticas de autocuidado. Su jerarquía de necesidades, integrada por las necesidades fisiológicas, de seguridad, afiliación, estima y autorrealización, permite interpretar diferentes expresiones del autocuidado docente. Estas comprenden desde el descanso y la alimentación, vinculados con las necesidades fisiológicas, hasta la prevención de enfermedades y la estabilidad económica, relacionadas con la seguridad. Asimismo, incluye la convivencia familiar y comunitaria como expresión de afiliación, la valoración personal asociada con la estima y, en los niveles superiores, el desarrollo



del potencial personal y profesional relacionado con la autorrealización.

Dentro de la Psicología Humanista, la propuesta de Maslow (1991) constituye un referente para comprender el desarrollo del potencial humano. Desde esta perspectiva, el autocuidado puede abordarse no como una actividad aislada o exclusivamente orientada a responder ante problemas ya existentes, sino como un proceso continuo relacionado con el bienestar integral y el desarrollo personal y profesional. Esta concepción adquiere especial relevancia en contextos de elevada exigencia, como la educación superior, donde las demandas laborales pueden interferir con la satisfacción de necesidades fundamentales.

Esta perspectiva resulta pertinente para comprender las experiencias del personal docente de la Universidad Intercultural del Estado de Tabasco, ya que permite analizar cómo las prácticas de autocuidado se relacionan con la satisfacción de necesidades personales, sociales y profesionales. De esta manera, el cuidado de sí puede vincularse tanto con el bienestar individual como con las condiciones necesarias para afrontar las exigencias de la actividad docente y favorecer el desarrollo personal.

Al relacionar las dimensiones física, emocional, social, mental y espiritual del autocuidado con la jerarquía de necesidades de Maslow, las necesidades fisiológicas comprenden aspectos esenciales como la alimentación, el sueño y el descanso. En el ejercicio docente, estas necesidades pueden verse afectadas por las jornadas extensas y las responsabilidades académicas y administrativas. Su atención resulta fundamental para conservar las condiciones físicas y cognitivas necesarias para afrontar

las actividades cotidianas y responder a las exigencias profesionales.

Las necesidades de seguridad comprenden aspectos relacionados con la estabilidad laboral, la disponibilidad de recursos y la percepción de un entorno profesional seguro. En el ámbito docente, también pueden vincularse con la capacidad para establecer límites frente a la sobrecarga de responsabilidades y preservar espacios destinados al descanso y a la vida personal. Cuando estas condiciones se encuentran comprometidas, las posibilidades de mantener prácticas regulares de autocuidado pueden disminuir y afectar otras dimensiones del bienestar.

Las necesidades de pertenencia y apoyo social se relacionan con los vínculos interpersonales, la integración y el sentido de comunidad. En el contexto universitario, las relaciones con colegas, estudiantes, familiares y otros integrantes de la comunidad pueden constituir importantes fuentes de apoyo. Estas redes permiten compartir experiencias, recibir acompañamiento y construir respuestas ante las dificultades propias del ejercicio profesional. Su debilitamiento, por el contrario, puede favorecer sentimientos de aislamiento y aumentar la vulnerabilidad frente al desgaste laboral.

Las necesidades de estima comprenden tanto el reconocimiento recibido de otras personas como la valoración que el individuo realiza de sí mismo. En el profesorado, esta dimensión puede expresarse mediante el reconocimiento profesional, la confianza en las propias capacidades, la valoración de los logros alcanzados y el establecimiento de límites adecuados. El autoconocimiento y la autocompasión también pueden contribuir a desarrollar una relación más equilibrada consigo mismo y a afrontar de manera constructiva las



exigencias y valoraciones asociadas con la actividad académica.

Finalmente, la autorrealización representa el desarrollo de las capacidades y potencialidades personales. En este nivel, el autocuidado trasciende las acciones destinadas exclusivamente a responder a necesidades inmediatas y puede integrarse como parte de un proyecto de vida y de la identidad profesional. Desde esta perspectiva, cuidar de sí mismo implica procurar coherencia entre las necesidades personales, los valores, las aspiraciones y la práctica educativa, favoreciendo un ejercicio profesional que permita el crecimiento personal y el desarrollo de las propias potencialidades.

El concepto de capacidad de autocuidado, desarrollado por Orem (1993), se refiere a las habilidades que posee la persona para realizar acciones orientadas al cuidado de su propia salud y bienestar. Hernández (2018) señala que esta capacidad se relaciona con “la percepción de los participantes sobre sus habilidades para cuidar su salud de acuerdo a elementos que derivan de los componentes de poder” (p. 39). Desde esta perspectiva, el reconocimiento de las propias capacidades constituye un elemento relevante para adoptar y mantener conductas de autocuidado.

Sin embargo, la capacidad de autocuidado no depende exclusivamente de características individuales, sino que se encuentra condicionada por factores sociales y contextuales. Arenas-Monreal et al. (2011) distinguen diferentes formas de construcción de las prácticas de autocuidado, vinculadas tanto con acciones incorporadas a la vida cotidiana como con acciones derivadas de procesos reflexivos y experiencias significativas. Entre estas últimas

pueden encontrarse situaciones como una enfermedad propia o de una persona cercana, capaces de modificar la percepción de la salud y propiciar nuevas prácticas de cuidado. En estos procesos intervienen factores como las condiciones socioeconómicas, la ocupación, el sexo, el grupo étnico, la estructura familiar, la edad y las experiencias relacionadas con la enfermedad y la muerte.

En esta misma línea, Hernández (2018) clasifica los factores que intervienen en el autocuidado en internos y externos. Los factores internos o personales comprenden los conocimientos, la voluntad, las actitudes y los hábitos, aspectos susceptibles de modificarse mediante procesos de aprendizaje y reflexión. Los factores externos o ambientales incluyen condiciones culturales, políticas, económicas, tecnológicas, familiares y sociales que, aunque no dependen exclusivamente de la persona, pueden influir de manera significativa en sus posibilidades de desarrollar y mantener prácticas de autocuidado.

Esta relación entre las capacidades individuales y las condiciones del entorno permite comprender el autocuidado como un fenómeno que trasciende la responsabilidad personal. Baraona et al. (2020) refuerzan esta perspectiva al afirmar que “la capacidad de autocuidado tiene mucho que ver con el nivel socioeconómico y particularmente con el nivel educativo, es menor en situaciones de pobreza, desempleo, bajo apoyo social, escolarización incompleta, disfunción familiar, etc.” (p. 133). Este planteamiento adquiere especial relevancia en el ámbito de la docencia universitaria intercultural, donde las posibilidades de autocuidado pueden estar condicionadas tanto por los recursos personales como por las características laborales, económicas, familiares



y sociales del contexto en el que se desarrolla la actividad profesional.

10.2. Experiencias, prácticas y determinantes del autocuidado en docentes universitarios

El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, con un diseño fenomenológico hermenéutico y de estudio de caso, de carácter no experimental y con alcances exploratorio, descriptivo y narrativo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018; Mendivil, 2020). Esta perspectiva metodológica permitió recuperar y comprender las experiencias subjetivas del profesorado en torno al autocuidado, atendiendo a los significados contruidos a partir de sus propias vivencias.

Participaron catorce docentes de tiempo completo, medio tiempo y por servicios profesionales pertenecientes a una universidad intercultural mexicana. La selección se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia (Vizcaíno et al., 2023), procurando una participación equilibrada de siete hombres y siete mujeres, así como diversidad disciplinar. Todos los participantes contaban con más de dos años de antigüedad en la institución y otorgaron su consentimiento informado para participar en la investigación.

Para la recolección de la información se utilizó un guion de entrevista semiestructurada, seleccionado por su carácter flexible y dialógico, ya que permite “introducir preguntas adicionales a las previamente establecidas con el objeto de profundizar en un asunto en particular” (Arévalo-Chávez et al., 2020, p. 127). El guion se estructuró en cinco categorías de análisis relacionadas con los objetivos de la investigación y los fundamentos teóricos del estudio.



El procesamiento de la información se realizó mediante ATLAS.ti, versión 22, siguiendo un procedimiento sistemático. En primer lugar, las entrevistas fueron transcritas textualmente. Posteriormente, se realizó una codificación abierta a partir de cinco categorías iniciales: definición y conocimientos sobre el autocuidado, prácticas de autocuidado, capacidad de autocuidado, relación entre autocuidado, bienestar y motivaciones, y autocuidado frente a la carga laboral. Estas categorías se complementaron con códigos emergentes identificados durante el análisis de las narrativas. Finalmente, se elaboraron esquemas y tablas conceptuales que permitieron organizar e interpretar los hallazgos en relación con los antecedentes teóricos, con especial atención a la jerarquía de necesidades de Maslow y a los desafíos asociados con el bienestar docente. Este procedimiento permitió mantener la sistematicidad y el rigor requeridos en la investigación cualitativa (Arévalo-Chávez et al., 2020).

La investigación se desarrolló conforme a los principios éticos aplicables al ejercicio profesional de la psicología. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, quienes fueron informados sobre los objetivos y procedimientos del estudio, el carácter voluntario de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento. Asimismo, se garantizó la confidencialidad y el anonimato mediante la asignación de códigos y el almacenamiento seguro de la información. Las entrevistas se realizaron en espacios adecuados y libres de interferencias, procurando en todo momento el respeto a la dignidad y autonomía de los participantes. Además, se evitó la emisión de juicios durante la interacción y se contempló la devolución de los resultados, manteniendo criterios de integridad científica durante todo el proceso de investigación y análisis.



Los hallazgos que se presentan a continuación se organizan de acuerdo con el objetivo del presente capítulo: analizar las prácticas, las motivaciones, el impacto y los desafíos del autocuidado en docentes de nivel superior. La información proviene del análisis narrativo de las entrevistas realizadas al profesorado participante. Para preservar la confidencialidad y el anonimato, las voces de los participantes se identifican mediante la clave D., correspondiente a docente, seguida del número asignado a cada participante.

El análisis de las narrativas evidencia que el autocuidado es concebido como un fenómeno integral y multidimensional cuyo significado se construye a partir de la experiencia subjetiva. Los participantes reconocen que no existe una única manera de comprenderlo, sino que su significado se configura mediante las vivencias, los conocimientos y los procesos de reflexión de cada persona. Esta concepción se expresa en el siguiente testimonio:

“Yo creo que a partir de la palabra hacemos como esta relación de auto y el cuidado, que el cuidado es como esta palabra muy generalizada y que de alguna u otra manera, aunque existe un significado oficial nosotros le hemos construido un significado. Entonces a partir de esa relación, o sea, esa conexión es que uno lo define” (D.7).

A partir del análisis narrativo se identificaron ocho elementos recurrentes en la manera en que el profesorado comprende el autocuidado. El primero corresponde a la temporalidad, entendida como la continuidad de las prácticas de cuidado a lo largo de la vida. Esta concepción se refleja en la afirmación de que el autocuidado “debe ser desde joven y hasta que el cuerpo aguante, un acto cotidiano” (D.1).

El segundo elemento se relaciona con la capacidad y la conciencia personal para

gestionar el propio bienestar. Esta dimensión aparece vinculada con la prevención y con el reconocimiento de las posibilidades individuales para actuar sobre la propia salud, como se expresa al señalar que “es la capacidad que tiene uno para prevenir alguna enfermedad” (D.2).

El tercer elemento corresponde a la acción y se manifiesta mediante prácticas concretas que materializan el cuidado personal en la vida cotidiana. En este sentido, uno de los participantes expresa que “eso se ve reflejado en nuestras acciones . . . qué tanto nos cuidamos” (D.9).

El cuarto elemento evidencia el carácter individual y, al mismo tiempo, colectivo del autocuidado. Las responsabilidades familiares pueden transformar las motivaciones para cuidar de sí mismo y vincular el bienestar personal con el de otras personas. Esta relación se aprecia en el testimonio: “cuando ya somos mamás ya no sólo pensamos en nuestro bienestar, sino en el de esos otros . . . estoy consciente que tengo que estar bien para poder estar más tiempo con ellos” (D.7).

El quinto elemento comprende características psicológicas relacionadas con la autodeterminación, el autoapoyo y el autoconcepto. Desde esta perspectiva, el autocuidado se vincula con la valoración personal y con la búsqueda consciente del bienestar integral, como se expresa al plantear “qué tanto me quiero yo o quiero estar bien . . . no sólo emocional, físicamente, todos estos elementos” (D.7).

El sexto elemento corresponde a una concepción holística del autocuidado que integra las dimensiones física, emocional, mental, social y espiritual. Esta comprensión se refleja en el testimonio: “es el cuidar tus manos, tus pies, tu salud principalmente con la alimentación, con el





ejercicio, mentalmente también . . . hablar con Dios directamente también te ayuda” (D.11).

El séptimo elemento amplía esta concepción hacia la dimensión ambiental y evidencia que algunos participantes relacionan el cuidado personal con la responsabilidad hacia el entorno. Esta perspectiva se expresa cuando se afirma que “también el medio ambiente significa un cuidado . . . desde no tirar basura” (D.5).

Finalmente, el octavo elemento corresponde al propósito y a las motivaciones que sustentan el autocuidado. Estas se relacionan con la salud, la calidad de vida y la autorrealización, lo que permite trascender una concepción exclusivamente preventiva. Así se expresa al señalar que el propósito consiste en “no tanto en el sentido de alargar nuestra vida, sino más bien es aprovecharla al máximo” (D.10).

Las narrativas muestran que el profesorado concibe el autocuidado como una práctica consciente, continua y multidimensional que trasciende la prevención de enfermedades. Su significado integra la responsabilidad personal, las relaciones interpersonales, el entorno, la salud integral y la búsqueda de una vida satisfactoria. De esta manera, el autocuidado se configura como una construcción vinculada con las experiencias, necesidades y condiciones particulares de cada docente.

Las prácticas de autocuidado reportadas por los participantes pueden organizarse de acuerdo con los cinco niveles de necesidades propuestos por Maslow.

1. Necesidades fisiológicas. En este nivel destacan las prácticas relacionadas con la alimentación equilibrada, el descanso y la actividad física. Los participantes reconocen

estas acciones como componentes esenciales para conservar su salud y bienestar. Entre los testimonios se encuentran: “trato de balancear esa alimentación, que mis hijas coman frutas, verduras, carne” (D.1) y “hago ejercicio, al menos tres veces a la semana” (D.11).

2. Necesidades de seguridad. Se identificaron acciones orientadas a la prevención de enfermedades y a la protección frente a posibles riesgos. Estas prácticas muestran una actitud preventiva hacia la salud y la integridad personal, como se observa en los testimonios: “el tema de la medicina preventiva, trato de ir al día . . . voy a consulta, aunque no esté enfermo” (D.10) y “Fíjate que desde que tuve el accidente con el brazo ya soy muy cuidadosa en cuanto a no exponer mi vida” (D.4).
3. Necesidades sociales. Las prácticas asociadas con este nivel se manifiestan principalmente mediante la convivencia familiar, las relaciones de amistad y el mantenimiento de vínculos interpersonales significativos. Los participantes expresan la importancia de estos espacios al señalar “el convivir con mi familia, mi mamá, mi papá, mis hijos” (D.7) y “aparte voy a visitar a mi mamá o si no a los amigos, nos reunimos . . . En lo cotidiano pues, las relaciones y con las personas, diferentes tipos de personas y me facilita” (D.9).
4. Necesidades de estima. En este nivel se identifican prácticas relacionadas con la búsqueda de apoyo psicológico y el cuidado del bienestar emocional. La disposición para reconocer las propias necesidades y solicitar ayuda constituye una manifestación relevante del autocuidado, como expresa uno de los participantes: “busco terapia psicológica, no





siempre, pero sí he buscado una plática con algún especialista” (D.3).

5. Necesidades de autorrealización. En este nivel sobresalen las prácticas espirituales y las actividades relacionadas con el autoconocimiento, el crecimiento personal y el disfrute. Entre ellas se encuentra la oración, como se expresa en el testimonio “practico la oración en casa” (D.6). Asimismo, aparecen experiencias relacionadas con los viajes, el conocimiento de otras culturas, la espiritualidad, la lectura y la escritura: “Viajar, conocer otras culturas, también como que ir a la iglesia me hace sentir bien . . . A veces sobre las realidades que van pasando, leo y escribo, leo y escribo, sí a veces sobre mi persona” (D.10).

No obstante, se identificó un conjunto de prácticas de autocuidado deseadas, pero no realizadas de manera regular, que representan necesidades aún no satisfechas. Predominan las relacionadas con la dimensión física, particularmente el ejercicio, las revisiones médicas periódicas y el cuidado de la salud bucal y visual. Esta situación se refleja en expresiones como “ya tiene rato que no he hecho, la actividad física, casi no le he dedicado mucho tiempo” (D.14) y “no he completado la parte dental, no he ido a una limpieza dental . . . considero que mi autocuidado ahí está fallando” (D.6).

También se identificaron necesidades relacionadas con la convivencia familiar, expresadas mediante afirmaciones como “me gustaría cuidar más a mi mamá” (D.5) y “abrazar más de lo que se pueda” (D.9). En la dimensión emocional aparece el deseo de acudir a profesionales de la salud mental, como se evidencia en la expresión “ir con un profesional de salud mental . . . liberarme de algunas cosas” (D.2). Asimismo, se mencionaron

actividades vinculadas con el desarrollo personal y el disfrute, entre ellas retomar la lectura, la escritura, la pintura u otras aficiones postergadas: “quiero escribir, quiero escribir y quiero leer” (D.4) y “ahorita sí quisiera retomar la cuestión de la pintura . . . es una parte que a mí me caía bien” (D.7). La recurrencia de las prácticas físicas entre las actividades pendientes sugiere que, aunque los participantes reconocen su importancia, esta dimensión tiende a postergarse frente a las exigencias de la vida cotidiana y profesional.

Los relatos evidencian que el autocuidado no depende únicamente de la voluntad individual, sino de la interacción entre las capacidades personales y los recursos externos disponibles. En este sentido, los participantes identificaron diversos factores personales, familiares, sociales y contextuales que facilitan el cuidado de sí mismos.

1. Formación profesional y académica. Los docentes con formación en áreas relacionadas con la salud o con responsabilidades de liderazgo en programas educativos manifiestan una mayor conciencia sobre determinadas prácticas de cuidado. Asimismo, algunos se perciben como referentes para otras personas, lo que puede favorecer la incorporación de prácticas saludables.
2. Identificación y utilización de servicios profesionales. Los participantes reconocen la importancia de acudir a profesionales de la nutrición, la psicología y otras áreas especializadas cuando requieren apoyo para atender necesidades específicas relacionadas con su salud y bienestar.
3. Acceso a información especializada. Los recursos digitales y bibliográficos constituyen



medios que facilitan el acceso a conocimientos relacionados con la salud y pueden orientar la toma de decisiones sobre las prácticas de autocuidado.

4. Apoyo familiar. La familia aparece como un espacio relevante para la adquisición y transmisión de hábitos de cuidado. Los participantes reconocen prácticas saludables aprendidas principalmente de sus madres y destacan la importancia de transmitir estos aprendizajes a sus propios hijos.
5. Contexto rural. Las características del entorno rural pueden favorecer determinadas prácticas de autocuidado, entre ellas el acceso a productos naturales y la percepción de seguridad para realizar actividades como caminar por las calles de la comunidad.
6. Experiencias de salud propias y del entorno cercano. Los problemas de salud y la presencia de enfermedades crónicas en familiares incrementan la conciencia sobre la importancia de adoptar medidas preventivas y mantener prácticas orientadas al cuidado de la salud.
7. Cuidado colectivo en el espacio laboral. Las relaciones entre colegas constituyen una fuente de apoyo y acompañamiento que puede contribuir al bienestar individual y colectivo dentro del entorno de trabajo.

En contraste, los participantes identificaron tres condiciones externas que dificultan el desarrollo y la continuidad de las prácticas de autocuidado.

1. Condición económica. Las limitaciones económicas pueden restringir el acceso a una alimentación saludable, servicios profesionales y otros recursos relacionados con el bienestar.

Esta dificultad se evidencia en expresiones como “es más fácil comprar una coca cola en el súper que comprar verduras . . . el autocuidado también cuesta” (D.5) y “dinero, tiempo y disciplina . . . tal vez con mejores instalaciones o mejores oportunidades para poder seguirnos cuidando” (D.12).

2. Condiciones laborales. Las características del entorno de trabajo, la disponibilidad de infraestructura y la existencia de políticas institucionales orientadas al bienestar pueden facilitar o limitar las prácticas de autocuidado. Uno de los testimonios refleja esta situación al señalar que “aquí en la escuela estaría bien que manejaran esa cuestión de la dieta . . . a veces no hay agua ni siquiera para lavarse las manos” (D.8).
3. Disponibilidad de tiempo. La falta de tiempo constituye uno de los desafíos más recurrentes en las narrativas, particularmente por la coexistencia de responsabilidades docentes, familiares y domésticas. Los participantes expresan esta dificultad al señalar que “no es que se me dificulten físicamente hacerlas, sino que no tengo la disponibilidad del tiempo . . . ¿en qué tiempo haces ejercicio?” (D.7) y “de qué me sirve el gimnasio al aire libre si no tenemos el tiempo para usarlo” (D.4).

Estos resultados demuestran que las posibilidades de autocuidado del profesorado se configuran mediante la interacción entre recursos personales y condiciones familiares, sociales, económicas y laborales. Por tanto, las prácticas de cuidado no pueden comprenderse únicamente como resultado de decisiones individuales, sino como acciones condicionadas por las oportunidades, los recursos y las limitaciones presentes en el entorno cotidiano de los participantes.





Las narrativas también permiten identificar las principales motivaciones que impulsan las prácticas de autocuidado. Estas se agruparon en cinco categorías: experiencias personales de enfermedad, enfermedades presentes en el entorno familiar, deseo de conservar la salud y la autonomía a futuro, cuidado de sí mismo orientado al bienestar de otras personas y amor propio. La síntesis de estas motivaciones se presenta en la Tabla 10.1.

Tabla 10.1. Motivaciones detonantes para el autocuidado en docentes de nivel superior.

Categoría	Evidencia narrativa (fragmentos)
Experiencias personales de enfermedad	“Tuve que enfermarme para hacer las prácticas del autocuidado... recordarme enfermo me motivaba a no volver a repetir ese estado de salud” (D.3.).
Enfermedades en el entorno familiar	“Mi mamá es diabética... a veces me da un poco de temor de que yo pueda tener la diabetes... por eso trato de cuidarme” (D.1.).
Mantener salud, calidad de vida y autonomía	“Si yo me cuido puedo ser lo que uno quiera... si estuviera bien pues no puedo, ese es mi mayor motivación” (D. sin identificar).
Cuidado de los demás	“Cuando ya somos mamás ya no sólo pensamos en nuestro bienestar, sino el bienestar de esos otros... tengo que estar bien para poder estar más tiempo con ellos” (D.7.).
Amor propio	“Por amor propio y porque últimamente he encontrado un poquito más de sentido al porqué debo de autocuidarme... sí vale la pena estar día a día” (D.14.).

Los docentes definen el bienestar como una experiencia subjetiva que trasciende la dimensión económica y la ausencia de enfermedad, al integrar componentes físicos, mentales y emocionales. Esta concepción se refleja en el testimonio: “el estar bien . . . significa que esté

física y emocionalmente y que de alguna manera esté consciente de que las cosas que estoy haciendo son para el beneficio de mi cuerpo . . . en toda su dimensión” (D.7).

A partir de las narrativas se identificaron dos tipos de impacto del autocuidado sobre el bienestar. El primero, de carácter hedónico, se relaciona con beneficios inmediatos asociados con el placer, la relajación y los estados emocionales positivos. Entre estas experiencias se encuentra la sensación de relajación derivada de determinadas prácticas: “el ejercicio te ayuda a despejar la mente” (D.1) y “hay una práctica de autocuidado que me resulta muy fácil y me relaja mucho, escuchar música . . . es lo que más me gusta” (D.5). Asimismo, los participantes reconocen efectos favorables sobre el estado de ánimo y la claridad mental: “en el ejercicio olvido todo . . . pienso mejor las cosas” (D.11) y “solito ahí mirando y escuchando el mar como que la mente se va . . . siento que eso me da energía, como que me llena” (D.12).

El segundo tipo de impacto, de carácter eudaimónico, se relaciona con beneficios que trascienden la satisfacción inmediata y se proyectan hacia el mantenimiento de la salud, la autonomía y la capacidad para desarrollar las actividades cotidianas. Esta perspectiva se manifiesta en expresiones como “el autocuidado nos ayuda a que nuestro estado de salud se mantenga lo más estable posible . . . ahorrarme quizás tratamientos” (D.10). Asimismo, uno de los participantes vincula directamente el cuidado de la salud con su capacidad funcional al señalar: “si no me cuido me enfermo y mi desempeño ya no va a tener ni ganas de hacer nada . . . tengo que estar bien para poder hacer mis actividades” (D.6). Esta proyección hacia el futuro también aparece asociada con un envejecimiento en mejores





condiciones: “que llegues a ser un adulto mayor y que lo logres con las mejores condiciones físicas que se pueda” (D.3).

Ambas formas de bienestar se entrelazan en las experiencias del profesorado y no se presentan como dimensiones excluyentes. Una misma práctica de autocuidado, como la actividad física, la convivencia familiar, la música o el contacto con entornos significativos, puede proporcionar satisfacción y relajación inmediatas y, simultáneamente, contribuir al mantenimiento de la salud, la autonomía y el funcionamiento cotidiano a largo plazo. De este modo, las narrativas permiten comprender que el impacto del autocuidado se manifiesta tanto en la experiencia presente de bienestar como en la construcción de condiciones favorables para la calidad de vida futura.

10.3. Autocuidado y bienestar docente: interpretación, desafíos e implicaciones

Los hallazgos obtenidos permiten analizar las prácticas, las motivaciones, el impacto y los desafíos asociados con el autocuidado en docentes de nivel superior, así como contrastar las experiencias de los participantes con los principales referentes teóricos y empíricos revisados. La discusión se estructura a partir de los significados atribuidos al autocuidado, las prácticas desarrolladas, las capacidades y condiciones que favorecen o limitan su realización, las motivaciones que las impulsan y su impacto en el bienestar. Esta organización permite identificar coincidencias, aportes y particularidades de los resultados respecto de la literatura existente.

La manera en que los docentes conciben el autocuidado como capacidad, proceso continuo y experiencia holística coincide con el

planteamiento humanista de que el bienestar no puede comprenderse mediante componentes aislados, sino desde la integración de las distintas dimensiones de la persona (Van der Merwe & Habron, 2015).

Un hallazgo relevante es el reconocimiento simultáneo del carácter individual y colectivo del autocuidado. Para los participantes, cuidar de sí mismos también representa una condición necesaria para mantener vínculos familiares, laborales y educativos significativos. Esta concepción permite ampliar las interpretaciones centradas exclusivamente en la responsabilidad individual y establecer una relación con las necesidades de pertenencia planteadas por Maslow. En el contexto de la educación superior, el autocuidado adquiere así una dimensión relacional, pues se construye y sostiene mediante los vínculos establecidos con la familia, los colegas, los estudiantes y la comunidad.

La temporalidad constituye otro elemento relevante en las narrativas. Los participantes conciben el autocuidado como un proceso continuo que requiere constancia y permanencia a lo largo de la vida, en concordancia con Maslow (1991), quien plantea la satisfacción de las necesidades como un proceso dinámico. Desde esta perspectiva, el autocuidado no responde únicamente a situaciones específicas de enfermedad o malestar, sino que forma parte de un proceso permanente de atención a las propias necesidades y de desarrollo personal.

La capacidad que los docentes atribuyen al autocuidado también guarda relación con el principio de agencia personal presente en la Psicología Humanista. Rogers (1961) sostiene que las personas poseen una tendencia hacia el crecimiento y el desarrollo de sus potencialidades.





En este sentido, cuando los participantes relacionan el autocuidado con la conciencia, el autoconocimiento y la responsabilidad personal, reconocen su capacidad para participar activamente en la construcción de su bienestar. Sin embargo, los resultados también muestran que el ejercicio de esta capacidad se encuentra condicionado por las circunstancias sociales, familiares, económicas y laborales.

Asimismo, la concepción holística expresada por los participantes integra las dimensiones física, emocional, mental, social y espiritual. Esta perspectiva permite comprender el autocuidado como una práctica que trasciende la atención del cuerpo y la prevención de enfermedades para incorporar diferentes dimensiones de la experiencia humana. El hallazgo coincide con estudios que reconocen el carácter multidimensional del autocuidado y la necesidad de considerar diferentes ámbitos del bienestar de la persona (Xocop Morales & Cardona de Chavac, 2020; Rettig et al., 2023).

La distribución de las prácticas identificadas entre los diferentes niveles de necesidades propuestos por Maslow permite utilizar este marco teórico para interpretar las experiencias de autocuidado del profesorado. Sin embargo, los resultados muestran que estas necesidades no se manifiestan de manera rígida o secuencial, sino que pueden coexistir y relacionarse en las prácticas cotidianas.

Las necesidades fisiológicas concentran una parte importante de las prácticas reportadas. La alimentación, el descanso y la actividad física aparecen como componentes esenciales del cuidado personal, aunque su realización no es homogénea entre los participantes. La alimentación saludable se encuentra más

incorporada a las rutinas cotidianas, mientras que la actividad física y el descanso aparecen también entre las prácticas que algunos docentes desean realizar con mayor frecuencia. Esta diferencia evidencia una distancia entre el reconocimiento de la importancia del autocuidado y las posibilidades reales de incorporarlo de manera constante a la vida cotidiana.

Las necesidades de seguridad se expresan principalmente mediante acciones de prevención, atención médica y protección frente a riesgos. Estas prácticas adquieren especial relevancia entre los docentes que han experimentado problemas de salud o han observado enfermedades en personas de su entorno cercano. Los resultados sugieren que la experiencia de enfermedad puede modificar la percepción de vulnerabilidad y favorecer la adopción de conductas preventivas, lo que coincide con los planteamientos de Macías-Alvia et al. (2020) sobre la relevancia del autocuidado para la preservación de la salud. En este sentido, la prevención no responde únicamente al conocimiento sobre prácticas saludables, sino también a experiencias personales y familiares que incrementan la conciencia sobre la necesidad de cuidar la propia salud.

Las necesidades sociales se satisfacen principalmente mediante la convivencia familiar y las relaciones de amistad. Estos vínculos constituyen fuentes de apoyo emocional, acompañamiento y pertenencia que contribuyen al bienestar del profesorado, en concordancia con la literatura que reconoce la relevancia del apoyo social en los procesos de autocuidado y bienestar (Díaz de León et al., 2023; Muñoz et al., 2024). Los resultados sugieren que las relaciones interpersonales no representan únicamente una necesidad que debe satisfacerse, sino también



un recurso que facilita el afrontamiento de las exigencias de la vida cotidiana y profesional.

Las necesidades de estima se manifiestan mediante prácticas relacionadas con el autoconocimiento, la búsqueda de apoyo psicológico y el establecimiento de límites. La decisión de recurrir a profesionales de la salud mental evidencia el reconocimiento de las propias necesidades y la disposición para movilizar recursos orientados al bienestar. Esta capacidad de autorregulación resulta relevante para el autocuidado docente (Redondo-Trujillo et al., 2023). Asimismo, la autoaceptación, la valoración personal y el amor propio emergen como elementos que favorecen el desarrollo individual y guardan correspondencia con los principios de la Psicología Humanista (Villarreal-Silva & Rodríguez-Bustamante, 2020).

Las necesidades de autorrealización se expresan principalmente mediante actividades espirituales y experiencias vinculadas con el crecimiento personal, el autoconocimiento y la búsqueda de sentido. La oración y la participación en actividades religiosas aparecen en las narrativas como prácticas que proporcionan bienestar y favorecen la conexión con propósitos personales. Este hallazgo muestra que la dimensión espiritual ocupa un lugar relevante dentro de las prácticas de autocuidado de algunos participantes y amplía la comprensión del bienestar más allá de sus componentes físicos y psicológicos.

Los hallazgos evidencian que la capacidad de autocuidado no depende exclusivamente de características individuales. Los docentes identifican recursos personales y contextuales que favorecen sus prácticas, entre ellos la formación profesional, el acceso a información especializada, el apoyo familiar, la utilización de

servicios profesionales y las características del entorno. Paralelamente, reconocen condiciones económicas, laborales y temporales que dificultan la incorporación y continuidad de estas prácticas.

El acceso y la búsqueda de información constituyen recursos relevantes para el cuidado de la salud. Los participantes con mayor acceso a conocimientos especializados muestran posibilidades para identificar necesidades y tomar decisiones relacionadas con su bienestar. Este resultado coincide con estudios que vinculan la educación y el acceso a información con una mayor capacidad de autocuidado (Cuevas Muñiz & Cabello Garza, 2023; Muñoz et al., 2024). De esta manera, el conocimiento puede funcionar como un recurso que fortalece la autonomía y facilita la adopción consciente de determinadas prácticas.

La familia también se configura como un espacio fundamental para el aprendizaje del autocuidado. Los hábitos relacionados con la alimentación, la higiene, la prevención y las prácticas espirituales son reconocidos por los participantes como aprendizajes transmitidos entre generaciones, principalmente dentro del entorno familiar. Este resultado coincide con Holguín-Lezcano et al. (2020), quienes destacan la influencia de los factores sociales en la construcción de las prácticas de autocuidado. Los hallazgos muestran, además, un proceso de continuidad generacional, pues algunos docentes no solo reconocen los aprendizajes recibidos, sino que procuran transmitirlos a sus hijos.

En contraste con estos recursos, las condiciones económicas, laborales y la disponibilidad de tiempo constituyen las principales barreras para el autocuidado. Los resultados muestran que estas dificultades no pueden atribuirse únicamente a la





falta de voluntad o motivación individual, debido a que se encuentran vinculadas con condiciones externas que delimitan las posibilidades reales de adoptar y mantener determinadas prácticas. En consecuencia, el autocuidado debe comprenderse como el resultado de la interacción entre la responsabilidad personal y las condiciones sociales e institucionales en las que se desarrolla la vida cotidiana.

La condición económica limita particularmente el acceso a una alimentación saludable, servicios especializados y otros recursos asociados con el bienestar. La expresión de uno de los participantes de que “el autocuidado también cuesta” sintetiza esta relación entre recursos materiales y posibilidades de cuidado. Estos resultados coinciden con investigaciones que reconocen la influencia de las condiciones socioeconómicas sobre las prácticas de autocuidado (Muñoz et al., 2024).

Sin embargo, los resultados muestran que la disponibilidad de tiempo constituye una barrera especialmente relevante para el profesorado estudiado. Las responsabilidades académicas, administrativas, familiares y domésticas reducen las oportunidades para realizar actividad física, mantener una alimentación adecuada, descansar o dedicar tiempo a las relaciones familiares y al desarrollo personal. Esta situación revela una tensión entre las exigencias profesionales y los recursos personales disponibles para sostener el bienestar.

Las condiciones laborales también adquieren una importancia particular. La falta de infraestructura adecuada, recursos básicos y políticas institucionales orientadas al bienestar puede limitar las posibilidades de autocuidado incluso cuando existe disposición individual para desarrollarlo.

En este sentido, los hallazgos permiten superar una interpretación exclusivamente personal del autocuidado y reconocer la responsabilidad que también corresponde a las instituciones educativas en la creación de condiciones favorables para el bienestar del profesorado.

Esta interpretación encuentra respaldo en Charria Ortiz et al. (2022); y Torres Criollo et al. (2026), quienes destacan la relación entre las condiciones laborales, el apoyo institucional y el bienestar docente. No obstante, los resultados del presente estudio aportan un elemento adicional al mostrar que la disponibilidad de infraestructura o recursos para el autocuidado puede resultar insuficiente cuando el profesorado carece del tiempo necesario para utilizarlos. Por ello, las estrategias institucionales orientadas al bienestar no deberían limitarse a proporcionar espacios, servicios o actividades, sino considerar también la distribución de las cargas académicas y administrativas, así como la disponibilidad efectiva de tiempo para el cuidado personal.

Estos resultados muestran que el autocuidado docente surge de una relación dinámica entre capacidades personales, recursos sociales y condiciones institucionales. Esta perspectiva evita responsabilizar exclusivamente al profesorado por su bienestar y permite comprender que la promoción efectiva del autocuidado requiere tanto el desarrollo de capacidades individuales como la creación de condiciones laborales que hagan posible ejercerlas.

Las motivaciones identificadas muestran que el autocuidado docente responde a múltiples factores que pueden coexistir y transformarse a lo largo del tiempo. Aunque estas motivaciones guardan relación con los distintos niveles de la jerarquía de necesidades de Maslow, los hallazgos evidencian





que no siguen necesariamente una secuencia lineal, sino que surgen de la interacción entre experiencias personales, condiciones familiares, expectativas de futuro y procesos de valoración personal.

Las experiencias personales de enfermedad constituyen uno de los principales detonantes del autocuidado. La percepción de vulnerabilidad física puede generar una mayor conciencia sobre la necesidad de proteger la salud y favorecer la incorporación de prácticas preventivas. Este resultado puede relacionarse con los planteamientos de Orem (1993), en tanto una necesidad de cuidado identificada moviliza acciones dirigidas a preservar o recuperar el bienestar.

De manera similar, las enfermedades presentes en el entorno familiar funcionan como experiencias que incrementan la percepción del riesgo y favorecen comportamientos preventivos. Observar las consecuencias de determinadas enfermedades en padres, hermanos, parejas u otros familiares puede modificar la manera en que la persona interpreta su propia salud y estimular decisiones orientadas a evitar o retrasar problemas similares. Este hallazgo coincide con Arenas-Monreal et al. (2011), quienes reconocen la influencia de las experiencias personales y familiares de enfermedad en la construcción del autocuidado.

El cuidado orientado hacia otras personas constituye otra motivación relevante. En las narrativas, el bienestar propio adquiere significado en función de la posibilidad de continuar acompañando y cuidando a familiares y personas cercanas. De esta manera, el autocuidado deja de responder exclusivamente a una finalidad individual y adquiere una dimensión relacional:

cuidarse permite conservar las condiciones físicas y emocionales necesarias para mantener los vínculos y responsabilidades de cuidado.

Por su parte, el amor propio representa una motivación estrechamente relacionada con la valoración personal y el desarrollo integral. Cuando el autocuidado surge del reconocimiento de las propias necesidades y del deseo consciente de bienestar, deja de constituir únicamente una respuesta ante la enfermedad o el riesgo y comienza a integrarse como parte de un proyecto personal. Esta interpretación guarda correspondencia con los postulados de la Psicología Humanista sobre la autoaceptación, el autoconocimiento y el desarrollo del potencial humano (Rogers, 1961).

En conjunto, las motivaciones identificadas, entre ellas las experiencias de enfermedad propia o familiar, la búsqueda de salud y autonomía, el cuidado de otras personas y el amor propio, muestran la coexistencia de diferentes formas de aproximarse al autocuidado. Algunas prácticas pueden originarse como respuesta ante una necesidad de salud, mientras que otras se desarrollan desde una orientación preventiva y desde la búsqueda consciente del bienestar y la realización personal (Maslow, 1991; Orem, 1993).

Esta coexistencia resulta relevante porque una misma persona puede manifestar simultáneamente diversas motivaciones para cuidarse. Desde la teoría de la autodeterminación, este proceso puede comprenderse como una progresiva internalización de las razones que sustentan determinadas conductas. Una práctica inicialmente impulsada por circunstancias externas puede adquirir posteriormente un significado personal y mantenerse porque la persona reconoce su valor para el propio bienestar (Ryan & Deci, 2000). En





consecuencia, la continuidad del autocuidado no parece depender de una única motivación, sino de la capacidad de integrar estas prácticas en los valores, necesidades y proyectos personales.

Los hallazgos muestran que las prácticas de autocuidado producen efectos tanto inmediatos como sostenidos en el bienestar del profesorado. Estos resultados pueden interpretarse desde las dimensiones hedónica y eudaimónica del bienestar, que permiten distinguir entre las experiencias vinculadas con emociones agradables y aquellas relacionadas con el desarrollo personal, el funcionamiento y la construcción de una vida significativa.

El bienestar hedónico se manifiesta mediante sensaciones de relajación, tranquilidad, energía y mejor estado de ánimo. Prácticas como la actividad física, escuchar música, convivir con familiares o disfrutar de espacios significativos proporcionan experiencias agradables que permiten disminuir temporalmente la tensión asociada con las exigencias cotidianas. Estos hallazgos coinciden con Aimaretti et al. (2019), al reconocer la relevancia de las prácticas de autocuidado para afrontar las demandas vinculadas con la actividad docente.

No obstante, el impacto del autocuidado trasciende estos beneficios inmediatos. Las narrativas también muestran una dimensión eudaimónica relacionada con el mantenimiento de la salud, la autonomía, el desempeño cotidiano y la posibilidad de alcanzar un envejecimiento en mejores condiciones. Desde esta perspectiva, cuidarse adquiere un sentido que se proyecta hacia el futuro y se vincula con la capacidad de conservar la funcionalidad, continuar desarrollando actividades significativas

y mantener una vida coherente con los propios propósitos.

Ambas dimensiones no deben interpretarse como opuestas. Los resultados muestran que una misma práctica puede proporcionar satisfacción inmediata y, simultáneamente, contribuir a objetivos de bienestar a largo plazo. La actividad física, por ejemplo, puede generar relajación y mejorar el estado de ánimo en el presente, pero también favorecer el mantenimiento de la salud y la autonomía futura. Esta integración permite comprender el autocuidado como una práctica que articula satisfacción, funcionamiento y propósito.

Desde esta perspectiva, el bienestar docente no depende únicamente de reducir el malestar, sino también de disponer de condiciones que permitan desarrollar capacidades, mantener relaciones significativas y construir proyectos personales y profesionales. La teoría de la autodeterminación contribuye a esta interpretación al destacar la importancia de la autonomía y de la internalización de las motivaciones para el mantenimiento de conductas asociadas con el bienestar (Ryan & Deci, 2000).

Los resultados permiten comprender el autocuidado docente como un fenómeno multidimensional en el que convergen significados construidos desde la experiencia, prácticas asociadas con diferentes necesidades, capacidades personales, recursos sociales, motivaciones y condiciones institucionales. Las prácticas identificadas abarcan desde necesidades fisiológicas y de seguridad hasta experiencias vinculadas con la estima, la espiritualidad y la autorrealización, lo que confirma que el cuidado de sí mismo trasciende una concepción exclusivamente preventiva.

Asimismo, los resultados muestran que la capacidad de autocuidado se encuentra





condicionada por factores económicos, familiares, laborales y temporales. Por ello, promover el bienestar del profesorado requiere superar los enfoques centrados exclusivamente en la responsabilidad individual. El fortalecimiento del autocuidado demanda desarrollar recursos personales y, simultáneamente, generar condiciones institucionales que permitan disponer de tiempo, infraestructura, apoyo y oportunidades reales para ejercerlo. Desde esta perspectiva, el autocuidado se configura como una responsabilidad compartida entre el docente y la institución educativa, orientada no solo a prevenir el desgaste, sino a favorecer el bienestar integral y el desarrollo personal y profesional.

El profesorado participante concibe el autocuidado como un conjunto de acciones conscientes y voluntarias orientadas al bienestar personal y al de las personas con quienes mantiene vínculos afectivos significativos. Las motivaciones que sustentan estas prácticas abarcan desde necesidades relacionadas con la seguridad y la conservación de la salud, en ocasiones activadas por experiencias de enfermedad propia o familiar, hasta aspiraciones vinculadas con el amor propio, la autorrealización y el propósito vital. Estos hallazgos evidencian que los significados y las prácticas de autocuidado se configuran a partir de las experiencias y características psicológicas, familiares y sociales del profesorado, sin desconocer la influencia de las condiciones laborales compartidas. Asimismo, los resultados respaldan la pertinencia de la jerarquía de necesidades de Maslow como marco para interpretar las motivaciones asociadas con el autocuidado, aunque muestran que las necesidades sociales y de estima no necesariamente funcionan como etapas superadas, sino como dimensiones que

permanecen activas y se relacionan con otros niveles de necesidad.

Entre los principales hallazgos se identificó que el autocuidado es comprendido a partir de ocho elementos recurrentes: temporalidad, capacidad, acción, carácter individual y colectivo, características psicológicas, concepción holística, dimensión ambiental y propósito. Las prácticas realizadas abarcan los diferentes niveles de necesidades propuestos por Maslow, con una presencia importante de aquellas relacionadas con la dimensión fisiológica. Sin embargo, también se identificaron prácticas deseadas que no siempre pueden realizarse, entre ellas la actividad física, las revisiones médicas, la convivencia familiar, la atención psicológica y las actividades creativas. Esta diferencia entre las prácticas reconocidas como necesarias y aquellas efectivamente realizadas revela la existencia de necesidades de autocuidado aún no satisfechas.

La capacidad de autocuidado se encuentra determinada tanto por recursos personales, como los conocimientos, las actitudes, los hábitos y la disposición para cuidarse, como por condiciones externas de carácter económico, familiar, laboral e institucional. Entre estas últimas, la disponibilidad de tiempo constituye uno de los desafíos más recurrentes, debido a la coexistencia de responsabilidades académicas, administrativas, familiares y domésticas. A su vez, las motivaciones combinan respuestas ante experiencias de enfermedad con razones orientadas hacia el futuro, como conservar la autonomía, cuidar de otras personas, fortalecer el amor propio y alcanzar el desarrollo personal. El impacto del autocuidado también presenta una doble expresión, pues proporciona beneficios inmediatos asociados con la relajación y las emociones positivas, al tiempo





que contribuye al mantenimiento de la salud, la autonomía y el bienestar a largo plazo.

Los resultados aportan elementos relevantes para comprender el autocuidado en el ámbito de la educación superior. Desde el punto de vista teórico, muestran que el autocuidado docente trasciende una concepción exclusivamente biomédica o conductual y requiere una perspectiva integral que incorpore la experiencia subjetiva, las relaciones interpersonales y las condiciones sociales e institucionales. En este sentido, los hallazgos fortalecen la utilidad de la Psicología Humanista para analizar el bienestar en poblaciones no clínicas sometidas a contextos laborales de elevada exigencia.

En el ámbito práctico, los resultados permiten identificar condiciones concretas que dificultan la continuidad de las prácticas de autocuidado, particularmente la falta de tiempo, la sobrecarga laboral y las limitaciones económicas e institucionales. Su reconocimiento proporciona elementos para orientar acciones de promoción del bienestar que respondan a las necesidades reales del profesorado y que no se limiten únicamente al desarrollo de estrategias individuales.

Finalmente, el estudio permite reconocer el bienestar docente como una condición vinculada con el funcionamiento de las instituciones de educación superior y no exclusivamente como una responsabilidad personal. Promover el autocuidado requiere articular la capacidad individual para tomar decisiones orientadas al bienestar con redes de apoyo y condiciones institucionales que hagan posible sostener dichas prácticas. Desde esta perspectiva, favorecer el bienestar del profesorado implica avanzar hacia entornos educativos capaces de integrar el cuidado personal, las relaciones sociales y

la organización del trabajo como componentes complementarios del desarrollo humano y profesional.

A partir de los resultados obtenidos, se proponen líneas de acción dirigidas a los distintos actores que intervienen en la promoción del bienestar del profesorado de nivel superior. Estas recomendaciones reconocen que el autocuidado no depende exclusivamente de la iniciativa individual, sino de la interacción entre recursos personales, redes de apoyo y condiciones institucionales.

Para el profesorado, se recomienda fortalecer el autoconocimiento mediante espacios de reflexión individual y colectiva que permitan identificar necesidades, límites y recursos personales. Asimismo, resulta pertinente incorporar prácticas sostenibles de autocuidado físico, emocional, social y mental en la vida cotidiana, así como fortalecer las redes de apoyo entre colegas y recurrir oportunamente a profesionales especializados cuando las necesidades de bienestar superen los recursos personales disponibles.

Para las instituciones de educación superior, resulta necesario desarrollar programas integrales de bienestar docente que trasciendan las acciones aisladas y respondan a las condiciones identificadas por el profesorado. Estos programas deberían contemplar tiempos adecuados para el descanso y la alimentación, espacios destinados a la convivencia y el bienestar, servicios accesibles de acompañamiento psicológico y medidas organizacionales orientadas a prevenir la sobrecarga académica y administrativa. Particular atención requiere la disponibilidad de tiempo, debido a que los resultados muestran que constituye una de las principales barreras para mantener prácticas de autocuidado.





En el ámbito de la investigación psicológica, se recomienda ampliar el estudio del autocuidado docente mediante investigaciones con diferentes diseños, poblaciones y contextos institucionales. Resulta especialmente pertinente analizar la relación entre las condiciones laborales, la percepción de salud, las motivaciones y la continuidad de las prácticas de autocuidado. Asimismo, futuras investigaciones podrían diseñar y evaluar intervenciones sustentadas en la Psicología Humanista que permitan determinar sus efectos sobre el bienestar y el desarrollo personal y profesional del profesorado.

Para los profesionales de la salud mental, se recomienda considerar las particularidades de la actividad docente y las demandas psicológicas asociadas con el ejercicio profesional en la educación superior. Las intervenciones individuales y grupales deberían favorecer el autoconocimiento, la regulación emocional, el establecimiento de límites, el fortalecimiento de recursos de afrontamiento y la construcción de prácticas de autocuidado sostenibles, de acuerdo con las necesidades y condiciones particulares de cada docente.

De esta forma, la promoción del autocuidado docente requiere una respuesta articulada entre el profesorado, las instituciones educativas, los profesionales de la salud mental y la comunidad científica. Los resultados muestran que las acciones individuales son necesarias, pero resultan insuficientes cuando las condiciones laborales dificultan su realización. Por ello, avanzar hacia entornos universitarios saludables implica integrar el desarrollo de capacidades personales con redes de apoyo y políticas institucionales que proporcionen condiciones reales para el cuidado.

Esta corresponsabilidad puede contribuir no solo al bienestar integral del profesorado, sino también a la sostenibilidad de su desempeño y a la calidad de los procesos formativos en la educación superior.

Referencias

- Aimaretti, M. P., Calizaya, M. R., Fernández, F., Rementería, P., Cazón, J., & Velázquez, G. (2019). Promoción del autocuidado en docentes universitarios de la Universidad Católica de Santiago del Estero - Departamento Académico de San Salvador, año 2017. *Virtualidad, Educación y Ciencia*, 10(18), 88–102. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7869078.pdf>
- Aquino Zuñiga, S. P. (2023). Importancia del autocuidado en la salud física y mental. Información, aceptación e impacto. En A. Becerra Hernández, A. A. C. Campos Gómez, & C. S. Bracqbien Noygues (Coords.), *Competencias socioemocionales para la salud en el contexto universitario. Perspectivas docentes* (pp. 50–64). Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42–48. <https://doi.org/10.1177/1757975911422960>
- Arévalo-Chávez, P., Cruz-Cárdenas, J., Guevara-Maldonado, C., Palacio-Fierro, A., Bonilla-Bedoya, S., Estrella-Bastidas, A., Guadalupe-Lanas, J., Zapata-Rodríguez, M., Jadán-Guerrero, J., Arias-Flores, H., & Ramos-Galarza, C. (2020). *Actualización en metodología de la investigación científica*. Universidad Tecnológica Indoamérica.





- Baraona, M., Castro, G. W., & Muñoz, D. (2020). Catorce principios pedagógicos que dimanar del Paradigma Tri Dimensional (PTD) del Nuevo Humanismo. *Revista Nuevo Humanismo*, 8(1). <https://doi.org/10.15359/rnh.8-1.2>
- Cancio-Bello, A. C., Lorenzo, A., & Alarcó, G. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20(2), 119–138. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Charria Ortiz, V. H., Romero-Caraballo, M. P., & Sarsosa-Prowesk, K. (2022). Bienestar laboral y condiciones de trabajo en docentes de primaria y secundaria. *Revista CES Psicología*, 15(3), 63–80. <https://doi.org/10.21615/cesp.5984>
- Cuevas Muñiz, B. L., & Cabello Garza, M. L. (2023). Diabetes mellitus y envejecimiento. Implicaciones del autocuidado para la salud en mujeres adultas mayores. *Itinerarios de Trabajo Social*, (3), 40–48. <https://doi.org/10.1344/its.i3.40736>
- Díaz de León, C. C., Valencia, G. M. J., Lemus, L. B. M., & Martínez, Á. B. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado en adolescentes mexicanos. *Revista Ciencias de la Salud*, 21(2), 1–21. <https://www.redalyc.org/journal/562/56276342008/html/>
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad III: La inquietud de sí*. Siglo XXI.
- Hernández Espinoza, C. A. (2018). *Percepción de autocuidado del adulto mayor en el caserío de San Rafael* [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas].
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

- Holguín-Lezcano, A., Arroyave-González, L., Ramírez-Torres, V., Echeverry-Largo, W. A., & Rodríguez-Bustamante, A. (2020). El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial. *Poiésis*, (39), 149–167. <https://doi.org/10.21501/16920945.3760>
- Macías-Alvia, A. M., Rincón-Ríos, T., Delgado-López, D., & Quimi-Cobos, L. S. (2020). El autocuidado como herramienta de atención primaria en estudiantes universitarios. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 4(7), 97–117. <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.660>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
- Mendivil Trelles de Peña, L. (2020). El método de estudio de caso. En H. O. Sánchez Huarcaya (Coord.), *Los métodos de investigación para la elaboración de las tesis de maestría en educación* (pp. 42–50). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Muñoz Seco, E., Camarelles Guillem, F., & Del Campo Giménez, M. (2024). Fomento del autocuidado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 17(2), 132–139. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170207>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>





- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica* (4.^a ed.). Ediciones Científicas y Técnicas.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: Resumen ejecutivo*. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052192>
- Redondo-Trujillo, V., De-Juanas-Oliva, A., & Rodríguez-Bravo, A. E. (2023). Factores asociados al bienestar psicológico de los docentes e implicaciones futuras: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 18(2), 107–117. <https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/239.pdf>
- Rettig, A. E., Lambrecht-Stock, E., Lindsey, A., & Sinnott, L. T. (2023). Describing remembrance & renewal: A holistic self-care program. *Journal of Holistic Nursing*, 41(4), 327–334. <https://doi.org/10.1177/08980101231163448>
- Rivas-Espinosa, G., Feliciano-León, A., Verde-Flota, E., Aguilera-Rivera, M., Cruz-Rojas, L., Correa-Argueta, E., & Valencia-Oliva, A. (2019). Autopercepción de capacidades de autocuidado para prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios. *Enfermería Universitaria*, 16(1), 4–14. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.575>
- Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Ruiz-Segarra, M. I., Cortés Valiente, J. A., Villafuerte Garzón, C. M., & Benítez Cruz, D. A. (2024). Diagnóstico del bienestar psicológico y burnout en docentes de educación superior. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 7(17), 50–59. <https://doi.org/10.33996/repso.v7i17.109>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Teoría de la autodeterminación y facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social y el bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Silva Ribeiro, R., Moreira Silva Monteiro, M., Silva Martins, A., Melo Santos, N., Matos Martinelli, C., Alves Benício Sousa, F., Miranda Fernandes, E., & Coelho Galvão, A. (2023). Fenômenos psicossomáticos e os sinais no professor universitário. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 4(7), e473667. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i7.3667>

Torres Criollo, E. I., Macias Samaniego, R. E., Montiel Salazar, X. S., & Torres Palma, S. J. (2026). Autocuidado y apoyo institucional para el bienestar del docente universitario ante el estrés laboral. *Maestro y Sociedad*, 23(2), 1466–1473. <https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/download/7635/11425/29467>

Van der Merwe, L., & Habron, J. (2015). A conceptual model of spirituality in music education. *Journal of Research in Music Education*, 63(1), 47–69. <https://doi.org/10.1177/0022429415575314>

Velez-Cruz, R. J., & Holstun, V. P. (2022). Pandemic impact on higher education faculty self-care, burnout, and compassion satisfaction. *The Journal of Humanistic Counseling*, 61(2), 118–127. <https://doi.org/10.1002/johc.12174>

Villarreal-Silva, G. V., & Rodríguez-Bustamante, A. (2020). Autocuidado en el psicólogo. *Poiésis*, (39), 106–126. <https://doi.org/10.21501/16920945.3758>





- Vizcaíno Zúñiga, P. I., Cedeño Cedeño, R. J., & Maldonado Palacios, I. A. (2023). Metodología de la investigación científica: Guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 9723–9762. <https://doi.org/10.37811/clrcm.v7i4.7658>
- Xocop Morales, A. Y., & Cardona de Chavac, M. I. (2020). El autocuidado emocional en la educación superior. *Revista Científica Internacional*, 3(1), 59–65. <https://doi.org/10.46734/revcientifica.v3i1.19>



11.

Psicología 5.0 ante la inteligencia artificial: microcredenciales y competencias para la formación profesional

José Rubén
Castro Muñoz

Rocío Edith López
Martínez

11.1. Inteligencia artificial y transformación de las competencias profesionales en Psicología 5.0

La inteligencia artificial ha dejado de ocupar un lugar periférico en la práctica psicológica y se ha incorporado progresivamente a procesos de evaluación, diagnóstico, predicción clínica, intervención y análisis de información. En el ámbito diagnóstico, Weber et al. (2025)

desarrollaron un modelo multimodal que integró voz, texto y datos clínicos para la detección de depresión, con un área bajo la curva característica operativa del receptor de 0,88, superior a la obtenida por modelos basados en una sola fuente de información. De manera similar, Rajagopalan et al. (2024) validaron, con más de 30 000 participantes, un algoritmo orientado al cribado temprano del trastorno del espectro autista capaz de anticipar diagnósticos.

La aplicación de estas tecnologías también se extiende al pronóstico de trastornos psicológicos. Basterfield y Newman (2025) reportaron una precisión balanceada del 73 % a nueve años mediante un modelo de regresión regularizada para predecir la evolución de la ansiedad generalizada. Por su parte, Papini et al. (2023) validaron un modelo de potenciación gradual para estratificar el riesgo de estrés postraumático posterior al despliegue militar en una muestra cercana a 5 000 soldados.

En el ámbito organizacional, Dukanovic y Krpan (2025) mostraron que los sistemas conversacionales de inteligencia artificial generativa pueden inferir rasgos de personalidad con menor influencia del sesgo de discapacidad social que algunas pruebas psicométricas tradicionales, aunque su validez predictiva continúa siendo limitada. En conjunto, estos hallazgos muestran un avance tecnológico significativo, pero también evidencian que la incorporación de la inteligencia artificial en psicología requiere criterios profesionales, metodológicos y éticos que orienten su utilización.

El desarrollo de estas aplicaciones ha intensificado, al mismo tiempo, la discusión sobre sus riesgos. Obermeyer et al. (2019) documentaron que un algoritmo comercial utilizado para gestionar

riesgos de salud discriminaba sistemáticamente a pacientes afroamericanos al utilizar el costo sanitario como indicador indirecto de necesidad clínica. Este caso evidenció que un sistema algorítmico puede reproducir o amplificar desigualdades cuando los datos o variables utilizadas contienen sesgos estructurales. A partir de este problema, Chin et al. (2023) propusieron un marco integrado por cinco fases y cinco principios destinado a reducir el sesgo algorítmico a lo largo del ciclo de vida de los sistemas de salud, desde una perspectiva de justicia distributiva.

A estas preocupaciones se añade la forma en que las personas perciben la participación de la inteligencia artificial en decisiones relacionadas con su salud. Reis et al. (2024) documentaron una menor confianza en el consejo médico cuando los usuarios percibían que había intervenido un sistema de inteligencia artificial, incluso cuando existía supervisión profesional. Este fenómeno muestra que la adopción tecnológica no depende exclusivamente de la precisión de los modelos, sino también de la confianza, la transparencia y la capacidad del profesional para comunicar adecuadamente sus alcances y limitaciones. Por ello, la práctica psicológica asistida por inteligencia artificial exige competencias vinculadas con la comunicación profesional, la evaluación crítica de algoritmos, la identificación de sesgos y la supervisión ética de sus resultados.

La literatura reciente evidencia, sin embargo, una distancia significativa entre el desarrollo tecnológico y la preparación profesional necesaria para incorporarlo de manera responsable. La mayoría de los estudios analizados reconoce, de forma explícita o implícita, la necesidad de fortalecer competencias relacionadas con la alfabetización en inteligencia artificial, la evaluación crítica de



modelos, la gestión de sesgos y la comunicación con pacientes. No obstante, estas competencias todavía no se traducen de manera sistemática en trayectorias formativas breves y certificables. En 14 de los 21 estudios clínicos revisados, la formación profesional para el uso de inteligencia artificial ni siquiera constituye un componente central del análisis.

Esta brecha también se observa entre profesionales con formación avanzada. Cecil et al. (2025), a partir de un modelo de ecuaciones estructurales aplicado a 392 profesionales de la salud mental de Alemania y Estados Unidos, identificaron una familiaridad limitada con tecnologías basadas en inteligencia artificial incluso entre psicoterapeutas con experiencia. La intención de aprendizaje y el conocimiento ético aparecieron como factores relevantes para favorecer su adopción. Estos resultados sugieren que la formación especializada no puede limitarse al manejo instrumental de herramientas, sino que debe incorporar conocimientos que permitan comprender sus fundamentos, interpretar sus resultados y valorar sus implicaciones clínicas y éticas.

La relación entre estas competencias y las demandas laborales también ha comenzado a documentarse. Badulescu et al. (2025), mediante modelado de ecuaciones estructurales por mínimos cuadrados parciales, encontraron que la preparación para carreras vinculadas con inteligencia artificial constituye uno de los factores con mayor capacidad para explicar la demanda laboral. Aunque el estudio se desarrolla en un contexto geográfico específico, sus resultados muestran que las competencias digitales avanzadas adquieren un peso creciente en la inserción profesional y ponen de manifiesto

la necesidad de que la formación universitaria responda con mayor rapidez a las transformaciones del mercado de trabajo.

En este escenario, las microcredenciales adquieren relevancia como una alternativa de formación continua capaz de complementar los programas universitarios tradicionales. Su valor potencial radica en ofrecer trayectorias breves, específicas y certificables orientadas al desarrollo de competencias concretas. La necesidad de este tipo de formación se vuelve especialmente visible cuando se compara la velocidad de incorporación de la inteligencia artificial en la práctica profesional con el ritmo de actualización de los planes de estudio. Badulescu et al. (2025) muestran la importancia de la preparación tecnológica para la demanda laboral, mientras que Cecil et al. (2025) evidencian que la brecha de familiaridad persiste incluso entre profesionales avanzados. La convergencia de ambos hallazgos señala una dificultad estructural: la innovación tecnológica avanza con mayor rapidez que los procesos de renovación curricular.

Esta situación plantea desafíos para las instituciones de educación superior, debido a que la formación inicial puede resultar insuficiente para responder a transformaciones tecnológicas que se producen durante y después del trayecto universitario. Las microcredenciales pueden funcionar, en este sentido, como mecanismos complementarios de actualización profesional, especialmente en áreas donde los conocimientos y habilidades evolucionan con rapidez. Su incorporación permitiría fortalecer competencias vinculadas con el análisis crítico de modelos, la supervisión ética, la evaluación de sesgos, la comunicación de riesgos y la utilización responsable de herramientas basadas en inteligencia artificial.



En el campo de la evaluación y el diagnóstico, los antecedentes revisados muestran una tendencia hacia el uso de biomarcadores digitales, modelos multimodales y herramientas de inteligencia artificial explicable. Weber et al. (2025) incorporaron criterios de equidad en su modelo multimodal para depresión, mientras que Papini et al. (2023); y Rajagopalan et al. (2024) desarrollaron procesos de validación orientados a fortalecer la transparencia y la capacidad de generalización de sus modelos. Jeon et al. (2024), por su parte, recurrieron a técnicas de inteligencia artificial explicable para identificar las variables que contribuían a las predicciones en el diagnóstico del autismo pediátrico. Estos trabajos muestran que la precisión no constituye el único criterio relevante, pues un modelo clínicamente útil también debe permitir comprender cómo se generan sus resultados y cuáles son sus posibles limitaciones.

En la intervención psicológica, la literatura se concentra principalmente en la adaptación de enfoques terapéuticos a sistemas conversacionales y plataformas digitales. Wang et al. (2025) adaptaron culturalmente un modelo cognitivo para población china, mientras que Karkosz et al. (2024) incorporaron estrategias de cuestionamiento socrático en un sistema conversacional denominado Fido. Heinz et al. (2025) analizaron la alianza terapéutica como criterio para valorar la intervención, y de Graaff et al. (2025) desarrollaron una intervención dirigida a jóvenes en contextos humanitarios siguiendo directrices internacionales. Siddals et al. (2024) exploraron cualitativamente las experiencias de los usuarios mediante análisis temático reflexivo. En conjunto, estas investigaciones muestran que la inteligencia artificial puede ampliar las modalidades de intervención, aunque

su incorporación requiere supervisión clínica, criterios de seguridad y una delimitación clara de sus funciones.

En el ámbito de los instrumentos psicológicos, la discusión se centra en la validez de las puntuaciones generadas mediante sistemas de inteligencia artificial. Dukanovic y Krpan (2025) compararon un sistema conversacional con pruebas tradicionales de selección de personal y encontraron menor influencia de la deseabilidad social, pero también limitaciones en la capacidad predictiva de determinadas dimensiones de personalidad. Este resultado evidencia que reducir una fuente de sesgo no garantiza, por sí mismo, una mejora global de la validez. Por tanto, la incorporación de sistemas automatizados en la evaluación psicológica exige competencias psicométricas que permitan analizar la calidad de las mediciones y evitar interpretaciones basadas únicamente en la novedad tecnológica.

Los ajustes metodológicos constituyen otro componente esencial. Obermeyer et al. (2019) mostraron cómo la selección inadecuada de una variable indirecta puede producir sesgos sistemáticos, mientras que Chin et al. (2023) plantearon mecanismos para abordar estos problemas desde principios de equidad. Goh et al. (2025) encontraron que un modelo de lenguaje puede contribuir a mejorar la precisión diagnóstica sin incrementar necesariamente los sesgos relacionados con características raciales o de género, siempre que el profesional conserve la responsabilidad sobre la decisión final. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de formar psicólogos capaces de evaluar la procedencia de los datos, la transparencia de los modelos, los criterios de validación y los riesgos asociados con la automatización de decisiones.





Desde la perspectiva de la formación profesional, Badulescu et al. (2025) destacan la importancia de la preparación para entornos laborales vinculados con inteligencia artificial, mientras que Cecil et al. (2025) señalan el valor de la intención de aprendizaje, el conocimiento ético y la afinidad tecnológica. Sanz et al. (2025) añaden evidencia sobre el potencial de la simulación clínica con inteligencia artificial generativa para reducir el afecto negativo y mejorar la percepción de competencia entre estudiantes de psicología. Sin embargo, estas experiencias continúan siendo fragmentarias y no constituyen, por sí mismas, una trayectoria formal y certificable de actualización profesional.

Los antecedentes analizados muestran que la inteligencia artificial está transformando progresivamente la evaluación, el diagnóstico, la intervención, la utilización de instrumentos y los procedimientos metodológicos en psicología. Al mismo tiempo, esta transformación genera nuevas exigencias relacionadas con la alfabetización tecnológica, la evaluación crítica de modelos, la psicometría aplicada, la equidad algorítmica, la protección de datos, la comunicación profesional y la supervisión humana. El principal desafío no reside únicamente en incorporar nuevas herramientas, sino en desarrollar profesionales capaces de utilizarlas de manera crítica, ética y responsable. En este contexto, las microcredenciales representan una alternativa de formación continua con potencial para articular las competencias emergentes con las necesidades de actualización profesional y reducir la distancia entre la formación universitaria y las transformaciones del mercado laboral.

11.2. Evidencia científica sobre inteligencia artificial, práctica psicológica y formación profesional

Este estudio adoptó un enfoque documental mixto para sistematizar y analizar la evidencia científica sobre el impacto de la inteligencia artificial en cinco áreas de la práctica psicológica: evaluación y diagnóstico, intervención psicológica, uso y validación de instrumentos, metodología de investigación y desarrollo de competencias y microcredenciales en el contexto de la Psicología 5.0.

La selección de los estudios se realizó conforme a los lineamientos de PRISMA 2020 (Moher et al., 2010). Se incluyeron investigaciones empíricas originales publicadas entre 2021 y 2026, en cualquier idioma, disponibles en texto completo y en acceso abierto, que presentaran resultados relacionados con al menos una de las cinco áreas de interés definidas para la revisión. Se excluyeron las revisiones sistemáticas, las revisiones de alcance, los editoriales, las cartas al editor, los trabajos de opinión sin una metodología explícita, las actas de congresos sin arbitraje, las tesis y los estudios en los que la inteligencia artificial tuviera una presencia secundaria o careciera de una relación directa con la práctica psicológica. Los criterios utilizados para determinar la elegibilidad de los estudios se presentan en la tabla 11.1.

Tabla 11.1. Criterios de elegibilidad.

Criterio	Inclusión	Exclusión
Periodo	2021-2026	Anterior 2021
Idioma	Español, inglés, portugués, otro idioma	-
Tipo de documento	Artículo empírico original con hallazgo directo en los cinco dominios	Revisiones, editoriales, tesis, aportes solo teóricos





Campo teórico	Psicología/salud mental/ evaluación/ intervención psicológica, instrumentos psicométricos/ metodología con IA	IA tangencial sin vínculo con práctica psicológica
Tipo de IA	ML, DL, NLP, LLM/IA, generativa, chatbots, sistemas de apoyo a decisión	Software estadístico convencional,
Acceso	Texto completo en acceso abierto	Sin acceso a texto completo
Duplicados	Primera versión en revista indexada	Preprints con versión final, duplicados

Nota: ML= Machine Learning; DL= Deep Learning; NLP= Natural Language Processing; LLM= Large Language Model.

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed/ MEDLINE, Europe PMC, OpenAlex y CORE. La estrategia combinó términos controlados y términos de texto libre, organizados en tres bloques temáticos. El primero estuvo relacionado con la inteligencia artificial e incluyó términos como “Artificial Intelligence”, “Machine Learning”, “chatbot” y “large language model”. El segundo comprendió términos asociados con las áreas de interés de la revisión, entre ellos “assessment”, “diagnosis”, “intervention”, “instruments”, “psychometric”, “competence”, “microcredential”, “bias” y “privacy”. El tercer bloque correspondió a los criterios de delimitación temporal e idiomática, considerando las publicaciones comprendidas entre 2021 y 2026 y los idiomas establecidos para la búsqueda.

Las combinaciones de términos se adaptaron a las características y posibilidades de búsqueda de cada fuente de información, con el propósito de ampliar la recuperación de estudios potencialmente relevantes y mantener

la correspondencia con las áreas definidas para la revisión. Asimismo, se aplicaron los filtros establecidos para delimitar los resultados de acuerdo con el periodo de publicación y los criterios de idioma. Las estrategias y cadenas de búsqueda empleadas en cada fuente de información se presentan en la tabla 11.2.

Tabla 11.2. Cadenas de búsqueda por fuente de información.

Base de datos	Cadena de búsqueda
PubMed / MEDLINE	Se combinaron descriptores MeSH (“Artificial Intelligence”, “Machine Learning”, “Natural Language Processing”, “Deep Learning”) con términos libres en título/resumen (chatbot*, “large language model*”, “generative AI”) y descriptores de dominio (“Psychology”, “Mental Health”, “Mental Disorders”, “Psychological Tests”, assessment, diagnosis, intervention*, instrument*, psychometric*, competenc*, microcredential*, “research methods”, bias, privacy), con filtros de fecha (2021-2026), idioma (inglés, español, portugués) y tipo de artículo (Journal Article).
EuropePMC	Se usó una combinación equivalente de términos libres sobre IA y salud mental
OpenAlex	Se aplicaron filtros por año, tipo de documento y los conceptos Artificial Intelligence, Clinical Psychology y Mental Health;
CORE	Se combinaron los mismos términos de IA con “psychology” o “mental health”.

Nota: MeSH = Medical Subject Headings; tiab = título y resumen (title/abstract), usado para combinar términos MeSH con texto libre y maximizar la cobertura de la búsqueda.

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 228 461 registros procedentes de las



diferentes fuentes de información consultadas. Esta etapa constituyó el conjunto inicial de documentos recuperados antes de aplicar los procedimientos de depuración, eliminación de duplicados y evaluación conforme a los criterios de elegibilidad establecidos. La distribución de los registros identificados en cada fuente de información se presenta en la tabla 11.3.

Tabla 11.3. Registros identificados por fuente de información.

Bases de datos	Artículos obtenidos
PubMed	7,363
EuropePMC	102,102
Open Alex	2,091
CORE	116,905
Total	228,461

Tras la depuración inicial, se eliminaron 116 646 registros duplicados y 14 758 por otras razones. Posteriormente, se examinaron 97 057 registros mediante la revisión de títulos y resúmenes, de los cuales 27 647 fueron excluidos. A continuación, se solicitaron 69 590 documentos para su recuperación en texto completo; 4 523 no pudieron recuperarse, por lo que 65 067 fueron evaluados conforme a los criterios de elegibilidad establecidos.

Durante esta fase se excluyeron 65 044 documentos. Las principales causas fueron la ausencia de hallazgos empíricos, con 29 279 registros; la vinculación tangencial con la inteligencia artificial, con 19 513; la correspondencia con editoriales, cartas al editor o tesis, con 9 757; la falta de relación directa con la psicología, con 3 903; y la ausencia de correspondencia con las cinco áreas

de interés establecidas, con 2 592. Asimismo, se excluyeron una revisión sistemática y una revisión de alcance.

Finalmente, se analizaron 21 estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad, publicados entre 2019 y 2025. La mayor parte de las investigaciones se concentró en el periodo comprendido entre 2021 y 2025, equivalente al 90,5 % de los estudios incluidos. En cuanto al diseño metodológico, se identificaron 17 investigaciones cuantitativas de carácter predictivo, experimental o cuasiexperimental, un estudio cualitativo (Siddals et al., 2024) y tres investigaciones de métodos mixtos (Cecil et al., 2025; García-Torres et al., 2025; Moore et al., 2025).

Los estudios abarcaron contextos clínicos, organizacionales, educativos y comunitarios, con investigaciones desarrolladas en Alemania, Suecia, Estados Unidos, China, Polonia, Jordania, Serbia y Montenegro, Corea del Sur, España y Rumania, además de un estudio de alcance multinacional. Esta diversidad geográfica y metodológica permitió examinar el impacto de la inteligencia artificial desde diferentes escenarios de la práctica psicológica y establecer relaciones entre los hallazgos correspondientes a las cinco áreas consideradas en la revisión.

No obstante, se identificó heterogeneidad en el tratamiento de los aspectos éticos y metodológicos asociados con el uso de la inteligencia artificial. Mientras algunos estudios documentaron de manera explícita los procedimientos relacionados con el consentimiento, la evaluación de sesgos y la transparencia de los modelos, otros se limitaron a señalar el consentimiento de los participantes sin profundizar en aspectos como la auditoría algorítmica, la explicabilidad o la transparencia de los sistemas empleados. Esta variabilidad





evidencia que, junto con los avances técnicos y clínicos, persisten diferencias importantes en la incorporación y documentación de criterios éticos para el uso responsable de la inteligencia artificial en psicología.

El análisis de los estudios evidencia una incorporación amplia y heterogénea de la inteligencia artificial en distintos ámbitos de la psicología. Las aplicaciones se concentran principalmente en evaluación y diagnóstico, intervención, validación de instrumentos, apoyo a decisiones clínicas y formación profesional. Esta diversidad confirma que la inteligencia artificial no se limita a una función específica, sino que atraviesa diferentes momentos de la práctica psicológica y exige competencias diferenciadas según el contexto de uso.

En evaluación y diagnóstico, los resultados muestran un desarrollo importante de modelos predictivos y de clasificación. Weber et al. (2025) reportaron un modelo multimodal con un área bajo la curva característica operativa del receptor de 0,88 y una puntuación F1 de 0,75. Rajagopalan et al. (2024) alcanzaron un área bajo la curva de 0,895 durante el desarrollo y de 0,790 en la validación externa, mientras que Basterfield y Newman (2025) obtuvieron un área bajo la curva de 0,81 en la predicción de la evolución de la ansiedad generalizada. Papini et al. (2023) también mostraron capacidad predictiva para el estrés postraumático mediante un modelo de potenciación gradual, y Cohen et al. (2022) alcanzaron valores superiores a 0,80 en la predicción del riesgo suicida. En conjunto, estos resultados muestran un potencial relevante, aunque la diferencia entre validaciones internas y externas obliga a interpretar el rendimiento con cautela.

La evidencia sobre conducta suicida también muestra resultados prometedores. McBride et al. (2025) obtuvieron puntuaciones F1 entre 0,86 y 0,93 para la predicción de conducta suicida futura mediante procesamiento del lenguaje natural y métodos de interpretabilidad. Sin embargo, varios estudios técnicos no desarrollan de manera suficiente las competencias profesionales necesarias para interpretar estos modelos, lo que revela una brecha entre el rendimiento algorítmico y la preparación del profesional que debe utilizar sus resultados.

En intervención psicológica, la evidencia es más heterogénea. Heinz et al. (2025) encontraron tamaños del efecto entre 0,63 y 0,90 y una alianza terapéutica percibida comparable con la interacción humana. Wang et al. (2025) reportaron disminuciones en síntomas depresivos y soledad mediante un sistema conversacional basado en terapia cognitivo conductual. Sin embargo, Karkosz et al. (2024) no encontraron una superioridad clara frente a formas tradicionales de autoayuda. De Graaff et al. (2025) observaron una retención del 80 % y una aceptación favorable de una intervención dirigida a jóvenes en contextos humanitarios. Estos resultados sugieren que las herramientas basadas en inteligencia artificial pueden desempeñar una función complementaria, pero todavía no existe evidencia suficiente para considerarlas sustitutas de la intervención profesional.

Los estudios cualitativos refuerzan esta interpretación. Siddals et al. (2024) identificaron experiencias asociadas con orientación, conexión y percepción de refugio emocional, pero también señalaron la necesidad de alfabetización en inteligencia artificial, conocimiento ético y comunicación de riesgos. En consecuencia, la utilidad percibida de estas herramientas no





elimina la necesidad de supervisión profesional ni de una formación específica para utilizarlas responsablemente.

En el ámbito de la evaluación psicométrica, Dukanovic y Krpan (2025) encontraron que los sistemas conversacionales pueden alcanzar una validez aceptable en algunas dimensiones de personalidad, como extraversión y conscienciosidad, aunque con una capacidad predictiva externa limitada. Este resultado resulta especialmente relevante porque demuestra que una reducción del sesgo de discapacidad social no garantiza automáticamente una mayor calidad psicométrica. La incorporación de inteligencia artificial en procesos de evaluación exige, por tanto, competencias para supervisar el diseño, la validación y la interpretación de los instrumentos.

Los riesgos éticos aparecen con especial claridad en los estudios centrados en sesgos algorítmicos. Obermeyer et al. (2019) mostraron que un sistema utilizado a gran escala podía reducir significativamente la identificación de pacientes afroamericanos que requerían atención adicional. Reis et al. (2024) evidenciaron, además, una menor confianza y percepción de empatía cuando el consejo era identificado como generado mediante inteligencia artificial. Por su parte, Goh et al. (2025) mostraron que estos sistemas pueden mejorar la precisión diagnóstica sin incrementar necesariamente determinados sesgos, siempre que exista una evaluación crítica de sus sugerencias. En conjunto, estos hallazgos sitúan la equidad algorítmica, la auditoría de modelos y la comunicación profesional entre las competencias esenciales para la práctica psicológica contemporánea.

La formación constituye uno de los vacíos más consistentes del conjunto analizado. Cecil et al. (2025) identificaron una brecha de familiaridad con la inteligencia artificial y señalaron la intención de aprendizaje y el conocimiento ético como factores relevantes para su adopción. Badulescu et al. (2025) mostraron que la preparación para carreras vinculadas con inteligencia artificial se relaciona estrechamente con la demanda laboral, mientras que García Torres et al. (2025); y Sanz et al. (2025) evidencian el potencial de los entornos simulados para desarrollar competencias aplicadas. Sin embargo, estas experiencias permanecen fragmentadas y no conforman trayectorias formativas consolidadas.

Un resultado transversal resulta particularmente significativo: ninguno de los estudios analizados presenta una microcredencial formalmente implementada. La literatura identifica competencias, necesidades de formación y experiencias educativas parciales, pero no las articula en programas breves, certificables y estructurados. Esta ausencia constituye uno de los principales vacíos del campo y refuerza la pertinencia de desarrollar microcredenciales orientadas a alfabetización en inteligencia artificial, evaluación crítica de modelos, psicometría aplicada, ética algorítmica, identificación de sesgos, comunicación de riesgos y supervisión profesional.

La evidencia también muestra una doble transformación. Por una parte, la inteligencia artificial amplía las posibilidades de evaluación, predicción, intervención y formación en psicología. Por otra, introduce nuevas exigencias relacionadas con validez, seguridad, equidad, transparencia y





responsabilidad profesional. El principal desafío no consiste solamente en aprender a utilizar estas tecnologías, sino en desarrollar las competencias necesarias para evaluar cuándo, cómo y bajo qué condiciones deben incorporarse a la práctica psicológica.

Los estudios incluidos en este bloque se concentraron principalmente en el desarrollo y la evaluación de modelos de inteligencia artificial aplicados a tareas de predicción, clasificación y análisis de información obtenida mediante texto o voz. Weber et al. (2025) desarrollaron un modelo multimodal que alcanzó un área bajo la curva de 0,88 y una puntuación F1 de 0,75, con un desempeño superior al observado en los modelos unimodales.

Por su parte, Papini et al. (2023); y Rajagopalan et al. (2024) emplearon modelos basados en aprendizaje automático y redes neuronales, respectivamente, y obtuvieron valores del área bajo la curva entre 0,74 y 0,79 en la validación externa. Estos resultados muestran una capacidad predictiva relevante, aunque inferior al desempeño alcanzado por el modelo multimodal evaluado mediante validación interna. En conjunto, los hallazgos evidencian el potencial de la inteligencia artificial para apoyar los procesos de evaluación y diagnóstico psicológico, al tiempo que muestran variaciones en el rendimiento de los modelos según los datos utilizados, las técnicas implementadas y los procedimientos de validación. Las principales características y resultados de estos estudios se presentan en la tabla 11.4.

Tabla 11.4. Estudios de evaluación y diagnóstico incluidos.

Estudio	Autore(es)	Tipo de modelo	Métrica principal	Validación
E01	Weber et al. (2025)	Multimodal (voz, texto y datos clínicos)	AUROC = 0.88; F1 = 0.75	Interna
E02	Papini et al. (2023)	X G B o o s t (aprendizaje automático clásico)	AUROC = 0.74–0.79	Externa
E04	Rajagopalan et al. (2024)	Redes neuronales	AUROC = 0.74–0.79	Externa

En el plano ético, el consentimiento informado constituye la medida de protección reportada con mayor frecuencia en los estudios analizados. Sin embargo, varias investigaciones centradas principalmente en el desarrollo y la validación técnica de modelos de inteligencia artificial ofrecen una discusión limitada sobre otras consideraciones éticas relevantes. Esta situación evidencia que la incorporación de estas tecnologías en la práctica psicológica requiere una perspectiva que trascienda el cumplimiento formal del consentimiento y considere también aspectos relacionados con la transparencia, la privacidad, los posibles sesgos y los límites de los modelos.

Un hallazgo consistente entre los estudios es la necesidad de que los profesionales comprendan las capacidades y limitaciones de los sistemas de inteligencia artificial antes de utilizarlos como apoyo en los procesos de evaluación y diagnóstico. Esta comprensión resulta fundamental para interpretar adecuadamente sus



resultados, evitar una dependencia excesiva de las predicciones algorítmicas y preservar el juicio profesional como elemento central de la toma de decisiones clínicas. Los estudios que reportan el consentimiento informado como medida ética se presentan en la tabla 11.5.

Tabla 11.5. Consentimiento informado como medida ética reportada en los estudios.

ID	Autor(es)
E01	Weber et al. (2025)
E02	Rajagopalan et al. (2024)
E05	Cohen et al. (2022)
E08	Karkosz et al. (2024)particularly teenagers and young adults. There is evidence from a 2-week intervention that chatbots (eg, Woebot)
E12	Dukanovic & Krpan (2025)
E17	Sanz et al. (2025)
E21	García-Torres et al. (2025)little is known about how different system- and user-level variables shape students' perceptions of these interactions. OBJECTIVE We aim to study psychology students' perceptions of GAI-driven VSPs and examine how demographic factors, system parameters, and interaction characteristics influence such perceptions. METHODS We conducted a total of 1832 recorded interactions involving 156 psychology students with 13 GAI-generated VSPs configured with varying temperature settings (0.1, 0.5, 0.9)

Las intervenciones mediadas por chatbots y plataformas psicoeducativas han mostrado resultados favorables en la reducción de

síntomas de depresión y soledad, con tamaños del efecto entre moderados y grandes (Wang et al., 2025). Asimismo, en un ensayo clínico, la alianza terapéutica percibida con un chatbot alcanzó niveles comparables con los observados en la interacción con terapeutas humanos (Heinz et al., 2025). En otros contextos de aplicación, los usuarios también han mostrado una valoración favorable de estas herramientas, con una puntuación de 8,28 sobre 10 (Cecil et al., 2025).

La evidencia cualitativa permite matizar estos resultados al mostrar que la experiencia de interacción con la inteligencia artificial no depende únicamente de su eficacia técnica. Algunos usuarios describieron estas herramientas como un “santuario emocional”, lo que refleja su potencial para proporcionar un espacio percibido como accesible y seguro. No obstante, persisten limitaciones relevantes. Moore et al. (2025) identificaron respuestas estigmatizantes y riesgos para la seguridad clínica en modelos de lenguaje cuando se compararon con la atención proporcionada por terapeutas humanos.

Los hallazgos sugieren que los chatbots y otros sistemas de inteligencia artificial pueden ampliar las posibilidades de apoyo psicológico y facilitar determinadas intervenciones, pero la evidencia disponible no respalda su utilización como sustitutos autónomos de la atención profesional. Su mayor utilidad se encuentra en funciones complementarias, bajo criterios de supervisión profesional, seguridad y evaluación crítica de sus respuestas. Los principales resultados de los estudios experimentales sobre estas intervenciones se presentan en la tabla 11.6.



Tabla 11.6. Estudios experimentales sobre intervenciones psicológicas mediadas por inteligencia artificial.

Estudio	Autor(es)	Tipo de intervención	Resultado cuantitativo	Resultado cualitativo
E06-E09	De Graaff et al. (2025); Wang et al. (2025)	Chatbot/plataforma psicoeducativa	Efecto moderado a grande en depresión y soledad	Valorada como “satisfactorio emocional”
E07	Heinz et al. (2025)	Ensayo clínico con chatbot	Alianza terapéutica comparable a un humano	Aceptación favorable en rol complementario
E18	Cecil et al. (2025)exceeding the capacity of available therapeutic resources, the emergence of technologies enabled by artificial intelligence (AI	Simulación clínica	Valoración de usuarios: 8.28/10	Percepción de utilidad y disponibilidad

E09	Moore et al. (2025)we investigate the use of LLMs to replace mental health providers, a use case promoted in the tech startup and research space. We conduct a mapping review of therapy guides used by major medical institutions to identify crucial aspects of therapeutic relationships, such as the importance of a therapeutic alliance between therapist and client. We then assess the ability of LLMs to reproduce and adhere to these aspects of therapeutic relationships by conducting several experiments investigating the responses of current LLMs, such as gpt-4o. Contrary to best practices in the medical community, LLMs 1	Comparación LLM vs terapeuta humano	Riesgos de seguridad clínica	Estigmatización: rol de apoyo clínico
-----	--	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

Dukanovic y Krpan (2025) evaluaron la capacidad de los algoritmos para inferir rasgos de personalidad y encontraron niveles aceptables de validez para la extraversión y la conscienciosidad, aunque observaron una baja validez predictiva en otras dimensiones del modelo de los cinco grandes rasgos de personalidad. Estas diferencias evidencian que el desempeño de los sistemas de inteligencia artificial no es homogéneo entre las distintas dimensiones evaluadas y que su capacidad para realizar inferencias sobre la personalidad continúa presentando limitaciones.

Los hallazgos sugieren que la evaluación algorítmica puede complementar determinados procesos psicométricos, pero todavía no ofrece evidencia suficiente para sustituir de manera integral los instrumentos tradicionales de evaluación de la personalidad. La variabilidad observada entre las dimensiones refuerza la necesidad de examinar cuidadosamente la validez, la capacidad

predictiva y las condiciones de aplicación de estos sistemas antes de incorporarlos a procesos de evaluación psicológica.

El estudio también plantea consideraciones relacionadas con el consentimiento para el tratamiento de los datos y con la necesidad de mantener supervisión humana durante el diseño, la aplicación y la validación de los instrumentos basados en inteligencia artificial. Estos aspectos adquieren especial relevancia cuando las evaluaciones se utilizan en procesos de selección de personal, debido a las consecuencias que pueden derivarse de decisiones sustentadas en inferencias algorítmicas. Las diferencias en la validez de las dimensiones de personalidad analizadas se presentan en la figura 11.1.

Validez algorítmica reportada por dimensión de personalidad
(estudio E12; valores ilustrativos)

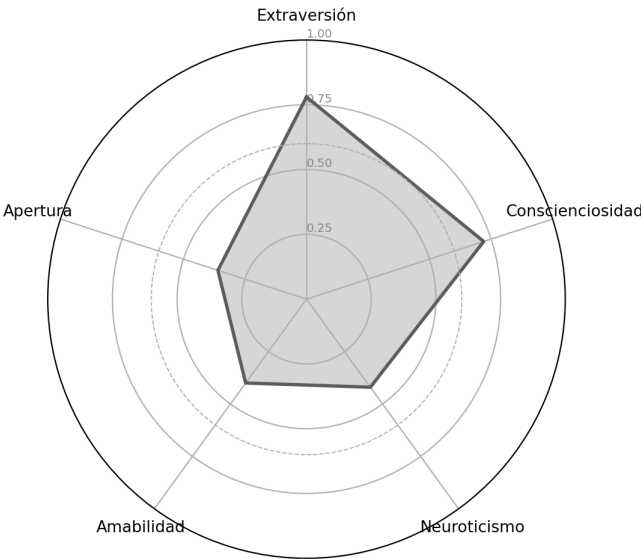


Figura 11.1. Validez algorítmica según las dimensiones de personalidad evaluadas.

Fuente: Elaboración propia con base en Dukanovic y Krpan (2025).



Tres estudios permiten identificar ajustes metodológicos relevantes para reducir los sesgos y fortalecer la transparencia en el uso de la inteligencia artificial. Obermeyer et al. (2019) evidenciaron que el empleo de variables inadecuadas en el diseño algorítmico puede producir importantes desigualdades en la identificación de pacientes. En particular, el algoritmo analizado reducía del 46,5 % al 17,7 % la proporción de pacientes negros identificados para recibir atención adicional. Este hallazgo demuestra que la precisión técnica de un sistema no garantiza por sí sola su equidad y destaca la necesidad de revisar las variables utilizadas, los criterios de clasificación y los posibles sesgos presentes en los datos.

Por su parte, Jeon et al. (2024) incorporaron técnicas de inteligencia artificial explicable para identificar las variables que contribuyen a las predicciones generadas por los modelos. Este enfoque favorece una mayor comprensión del proceso de decisión algorítmica y permite que los profesionales valoren críticamente los factores que sustentan cada resultado, en lugar de aceptar las predicciones como conclusiones automáticas e incuestionables.

Asimismo, Goh et al. (2025) destacan la importancia de mantener la evaluación crítica y la supervisión profesional frente a las recomendaciones producidas por sistemas de inteligencia artificial. La participación humana resulta esencial para interpretar las sugerencias del modelo dentro del contexto clínico, identificar posibles sesgos y evitar que las decisiones profesionales dependan exclusivamente de resultados algorítmicos.

Estos resultados muestran que la incorporación responsable de la inteligencia artificial requiere combinar la revisión de los datos y las variables



utilizadas, la transparencia de los modelos y la supervisión profesional. Los principales sesgos identificados y los ajustes metodológicos propuestos se sintetizan en la tabla 11.7.

Tabla 11.7. Sesgos identificados y ajustes metodológicos para el uso responsable de la inteligencia artificial.

Estudio	Au- tor(es) y año	Problema identificado	Ajuste me- todológico sugerido
E13	Oberme- yer et al. (2019)	Sesgo racial: iden- tificación reducida de 46.5% a 17.7%	Reformulación algorítmica del modelo
E14	Jeon et al. (2024)	Baja interpretabili- dad de las salidas del modelo	IA explicable (SHAP, LIME)
E15	Goh et al. (2025)	Asimilación pa- siva de sugerenc- ias; propagación de sesgos	Evaluación crí- tica sistemática de las salidas

Nota: SHAP = Shapley Additive exPlanations; LIME = Local Interpretable Model-agnostic Explanations.

En un estudio, la interacción entre las exigencias del sistema educativo y las demandas del sector empresarial explicó el 51 % de la variabilidad observada en la demanda de nuevas competencias laborales (Moore et al., 2025). Este resultado evidencia la necesidad de fortalecer la correspondencia entre la formación profesional y las transformaciones que la inteligencia artificial está generando en los escenarios laborales.

En el ámbito formativo, el 94 % de los participantes que realizaron prácticas en entornos simulados percibió una mejora en su capacidad para identificar síntomas clínicos (García-Torres et al., 2025). Este hallazgo muestra el potencial de los entornos de simulación apoyados por inteligencia artificial para complementar la formación práctica

y favorecer el desarrollo de competencias aplicables a situaciones profesionales.

Desde la perspectiva de las competencias requeridas, la alfabetización en inteligencia artificial, la comprensión de la equidad algorítmica y la capacidad para auditar críticamente los modelos constituyen elementos relevantes para reducir la brecha entre la formación universitaria y las nuevas demandas del mercado laboral (Badulescu et al., 2025). En este contexto, los hallazgos permiten plantear una ruta formativa progresiva que comience con la adquisición de conocimientos fundamentales sobre inteligencia artificial, continúe con su aplicación práctica y supervisada en escenarios propios de la psicología y culmine con el reconocimiento formal de las competencias adquiridas mediante microcredenciales. Esta progresión se representa en la figura 11.2.

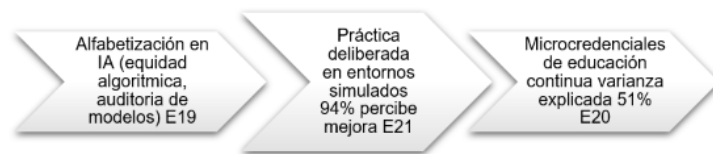


Figura 11.2. Ruta formativa propuesta para el desarrollo de competencias en Psicología 5.0.

11.3. Microcredenciales para cerrar la brecha entre formación universitaria y mercado laboral

La revisión sistemática permitió examinar de manera integrada cómo la inteligencia artificial está transformando distintos ámbitos de la práctica psicológica, particularmente la evaluación y el diagnóstico, la intervención, el uso y la validación de instrumentos, los procedimientos metodológicos y la formación de competencias profesionales. Los 21 estudios analizados muestran que la





incorporación de estas tecnologías avanza con rapidez y dispone de evidencia empírica creciente. Sin embargo, este desarrollo técnico no ha estado acompañado por una transformación equivalente de los procesos formativos. La literatura identifica competencias necesarias para utilizar la inteligencia artificial de manera crítica, ética y profesional, pero todavía existe una brecha importante entre estas necesidades y su incorporación en programas de formación continua certificables.

En el ámbito de la evaluación y el diagnóstico, los resultados muestran un desempeño variable entre los modelos analizados. Weber et al. (2025) obtuvieron un área bajo la curva de 0,88 mediante un modelo multimodal, mientras que Papini et al. (2023); y Rajagopalan et al. (2024) reportaron valores entre 0,74 y 0,79 en procesos de validación externa. Estas diferencias sugieren que la integración de distintas fuentes de información puede incrementar la capacidad discriminativa de los modelos, aunque un buen desempeño en determinados conjuntos de datos no garantiza necesariamente su generalización a otras poblaciones o contextos. Para la práctica psicológica, esto exige competencias que permitan interpretar críticamente el rendimiento de los sistemas y reconocer sus alcances y limitaciones antes de incorporarlos a la toma de decisiones profesionales (McBride et al., 2025).

Esta necesidad adquiere mayor relevancia cuando se consideran los posibles sesgos incorporados en los sistemas algorítmicos. Obermeyer et al. (2019) demostraron que determinadas decisiones relacionadas con el diseño y las variables utilizadas por un algoritmo pueden generar desigualdades importantes entre grupos poblacionales. Desde otra perspectiva, Goh et

al. (2025) evidenciaron la necesidad de valorar críticamente las recomendaciones generadas mediante inteligencia artificial y mantener el juicio profesional durante su utilización. En conjunto, estos hallazgos muestran que la supervisión humana constituye un componente esencial de los sistemas de apoyo a la decisión y no una medida complementaria que pueda omitirse cuando el desempeño técnico del modelo parece adecuado.

En relación con los instrumentos y su validación, Dukanovic y Krpan (2025) introducen un matiz importante frente al entusiasmo generado por la evaluación automatizada de la personalidad. La disminución del sesgo asociado con la discapacidad social no implica necesariamente una mejora equivalente de la validez predictiva. Las diferencias encontradas entre las dimensiones del modelo de los cinco grandes rasgos de personalidad indican que la sustitución de instrumentos psicométricos tradicionales por sistemas algorítmicos todavía no cuenta con respaldo uniforme. En consecuencia, la incorporación de estas herramientas requiere conservar los principios de evaluación psicométrica y someter los resultados algorítmicos a procesos rigurosos de validación. Desde el punto de vista formativo, las competencias profesionales necesarias no deberían limitarse al manejo operativo de herramientas digitales, sino incorporar conocimientos sobre validez, confiabilidad, interpretación de resultados y evaluación crítica de modelos.

La evidencia sobre las intervenciones psicológicas mediadas por inteligencia artificial presenta resultados igualmente heterogéneos. Heinz et al. (2025) encontraron resultados favorables respecto de la alianza terapéutica percibida en la interacción con un chatbot, mientras que Moore et al. (2025) identificaron respuestas estigmatizantes





e inapropiadas que cuestionan la posibilidad de sustituir de manera segura a los profesionales de la salud mental. De forma complementaria, Karkosz et al. (2024) no encontraron una superioridad clara del chatbot evaluado frente a modalidades tradicionales de autoayuda. Estos resultados indican que el potencial de la inteligencia artificial en la intervención psicológica debe interpretarse con cautela. La evidencia disponible respalda principalmente su utilización como recurso complementario y supervisado, antes que como sustituto autónomo de la intervención profesional.

Uno de los hallazgos de mayor relevancia para la formación profesional procede de Badulescu et al. (2025), quienes identificaron la preparación para empleos relacionados con la inteligencia artificial como un factor relevante para responder a las nuevas demandas laborales. Este resultado refuerza la necesidad de establecer una mayor correspondencia entre las transformaciones tecnológicas del mercado laboral y los procesos de formación universitaria. No obstante, la evidencia revisada también revela una limitación significativa: ninguno de los estudios incluidos desarrolla de manera completa una propuesta operativa de microcredenciales orientada específicamente a las competencias requeridas por los profesionales de la psicología. Por tanto, la literatura permite reconocer qué conocimientos y capacidades resultan necesarios, pero todavía ofrece escasa orientación sobre cómo estructurarlos, certificarlos y evaluar su transferencia efectiva a la práctica profesional.

La interpretación de los resultados debe considerar la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos. La revisión integra investigaciones predictivas, experimentales, cuasiexperimentales, cualitativas y de métodos

mixtos, con muestras, contextos y criterios de evaluación diferentes. Esta diversidad permite obtener una perspectiva amplia del fenómeno, pero dificulta la comparación directa de los resultados y limita la posibilidad de establecer conclusiones uniformes sobre la efectividad de las distintas aplicaciones de inteligencia artificial.

Otra limitación deriva de la rapidez con que evolucionan estas tecnologías. Los modelos, plataformas y procedimientos evaluados pueden modificarse o ser sustituidos en periodos relativamente breves, por lo que algunos resultados deben interpretarse como evidencia correspondiente a una etapa determinada del desarrollo tecnológico. Asimismo, la concentración de investigaciones en países de ingresos altos limita la transferencia directa de los hallazgos a contextos latinoamericanos y, particularmente, al sistema de educación superior mexicano. Las diferencias en infraestructura tecnológica, regulación, formación profesional, acceso a recursos y condiciones laborales pueden modificar sustancialmente la manera en que estas herramientas son adoptadas y utilizadas.

También debe considerarse la limitada evidencia disponible sobre formación certificable. Aunque varios estudios identifican necesidades relacionadas con alfabetización en inteligencia artificial, evaluación crítica, ética, supervisión y comprensión de sesgos, la ausencia de experiencias consolidadas de microcredenciales impide determinar todavía cuáles serían sus contenidos, duración, mecanismos de evaluación y efectos sobre el desempeño profesional y la empleabilidad.

Los resultados evidencian una distancia entre el desarrollo tecnológico y su incorporación sistemática a la formación universitaria. Mientras





las aplicaciones de inteligencia artificial avanzan en evaluación, diagnóstico, intervención y análisis de información, los procesos curriculares requieren periodos considerablemente mayores para incorporar nuevas competencias. Esta diferencia puede generar una formación profesional que no responda con suficiente rapidez a las transformaciones del ejercicio de la psicología.

Los resultados de Badulescu et al. (2025) respaldan la importancia de preparar a los futuros profesionales para escenarios laborales mediados por inteligencia artificial. En este sentido, la formación universitaria necesita trascender el aprendizaje instrumental de determinadas plataformas y favorecer competencias transferibles que permitan comprender, evaluar y utilizar críticamente tecnologías que continuarán evolucionando. La alfabetización digital debe complementarse con conocimientos metodológicos, psicométricos y éticos que permitan determinar cuándo una herramienta es apropiada, cómo interpretar sus resultados y cuáles son los límites de su utilización profesional.

La relación entre los resultados de Chin et al. (2023); y Obermeyer et al. (2019) muestra, además, que la formación no debería concentrarse exclusivamente en el dominio técnico. La identificación y mitigación de sesgos, la transparencia algorítmica, la protección de los datos, la comunicación con los usuarios y la responsabilidad profesional constituyen dimensiones esenciales de una práctica psicológica asistida por inteligencia artificial. En consecuencia, una microcredencial orientada a este campo debería integrar conocimientos tecnológicos con competencias éticas, metodológicas y profesionales.

Para las instituciones de educación superior mexicanas, estos resultados plantean la necesidad de revisar progresivamente los perfiles de egreso y los mecanismos utilizados para valorar las competencias profesionales. La transformación tecnológica de la psicología hace pertinente considerar la alfabetización en inteligencia artificial, la evaluación crítica de modelos y la ética algorítmica como componentes de la formación contemporánea. Su incorporación, sin embargo, debe sustentarse en evidencia y acompañarse de mecanismos de evaluación que permitan comprobar que las competencias adquiridas pueden transferirse a situaciones profesionales reales.

Las investigaciones futuras deberían avanzar desde la identificación de competencias hacia el diseño, implementación y evaluación empírica de programas formativos específicos. Una línea prioritaria consiste en desarrollar microcredenciales dirigidas a profesionales y estudiantes de psicología que integren alfabetización en inteligencia artificial, evaluación crítica de modelos, fundamentos psicométricos, identificación de sesgos, protección de datos, comunicación profesional y supervisión de herramientas algorítmicas.

También resulta necesario ampliar la evidencia procedente de América Latina. La replicación de estudios como el de Badulescu et al. (2025) permitiría determinar si la relación entre preparación tecnológica y demanda laboral se mantiene en contextos caracterizados por condiciones educativas, económicas y profesionales diferentes. Particularmente en México, sería pertinente analizar las competencias digitales demandadas por empleadores, instituciones sanitarias, organizaciones educativas y servicios





psicológicos para establecer propuestas formativas ajustadas a las necesidades reales del contexto.

Asimismo, se requieren estudios longitudinales que permitan determinar si las competencias adquiridas mediante programas breves de formación se mantienen en el tiempo y se transfieren efectivamente al desempeño profesional. La evaluación de una microcredencial no debería limitarse a comprobar la adquisición inmediata de conocimientos, sino considerar su aplicación en situaciones reales, la capacidad para reconocer errores o sesgos algorítmicos y la toma de decisiones responsables.

Finalmente, será necesario analizar los mecanismos institucionales para reconocer y articular estas certificaciones con la formación universitaria. Las microcredenciales pueden constituir una alternativa flexible para responder a transformaciones tecnológicas aceleradas, pero su utilidad dependerá de que cuenten con criterios claros de calidad, evaluación y reconocimiento académico y profesional.

La evidencia revisada muestra que la inteligencia artificial está modificando de manera progresiva la evaluación, el diagnóstico, la intervención, la validación de instrumentos y los procedimientos profesionales vinculados con la psicología. Este proceso demanda nuevas competencias relacionadas con la alfabetización en inteligencia artificial, la evaluación crítica de modelos, la gestión ética de sesgos, la interpretación de resultados y la comunicación profesional.

Sin embargo, la principal brecha identificada no reside únicamente en reconocer estas competencias, sino en traducirlas en trayectorias formativas estructuradas, evaluables y certificables. En este escenario, las microcredenciales representan una posibilidad para articular la actualización profesional con

las demandas emergentes de la Psicología 5.0, siempre que su diseño se sustente en evidencia, mantenga la supervisión profesional y responda a las condiciones específicas de los contextos educativos y laborales en los que serán implementadas.

Referencias

- Badulescu, D., Simut, R., Bodog, S. A., Badulescu, A., Simut, C., & Zapodeanu, D. (2025). Shaping AI-related competencies for labor market and business: A PLS-SEM approach. *International Journal of Computers Communications & Control*, 20(1), 6894. <https://doi.org/10.15837/IJCCC.2025.1.6894>
- Basterfield, C., & Newman, M. G. (2025). Development of a machine learning-based multivariable prediction model for the naturalistic course of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 110, 102978. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.102978>
- Cecil, J., Kleine, A. K., Lerner, E., & Gaube, S. (2025). Mental health practitioners' perceptions and adoption intentions of AI-enabled technologies: An international mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 25, 556. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12715-8>
- Chin, M. H., Afsar-Manesh, N., Bierman, A. S., Chang, C., Colón-Rodríguez, C. J., Dullabh, P., Duran, D. G., Fair, M., Hernandez-Boussard, T., Hightower, M., Jain, A., Jordan, W. B., Konya, S., Moore, R. H., Moore, T. T., Rodriguez, R., Shaheen, G., Snyder, L. P., Srinivasan, M., ... Ohno-Machado, L. (2023). Guiding principles to address the impact of algorithm bias on racial and ethnic disparities in health and health care. *JAMA Network Open*, 6(12), e2345050. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.45050>





- Cohen, J., Wright-Berryman, J., Rohlfs, L., Trocinski, D., Daniel, L. M., & Klatt, T. W. (2022). Integration and validation of a natural language processing machine learning suicide risk prediction model based on open-ended interview language in the emergency department. *Frontiers in Digital Health*, 4, 818705. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.818705>
- De Graaff, A. M., Habashneh, R., Fanatseh, S., Keyan, D., Akhtar, A., Abualhaija, A., Faroun, M., Aqel, I. S., Dardas, L., Servili, C., van Ommeren, M., Bryant, R., & Carswell, K. (2025). Evaluation of a guided chatbot intervention for young people in Jordan: Feasibility randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 12, e63515. <https://doi.org/10.2196/63515>
- Dukanovic, D., & Krpan, D. (2025). Comparing chatbots to psychometric tests in hiring: Reduced social desirability bias, but lower predictive validity. *Frontiers in Psychology*, 16, 1564979. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1564979>
- García-Torres, D., Fernández, C., Mira, J. J., Morales, A., & Vicente, M. A. (2025). Using AI-based virtual simulated patients for training in psychopathological interviewing: Cross-sectional observational study. *JMIR Medical Education*, 11, e78857. <https://doi.org/10.2196/78857>
- Goh, E., Bunning, B., Khoong, E. C., Gallo, R. J., Milstein, A., Centola, D., & Chen, J. H. (2025). Physician clinical decision modification and bias assessment in a randomized controlled trial of AI assistance. *Communications Medicine*, 5, 59. <https://doi.org/10.1038/s43856-025-00781-2>

- Heinz, M. V., Mackin, D. M., Trudeau, B. M., Bhattacharya, S., Wang, Y., Banta, H. A., Jewett, A. D., Salzhauer, A. J., Griffin, T. Z., & Jacobson, N. C. (2025). Randomized trial of a generative AI chatbot for mental health treatment. *NEJM AI*, 2(4). <https://doi.org/10.1056/Aloa2400802>
- Jeon, I., Kim, M., So, D., Kim, E. Y., Nam, Y., Kim, S., Shim, S., Kim, J., & Moon, J. (2024). Reliable autism spectrum disorder diagnosis for pediatrics using machine learning and explainable AI. *Diagnostics*, 14(22), 2504. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14222504>
- Karkosz, S., Szymański, R., Sanna, K., & Michałowski, J. (2024). Effectiveness of a web-based and mobile therapy chatbot on anxiety and depressive symptoms in subclinical young adults: Randomized controlled trial. *JMIR Formative Research*, 8, e47960. <https://doi.org/10.2196/47960>
- McBride, L., Badal, V. D., Harvey, P. D., Pinkham, A., Aich, A., Parde, N., & Depp, C. (2025). Evaluating natural language processing derived linguistic features associated with current suicidal ideation, past attempts, and future suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Research*, 187, 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.05.004>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.02.007>





- Moore, J., Grabb, D., Agnew, W., Klyman, K., Chancellor, S., Ong, D. C., & Haber, N. (2025). Expressing stigma and inappropriate responses prevents LLMs from safely replacing mental health providers. *2025 ACM Conference on Fairness, Accountability, and Transparency*. Atenas, Grecia.
- Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, 366(6464), 447–453. <https://doi.org/10.1126/science.aax2342>
- Papini, S., Norman, S. B., Campbell-Sills, L., Sun, X., He, F., Kessler, R. C., Ursano, R. J., Jain, S., & Stein, M. B. (2023). Development and validation of a machine learning prediction model of posttraumatic stress disorder after military deployment. *JAMA Network Open*, 6(6), e2321273. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.21273>
- Rajagopalan, S. S., Zhang, Y., Yahia, A., & Tammimies, K. (2024). Machine learning prediction of autism spectrum disorder from a minimal set of medical and background information. *JAMA Network Open*, 7(8), e2429229. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.29229>
- Reis, M., Reis, F., & Kunde, W. (2024). Influence of believed AI involvement on the perception of digital medical advice. *Nature Medicine*, 30, 3098–3100. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03180-7>
- Sanz, A., Tapia, J. L., García-Carpintero, E., Rocabado, J. F., & Pedrajas, L. M. (2025). ChatGPT simulated patient: Use in clinical training in psychology. *Psicothema*, 37(3), 23–32. <https://doi.org/10.70478/PSICOTHEMA.2025.37.21>

- Siddals, S., Torous, J., & Coxon, A. (2024). "It happened to be the perfect thing": Experiences of generative AI chatbots for mental health. *npj Mental Health Research*, 3, 48. <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00097-4>
- Wang, Y., Li, X., Zhang, Q., Yeung, D., & Wu, Y. (2025). Effect of a cognitive behavioral therapy-based AI chatbot on depression and loneliness in Chinese university students: Randomized controlled trial with financial stress moderation. *JMIR mHealth and uHealth*, 13, e63806. <https://doi.org/10.2196/63806>
- Weber, J., Weber, M., & Lopez Alcaraz, J. M. (2025). Depression diagnosis from patient interviews using multimodal machine learning. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1694762. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1694762>





12.

El otro significativo en la construcción de la subjetividad: análisis clínico desde el psicoanálisis relacional

Cynthia del Carmen
Gómez Gallardo

12.1. Intersubjetividad, afecto y construcción relacional de la subjetividad

Toda vida humana se encuentra atravesada por el deseo de llegar a ser alguien importante, significativo y valioso para otro que, a su vez, ocupa un lugar igualmente significativo y valioso. Esta premisa constituye uno de los fundamentos filosóficos y hermenéuticos del psicoanálisis relacional, perspectiva que

comprende al sujeto no como una entidad aislada, sino como una realidad psíquica que se constituye, se transforma y adquiere sentido en el encuentro con los demás. Desde esta mirada, la subjetividad se configura en una trama de vínculos en la que la presencia del otro resulta decisiva para la construcción de la identidad, la experiencia emocional y la manera en que cada persona se reconoce a sí misma y se posiciona en el mundo.

Durante las últimas décadas, el psicoanálisis relacional ha consolidado un abordaje teórico, técnico y clínico coherente para comprender la organización subjetiva a partir de las relaciones interpersonales. Sus fundamentos recuperan desarrollos iniciados en la tradición psicoanalítica y los amplían mediante una concepción de la vida psíquica en la que la intersubjetividad ocupa un lugar central. Desde esta perspectiva, la organización y la dinámica intrapsíquicas no pueden explicarse al margen de las experiencias relacionales que participan en su constitución, particularmente aquellas establecidas durante las primeras etapas de la vida.

La intersubjetividad permite comprender la estructuración psíquica dentro del contexto y de la trama de las relaciones vinculares. Lo que una persona siente, piensa y experimenta acerca de sí misma no surge exclusivamente de procesos internos, sino también de los encuentros, reconocimientos, frustraciones, afectos y experiencias compartidas con otras personas significativas. De este modo, el psicoanálisis relacional concede especial relevancia al intercambio intersubjetivo en la integración del self y sitúa los vínculos como espacios fundamentales para comprender tanto la formación de la subjetividad como sus posibilidades de transformación.





Esta perspectiva articula su elaboración teórica y su práctica terapéutica alrededor de los afectos, la experiencia emocional y las relaciones que intervienen en el desarrollo de la persona. El sujeto es comprendido desde la complejidad de su historia vincular y desde las formas particulares mediante las cuales esas experiencias continúan organizando su manera de relacionarse consigo mismo y con los demás. Por ello, la experiencia emocional no constituye un aspecto secundario del proceso terapéutico, sino una dimensión fundamental para comprender cómo se organiza y transforma la vida psíquica.

En el ámbito clínico, esta concepción adquiere especial relevancia al reconocer el potencial terapéutico de la interacción entre el paciente y el analista. El encuentro analítico deja de concebirse únicamente como un espacio destinado a revelar contenidos previamente constituidos y pasa a entenderse también como una experiencia relacional capaz de producir nuevas formas de significación. La relación terapéutica se convierte así en un escenario en el que pueden manifestarse patrones vinculares anteriores, pero también generarse experiencias diferentes que permitan transformar las maneras habituales de sentir, interpretar y relacionarse.

Desde este enfoque, lo intrapsíquico se concibe como profundamente relacionado con la internalización de experiencias, vivencias y afectos interpersonales generados en el intercambio intersubjetivo. La vida psíquica conserva las huellas de esos encuentros, de modo que las relaciones significativas participan en la construcción de las representaciones que la persona desarrolla acerca de sí misma, de los otros y de sus posibilidades de ser reconocida, valorada y amada. Comprender al sujeto exige,

por tanto, atender tanto a su mundo interno como a la historia relacional en la que ese mundo se ha configurado.

A partir de estas premisas se presenta el análisis del caso clínico desde algunos de los conceptos fundamentales del psicoanálisis relacional, considerando su orientación teórica y sus implicaciones para el abordaje psicoterapéutico. El interés se concentra en comprender la lógica del inconsciente, la estructura subjetiva y la posición del analista dentro de la transferencia, atendiendo a las particularidades del caso, la historia del paciente y los discursos mediante los cuales organiza y expresa su experiencia.

El análisis busca mostrar cómo el psicoanálisis relacional abre la posibilidad de construir un nuevo sistema intersubjetivo en el espacio terapéutico. En este sistema, el reconocimiento mutuo y la validación afectiva entre el analista y el paciente adquieren una función transformadora, pues permiten que experiencias previamente organizadas alrededor del rechazo, la desvalorización, la incomprensión o la ausencia de reconocimiento puedan ser elaboradas desde una experiencia vincular diferente. La relación terapéutica puede convertirse, de esta manera, en un espacio desde el cual el sujeto resignifique su propia valía y reconstruya el lugar que considera posible ocupar en el mundo interpersonal.

Desde la metapsicología freudiana puede reconocerse la presencia del otro como una referencia indispensable para comprender la integración del yo. En el plano técnico, la participación del otro como sujeto capaz de producir efectos transformadores adquiere especial importancia a partir del concepto de transferencia. Freud (1992) permitió comprender que aquello que acontece entre paciente y





analista no constituye un fenómeno accesorio al tratamiento, sino una dimensión fundamental del proceso analítico, en la medida en que dentro de esa relación reaparecen formas de sentir, representar y vincularse construidas en experiencias anteriores.

En las manifestaciones transferenciales se produce una recreación de fantasías cuyo destino es “la persona del médico” y que constituyen la superposición de algo anterior sobre algo actual (como se citó en Bernard, 1996, p. 15). Esta formulación resulta especialmente relevante porque permite comprender que el vínculo terapéutico se encuentra atravesado por la historia relacional del paciente. El presente de la relación analítica puede convertirse así en el escenario donde experiencias anteriores reaparecen, adquieren nuevos significados y encuentran posibilidades diferentes de elaboración.

La transferencia constituye, desde esta perspectiva, un elemento fundamental de la relación analítica. El otro ocupa un lugar primordial en la constitución del sujeto, por lo que la experiencia transferencial permite observar cómo las configuraciones vinculares previas se actualizan dentro del encuentro terapéutico. En este sentido, se sostiene que no es el análisis, sino la transferencia, aquello que constituye la base, el alma y el motor de una relación originaria en la que el otro aparece primero en relación con el sujeto (como se citó en Laplanche & Pontalis, 1996).

Ferenczi (2016) otorgó especial importancia a la función del vínculo mutuo entre el paciente y el analista dentro de la sesión. Su planteamiento permitió avanzar hacia una comprensión del tratamiento en la que ambos participantes forman parte activa del campo terapéutico. El encuentro

analítico puede entenderse entonces como el encuentro entre dos subjetividades y dos mundos inconscientes que se afectan recíprocamente. Esta concepción de la mutualidad modifica la imagen de un analista completamente separado de aquello que observa y reconoce que su presencia, sus respuestas y su experiencia participan inevitablemente en la configuración del proceso terapéutico.

En esta misma dirección, García (2019) concibe la transferencia como una tensión dialéctica entre dos inconscientes que permanecen en un proceso continuo de cocreación y deconstrucción. La relación analítica no se limita, por tanto, a reproducir mecánicamente el pasado del paciente, sino que constituye un espacio dinámico donde los significados se actualizan, se confrontan y pueden transformarse. El vínculo terapéutico adquiere así una capacidad creadora, porque aquello que emerge dentro de la relación pertenece tanto a la historia que el paciente lleva consigo como a la experiencia singular que se produce en el encuentro presente.

El conocimiento del yo solo puede acontecer plenamente a través de la alteridad. El otro funciona como interlocutor, presencia y referencia desde la cual el sujeto puede reconocerse, diferenciarse y elaborar aspectos de sí mismo que difícilmente podrían adquirir significado en aislamiento. Esta idea permite comprender por qué la relación terapéutica ocupa un lugar tan relevante en el psicoanálisis relacional: conocer al sujeto implica necesariamente comprender la manera en que se ha constituido dentro de sus vínculos y cómo continúa organizándose en las relaciones presentes.

Para Aron (1996), la mutualidad remite precisamente a la influencia y regulación recíprocas que se





generan entre el paciente y el analista, tanto de manera consciente como inconsciente. Ninguno de los participantes permanece completamente ajeno a la experiencia del otro. Ambos intervienen en la configuración del campo relacional, aunque lo hagan desde posiciones, responsabilidades y funciones diferentes. Reconocer esta influencia mutua no elimina la especificidad de la función analítica, sino que permite comprender con mayor profundidad los procesos que se producen dentro del vínculo terapéutico.

Mitchell (1993), uno de los principales representantes del modelo relacional, profundiza esta concepción al sostener que la mente nace y se desarrolla dentro de un contexto interhumano. Desde este planteamiento, resulta insuficiente conceptualizar la vida psíquica como el funcionamiento de una mente aislada de los vínculos que la constituyen. El ser humano no llega a convertirse en persona de manera abstracta, aislada o en soledad, sino mediante relaciones en las que aprende a reconocerse, interpretar a los demás y otorgar significado a su propia experiencia.

En consecuencia, el psicoanálisis relacional desplaza la comprensión del sujeto desde una interioridad autosuficiente hacia una subjetividad constituida y transformada en relación. El vínculo no representa simplemente el escenario donde se manifiesta la vida psíquica, sino una de las condiciones fundamentales de su existencia y transformación. Esta perspectiva adquiere especial fuerza en el trabajo clínico, donde el encuentro entre paciente y analista puede convertirse en una experiencia capaz de cuestionar formas relacionales previamente establecidas y favorecer nuevas posibilidades de reconocimiento, valoración y construcción de sentido.

Desde el nacimiento, el establecimiento de vínculos seguros constituye una necesidad emocional fundamental para la supervivencia y una condición esencial para la integración psíquica. Las primeras experiencias relacionales proporcionan al infante un marco desde el cual comienza a organizar sus estados internos, reconocer sus necesidades y construir progresivamente una experiencia de sí mismo diferenciada y coherente.

La interacción entre el bebé y sus padres o cuidadores desempeña un papel decisivo en este proceso. Las respuestas afectivas de quienes lo cuidan, así como sus fantasías, expectativas y deseos conscientes e inconscientes respecto del hijo, participan en la organización de las modalidades del carácter y en las formas iniciales de vinculación. La subjetividad comienza, por tanto, a constituirse dentro de una matriz relacional en la que las experiencias tempranas dejan huellas que pueden permanecer inscritas en niveles de la experiencia anteriores a su elaboración verbal.

Desde esta perspectiva, existe una matriz relacional desde el comienzo de la vida. Las vivencias de este periodo no necesariamente se conservan como recuerdos narrativos, pero pueden permanecer organizadas como experiencias emocionales, corporales y vinculares que influyen posteriormente en la manera de percibirse a sí mismo y de relacionarse con los demás. Este contexto permite comprender por qué, desde esta orientación, el psicoanálisis puede considerarse esencialmente relacional.

Lo que se denomina desarrollo temprano constituye un complejo sistema intersubjetivo conformado por múltiples subjetividades entrecruzadas que hacen posible el desarrollo de la subjetividad del infante (Sassenfeld, 2024). En consecuencia, el psicoanálisis relacional se





orienta a explorar, comprender y transformar subjetividades contextualizadas dentro de relaciones caracterizadas por procesos de influencia mutua. El sujeto no puede comprenderse independientemente de los vínculos en los que se ha constituido y continúa desarrollándose.

El encuentro de al menos dos subjetividades configura un sistema intersubjetivo en cuyo interior se producen procesos conscientes e inconscientes. En el ámbito clínico, este principio permite comprender el encuentro entre paciente y analista como un campo relacional dinámico en el que ambas subjetividades participan, desde posiciones diferentes, en la construcción de la experiencia terapéutica. Dentro de este marco, el self puede comprenderse como una organización de experiencias capaz de integrar contenidos emocionales, corporales, psíquicos y relacionales.

La construcción del self constituye un proceso dinámico, sistemático y evolutivo que se configura mediante las relaciones interpersonales. A partir de diversas constelaciones relacionales se construyen el sentido de sí mismo, las pautas de interacción y las posibilidades de establecer vínculos seguros (Vargas, 2025). De esta manera, la identidad no representa una estructura completamente cerrada o independiente, sino una organización que se desarrolla y transforma a través de las experiencias vinculares.

Lo que acontece dentro de estos sistemas intersubjetivos puede producir consecuencias corporales, emocionales, psíquicas y relacionales. Cuando determinadas experiencias exceden las posibilidades de integración de la persona, especialmente en contextos traumáticos, pueden producirse procesos de disociación de estados del self (Sassenfeld, 2024). El trauma adquiere así una dimensión profundamente relacional, pues

no depende únicamente de la intensidad de un acontecimiento, sino también de las posibilidades de regulación, reconocimiento y protección disponibles dentro del contexto interpersonal.

En situaciones traumáticas, particularmente cuando el sujeto es tratado como un objeto explotable, indigno o carente de valor, sobre el cual se proyecta odio o se ejerce violencia, los estados del *self* pueden encontrar serias dificultades para regular los afectos. Esta situación se intensifica cuando el contexto relacional carece de una figura protectora capaz de reconocer, contener y ayudar a elaborar el desbordamiento emocional. La ausencia de ese reconocimiento puede convertir una experiencia dolorosa en una vivencia difícil de integrar dentro de una organización coherente de sí mismo.

La violencia, además, no siempre se manifiesta mediante agresiones evidentes. Puede adoptar formas sutiles mediante mensajes ambiguos, contradictorios y ambivalentes que reducen al sujeto a la condición de objeto, invisibilizan sus emociones y necesidades o descalifican sistemáticamente su subjetividad (Vargas, 2025). Estas experiencias pueden afectar profundamente la construcción de la identidad porque comprometen una necesidad relacional fundamental: ser reconocido por otro como una persona cuya experiencia posee legitimidad, dignidad y valor.

Brandchaft (como se citó en Doctors, 2011) incorporó a la teoría de los sistemas intersubjetivos el concepto de acomodación patológica, entendido como un proceso mediante el cual el infante adapta su experiencia y su comportamiento a las necesidades de su cuidador para preservar un vínculo del que depende emocionalmente. Esta adaptación permite comprender cómo





determinadas formas de sometimiento pueden organizarse tempranamente como estrategias destinadas a conservar relaciones indispensables.

En estas circunstancias, el niño puede experimentar su propia vivencia en función de las necesidades, expectativas y respuestas del cuidador, subordinando aspectos de su subjetividad a la conservación del vínculo. Cuando esta modalidad se consolida, puede convertirse en una estructura relacional que dificulta posteriormente el establecimiento de vínculos íntimos caracterizados por la reciprocidad y limita el desarrollo de un sentido de sí mismo individual, particular y singular. El vínculo que inicialmente garantiza protección puede transformarse, de este modo, en el espacio donde la propia subjetividad queda condicionada por la necesidad de acomodarse al otro.

El afecto constituye otro concepto fundamental del psicoanálisis relacional. No representa únicamente una reacción interna del individuo, sino una experiencia que adquiere significado, regulación y posibilidades de transformación dentro de contextos intersubjetivos. Desde esta perspectiva, los afectos permiten comprender la estrecha relación existente entre el cuerpo, la experiencia subjetiva y los vínculos que proporcionan reconocimiento y contención emocional.

Para Orange et al. (2012), el afecto constituye el centro motivacional de la experiencia subjetiva. Se encuentra encarnado en el cuerpo, emerge dentro de contextos relacionales y puede transformarse mediante ellos. Esta concepción adquiere especial importancia frente a experiencias emocionales intensas, pues “el afecto doloroso o amenazante puede volverse traumático en ausencia de un hogar relacional” (León & Ortuzar, 2020, p. 45). La

posibilidad de elaborar una experiencia afectiva depende, por tanto, no solo de los recursos internos del sujeto, sino también de la existencia de relaciones capaces de recibir, reconocer y contener aquello que está experimentando.

Stern (1991) propuso una comprensión intersubjetiva del afecto centrada en la regulación mutua de la experiencia emocional entre la madre y el infante. Desde esta perspectiva, las primeras interacciones permiten que los estados afectivos sean reconocidos, modulados y progresivamente integrados. Cuando se producen déficits o irregularidades persistentes en esta sincronía, pueden generarse dificultades en la organización del *self* corporal y en la capacidad del niño para reconocer, asumir y habitar su propio cuerpo como parte integrada de su experiencia subjetiva.

La posibilidad de representar simbólicamente los afectos como sentimientos, y no únicamente experimentarlos como sensaciones corporales, depende de la existencia de un contexto intersubjetivo facilitador (Stern, 1991). La presencia de otro capaz de reconocer y responder a los estados emocionales contribuye a que el infante transforme experiencias inicialmente corporales en estados progresivamente identificables, diferenciados y dotados de significado. De esta manera, la regulación afectiva constituye simultáneamente un proceso intrapsíquico e interpersonal.

El afecto representa, en consecuencia, un componente central de la vida psíquica y no puede comprenderse independientemente del contexto relacional en el que surge, se expresa y se transforma. La experiencia emocional se construye en el intercambio con otros y encuentra en las relaciones posibilidades tanto de regulación e integración como de desorganización y trauma.





Desde el psicoanálisis relacional, comprender el sufrimiento psíquico exige entonces atender no solo a aquello que la persona siente, sino también a las relaciones dentro de las cuales aprendió qué podía sentir, cómo podía expresarlo y si su experiencia emocional sería reconocida, contenida o descalificada.

12.2. El vínculo terapéutico y la transformación subjetiva en el psicoanálisis relacional

El giro fenomenológico que representa el psicoanálisis relacional alcanza también su abordaje psicoterapéutico. Se trata de una psicoterapia centrada en la relación, orientada a comprender y trabajar con el sufrimiento psíquico desde la experiencia que se construye entre paciente y analista. Su propósito no se limita a identificar el origen del malestar, sino que busca favorecer el desarrollo de la capacidad de agencia de la persona, de modo que pueda reconocer sus patrones relacionales, elaborar sus experiencias emocionales y construir alternativas que incidan favorablemente en su desarrollo.

Desde esta perspectiva, el contexto relacional determina qué principio organizador adquiere relevancia en un momento específico de la experiencia. Un principio organizador se activa cuando una situación es vivida como emocionalmente significativa y encuentra correspondencia con formas previamente constituidas de experimentar el mundo, a los otros y a sí mismo (Orange et al., 2012). Por ello, la experiencia presente no puede comprenderse de manera aislada, pues se encuentra atravesada por significados contruidos en la historia relacional de la persona.

Los principios organizadores representan los intentos del niño por conferir estructura y continuidad a su sentimiento de sí mismo dentro de sus experiencias afectivas y relacionales. El psiquismo se integra progresivamente a partir de las modalidades y la calidad de las primeras relaciones significativas de la infancia. Cuando estas relaciones proporcionan reconocimiento, protección y regulación afectiva, favorecen una organización más segura de la experiencia; cuando predominan la negligencia, la descalificación, la violencia o la ausencia afectiva, pueden configurarse principios organizadores asociados con sentimientos de vulnerabilidad, inferioridad, abandono o falta de valía.

En continuidad con esta aproximación teórica, Sassenfeld (como se citó en Álvarez Cuevas et al., 2016) identifica transformaciones relevantes producidas en el psicoanálisis contemporáneo. Una de ellas consiste en situar la experiencia vivida en el centro de la comprensión clínica. La práctica terapéutica se orienta hacia una interpretación comprensiva construida mediante el diálogo entre dos subjetividades. Asimismo, el proceso terapéutico considera los contextos relacionales en los que se configuran tanto la experiencia subjetiva del paciente como la del terapeuta. A ello se añade la importancia de la dimensión no verbal y corporal, entendida como una vía fundamental para comprender experiencias cuya expresión no siempre puede reducirse al lenguaje.

Dentro de este marco adquiere especial relevancia el concepto de vergüenza. En la teoría de los sistemas intersubjetivos, la vergüenza no se concibe exclusivamente como una emoción individual, sino como un sentimiento que emerge y adquiere significado dentro de una compleja red





relacional. Su aparición se encuentra vinculada con la manera en que la persona ha sido mirada, reconocida, valorada o descalificada por otros significativos y, por tanto, puede verse profundamente afectada por las perturbaciones producidas dentro de esos sistemas relacionales.

Ávila-Espada (2008) plantea que la vergüenza puede comprenderse como un sentimiento asociado con la exposición de determinados déficits percibidos del **self**, entre ellos la vulnerabilidad, la inferioridad, la devaluación y la sensación de no pertenencia. La persona puede llegar a experimentarse como defectuosa, inadecuada, indigna de afecto o carente de valor. A diferencia de sentimientos vinculados con una conducta específica, la vergüenza compromete directamente el sentido del **self** y puede adquirir un carácter persistente que atraviesa la forma en que el sujeto se percibe y se relaciona con los demás.

Para preservar la confidencialidad y el anonimato del paciente, se utiliza la denominación H. Se trata de un hombre de 21 años, estudiante universitario y soltero, que mantiene desde hace cuatro años una relación de noviazgo caracterizada por periodos de continuidad e interrupción.

H. solicita iniciar el proceso psicoterapéutico por decisión propia. Al momento de la consulta refiere sentirse profundamente abatido, lastimado, traicionado y sin rumbo. La situación que desencadena la búsqueda de ayuda corresponde a las reiteradas infidelidades de su pareja. Sin embargo, la exploración clínica permite situar este acontecimiento dentro de una historia relacional más amplia, marcada desde edades tempranas por experiencias de abandono, soledad, negligencia afectiva, descalificación y violencia.

H. es el menor de cuatro hermanos. Cuando tenía aproximadamente un año, su madre enfermó y decidió trasladarse a otro estado del país para recibir tratamiento cerca de su familia. H. permaneció entonces con su padre y sus tres hermanos, quienes tenían 14, 17 y 19 años. Aunque sus hermanos asumieron parte de los cuidados esenciales, como alimentarlo y asearlo, estas atenciones no estuvieron acompañadas de una presencia afectiva suficientemente cercana. H. recuerda una infancia caracterizada por la soledad, el aislamiento y la ausencia de vínculos significativos. No jugaban con él, no lo acompañaban en sus actividades escolares ni existían expresiones frecuentes de ternura y afecto. Sus miedos, preocupaciones y necesidades emocionales permanecían prácticamente desconocidos para quienes lo rodeaban.

Durante los tres primeros años de la educación primaria sufrió acoso escolar por parte de algunos compañeros. Las burlas y agresiones verbales estaban relacionadas principalmente con su peso corporal y con su comportamiento callado, retraído y triste. Estas experiencias transcurrieron sin que su padre o sus hermanos advirtieran lo que estaba ocurriendo. H. señala que ninguno de ellos le preguntó por sus vivencias en la escuela, circunstancia que profundizó la experiencia de atravesar el sufrimiento sin una figura disponible que pudiera reconocerlo, protegerlo o ayudarlo a comprender lo sucedido.

De manera reiterada recuerda el miedo intenso que experimentaba ante la posibilidad de quedarse dormido y no despertar a tiempo para asistir a la escuela. Para él, “ir a la escuela” constituía un mandato paterno insistente. Esta vivencia permite observar cómo una actividad cotidiana podía adquirir una intensa carga emocional





dentro de un contexto en el que las exigencias no necesariamente estaban acompañadas de contención, reconocimiento o seguridad afectiva.

Cuando H. cursaba el cuarto año de educación primaria, su madre regresó al hogar. Sin embargo, su presencia no modificó sustancialmente la experiencia de soledad. El retorno materno no significó para él disponer de una figura estable de afecto, reconocimiento, validación y cuidado emocional. La presencia física de la madre no consiguió reparar la ausencia de una relación que pudiera ser experimentada como suficientemente protectora.

Durante la infancia, H. solicitó asistir a clases de karate. Su padre lo acompañaba a los torneos, pero estas experiencias, que podían haber constituido espacios de encuentro y reconocimiento, se transformaban con frecuencia en situaciones de descalificación. Al finalizar las competencias, durante el trayecto de regreso a casa, el padre le reprochaba su desempeño, enfatizaba sus supuestas incapacidades y lo comparaba desfavorablemente con otros. El espacio potencialmente destinado al reconocimiento terminaba reforzando sentimientos de inferioridad y falta de valía.

H. recuerda también numerosos episodios de violencia entre sus padres, incluidas agresiones verbales y físicas. En la actualidad ambos continúan viviendo en la misma casa, aunque permanecen separados y no se dirigen la palabra. La dinámica familiar mantiene un marcado aislamiento interpersonal: la familia no acostumbra comer reunida ni dispone de espacios habituales para conversar sobre asuntos personales. Sus integrantes permanecen emocionalmente separados pese a compartir el mismo hogar.

La relación con el padre continúa caracterizada por la violencia verbal y la descalificación. El padre no estuvo de acuerdo con la carrera universitaria elegida por H. y, al conocer su decisión, le expresó: “te vas a morir de hambre”. Posteriormente intentó convencerlo de abandonar la universidad para aceptar un puesto de trabajo que había conseguido para él. La negativa de H. fue interpretada por el padre como el rechazo de una oportunidad de estabilidad económica y se convirtió en un nuevo motivo de desprecio y recriminación.

La comunicación entre ambos es escasa. Cuando se produce, el padre suele transmitirle de manera directa que no logrará nada en la vida, que es inútil y que carece de capacidades. Estas expresiones reiteradas adquieren especial importancia cuando se consideran dentro de una historia relacional en la que H. ha tenido pocas oportunidades de recibir reconocimiento y validación de figuras significativas.

La madre intenta protegerlo de las humillaciones y descalificaciones paternas. Sin embargo, H. no experimenta necesariamente estas intervenciones como fortalecedoras. Por el contrario, en ocasiones incrementan su sensación de debilidad y vulnerabilidad. La protección, cuando no favorece simultáneamente el reconocimiento de su capacidad de agencia, puede ser vivida como confirmación de la imagen de alguien incapaz de defenderse por sí mismo.

En el psicoanálisis relacional, el encuentro clínico no constituye un espacio neutral ni puede entenderse como la observación distante de un sujeto por parte de otro. El analista participa en un sistema intersubjetivo y necesita desarrollar la capacidad de reconocer y sintonizar con las experiencias emocionales profundas del paciente, incluidas





aquellas que han permanecido históricamente sin reconocimiento o validación.

Durante algunas sesiones con H. se produce una conexión emocional que me permite aproximarme a su experiencia de dolor, soledad y vulnerabilidad. Esta conexión no se entiende como una pérdida de la posición clínica, sino como parte de un encuentro sustentado en la intersubjetividad y en el reconocimiento del valor del afecto dentro del proceso terapéutico.

La sintonía afectiva adquiere aquí una función fundamental. Las experiencias emocionales no se producen al margen de las relaciones, sino que se organizan y transforman dentro de ellas. Sassenfeld (2024) comprende la sintonía afectiva en el psicoanálisis relacional como una capacidad profunda de conexión y ajuste mutuo entre paciente y terapeuta. Esta posibilidad de encuentro permite que determinados estados emocionales puedan ser reconocidos y experimentados dentro de una relación diferente de aquellas en las que originalmente se configuraron.

Los mundos experienciales de H. han estado atravesados por el abandono, la soledad, la negligencia, la violencia y la ausencia de reconocimiento afectivo. Dentro de esta historia relacional se ha configurado una experiencia de vergüenza asociada con la percepción de ser vulnerable, tener pocos logros y “ser poca cosa”. Sin embargo, una lectura exclusivamente centrada en sus déficits reproduciría precisamente la lógica de descalificación que ha marcado su historia. Su trayectoria muestra también recursos de resistencia, capacidad de decisión y defensa de aspectos significativos de su identidad.

Por esta razón, durante el proceso terapéutico señalo que, frente a condiciones familiares profundamente adversas, H. ha mostrado

valentía y capacidad para sostener decisiones propias. Entre ellas destaca la defensa de su elección profesional y su negativa a abandonar sus estudios para aceptar un trabajo que, aunque podía proporcionarle estabilidad económica, no correspondía con sus intereses y aspiraciones. Reconocer estos actos permite introducir una experiencia relacional diferente, en la que sus decisiones no son interpretadas como evidencia de incapacidad, sino como expresiones de autonomía y capacidad de agencia.

Velasco(2009)planteaunapreguntaespecialmente pertinente para comprender esta dimensión del trabajo terapéutico: ¿es la experiencia analítica una relación facilitadora de la expresión más genuina de uno mismo? Desde la perspectiva relacional, la respuesta depende en gran medida de la posibilidad de establecer una conexión emocional profunda en la que la identidad construida por el paciente pueda ser comprendida y validada. Esto implica reconocer como legítimos sus afectos de tristeza, rabia, vergüenza y culpa, sin reducirlos a síntomas aislados ni reproducir las experiencias de invalidación que han caracterizado sus vínculos anteriores.

En el trabajo clínico con H., algunas intervenciones se orientan a reconocer explícitamente sus logros académicos y profesionales, así como su capacidad para construir espacios de pertenencia y reconocimiento fuera del contexto familiar. Este señalamiento no pretende ofrecer una valoración tranquilizadora ni sustituir una experiencia dolorosa por una interpretación positiva. Su función consiste en favorecer el reconocimiento de aspectos de sí mismo que han permanecido oscurecidos por años de descalificación y que contradicen el principio organizador según el cual sería incapaz, inferior o carente de valor.





De este modo, la relación terapéutica puede constituirse progresivamente como un espacio en el que H. experimente formas diferentes de ser reconocido. La validación afectiva, la sintonía y el reconocimiento de su capacidad de agencia permiten cuestionar significados construidos en relaciones tempranas caracterizadas por la negligencia y la descalificación. El proceso terapéutico no busca borrar esas experiencias, sino posibilitar que sean comprendidas y resignificadas dentro de un nuevo contexto intersubjetivo, favoreciendo la construcción de una experiencia de sí mismo menos determinada por la vergüenza, la inferioridad y la mirada descalificadora de los otros.

12.3. Organización de la subjetividad y resignificación del self en el caso H

La estructura psíquica de H. se organizó en un contexto relacional caracterizado por importantes limitaciones en las expresiones de amor, calidez, protección y reconocimiento. Desde sus primeros años estuvo inmerso en un mundo predominantemente adulto, en el que las figuras encargadas de su cuidado atendieron algunas de sus necesidades básicas, pero no lograron ofrecerle una experiencia sostenida de acompañamiento emocional. Su desarrollo transcurrió, por tanto, en un contexto interhumano marcado por la escasez de afecto, validación y cuidado emocional.

La interacción entre el bebé y sus padres o cuidadores constituye un elemento fundamental en la organización de las modalidades relacionales y del carácter. Las respuestas de las figuras significativas, así como sus fantasías, expectativas y deseos conscientes e inconscientes respecto del hijo, participan en la manera en que este comienza a experimentarse a sí mismo y a

construir sus primeras representaciones sobre los otros. Desde el nacimiento, establecer puntos de contacto seguros constituye una necesidad emocional fundamental y una condición para la integración psíquica (Mitchell, 1993).

En el caso de H., la ausencia materna durante los primeros años de vida y la limitada disponibilidad emocional de quienes asumieron su cuidado configuraron un escenario de particular vulnerabilidad. Más que atribuir de manera lineal su organización subjetiva a un acontecimiento aislado, resulta necesario comprenderla como producto de una sucesión de experiencias relacionales en las que fueron insuficientes la protección, la sintonía afectiva y el reconocimiento de sus necesidades emocionales.

Stolorow sostiene que los principios organizadores representan los intentos del niño por estructurar un sentimiento de sí mismo dentro de sus experiencias afectivas y relacionales (como se citó en Orange et al., 2012). Desde esta perspectiva, el psiquismo se integra a partir de las modalidades y la calidad de las primeras relaciones significativas. En H., determinadas experiencias de abandono, negligencia, descalificación y falta de reconocimiento adquirieron una elevada significación emocional y contribuyeron a organizar formas persistentes de comprenderse a sí mismo y de anticipar las respuestas de los demás.

El afecto constituye el centro motivacional de la experiencia subjetiva, se encuentra encarnado en el cuerpo y adquiere significado dentro de contextos relacionales. Cuando una experiencia afectiva dolorosa o amenazante no encuentra condiciones intersubjetivas suficientes para ser reconocida, contenida y elaborada, puede adquirir un carácter traumático (Orange et al., 2012). Esta perspectiva permite comprender el sufrimiento



de H. no únicamente a partir de acontecimientos específicos, sino desde la reiteración de experiencias emocionales que carecieron de una respuesta relacional suficientemente protectora.

La relación con el padre estuvo marcada por la descalificación, la invalidación y la vergüenza. Los mensajes reiterados acerca de su supuesta incapacidad e inferioridad contribuyeron a consolidar una experiencia de sí mismo atravesada por la duda sobre su propio valor. Sus hermanos, por otra parte, asumieron cuidados esenciales durante la infancia, pero H. recuerda esos cuidados sin expresiones suficientes de afecto, cercanía o satisfacción por compartir con él. De este modo, pudo experimentar que era atendido como una responsabilidad, pero no necesariamente reconocido como alguien cuya presencia despertaba interés, ternura y deseo de protección.

La relación con la madre presenta una configuración diferente, aunque igualmente compleja. Su ausencia durante los primeros años y sus posteriores intentos de protegerlo frente a las agresiones paternas no parecen haber sido suficientes para proporcionarle una experiencia estable de acompañamiento emocional. Esta dinámica contribuye a comprender la persistencia de sentimientos de inseguridad, vulnerabilidad y vergüenza que aparecen reiteradamente en su discurso.

Ávila-Espada (2008) comprende la vergüenza como un sentimiento relacionado con la exposición de déficits percibidos del *self*, entre ellos la vulnerabilidad, la inferioridad, la devaluación, la sensación de no pertenencia y la percepción de carecer de valor. Esta conceptualización resulta especialmente pertinente para comprender la experiencia de H., quien durante el primer año

del proceso terapéutico expresó de manera persistente pensamientos y sentimientos asociados con la idea de ser inferior, débil, poco valioso o insuficiente frente a los demás. La vergüenza aparece así no como respuesta a una conducta específica, sino como una forma profundamente arraigada de experimentarse a sí mismo dentro de sus relaciones.

Stern (1991) propone una concepción intersubjetiva del afecto basada en la regulación mutua de la experiencia emocional entre la madre y el infante. Cuando existen déficits o irregularidades persistentes en esta sincronía, pueden producirse dificultades en la integración de la experiencia corporal y en la capacidad de reconocer y representar los propios estados afectivos. Para que el niño pueda transformar las sensaciones corporales en sentimientos susceptibles de ser identificados, diferenciados y simbolizados, requiere un contexto intersubjetivo facilitador.

En este punto conviene evitar establecer una relación causal directa entre el sobrepeso mantenido por H. durante varios años y las dificultades tempranas de regulación afectiva. A partir del material clínico disponible, el sobrepeso puede explorarse como un elemento de su experiencia corporal y de su historia subjetiva, pero no puede afirmarse que constituya por sí mismo una consecuencia de las irregularidades en la sincronía afectiva descritas por Stern (1991). Lo clínicamente significativo es que el cuerpo de H. también se convirtió en un espacio de exposición, vergüenza y descalificación, particularmente durante las experiencias de acoso escolar sufridas en la infancia.

La experiencia emocional de H. adquiere mayor claridad cuando se observa la continuidad existente entre sus primeros vínculos y



determinadas dinámicas de su relación de pareja. Durante el noviazgo ha tolerado humillaciones, engaños y descalificaciones que encuentran resonancia en formas relacionales previamente conocidas. El abandono, la falta de validación y la desaprobación estuvieron presentes de manera significativa en sus vínculos familiares y reaparecen, bajo nuevas formas, en la relación amorosa.

En su relación de pareja parece reactivarse particularmente la experiencia de no ser tomado en cuenta. Ante el silencio o el distanciamiento de su novia, H. experimenta una intensa sensación de exclusión, como si dejara de tener existencia para el otro. La situación actual adquiere así un significado que excede el acontecimiento inmediato: la ausencia de respuesta de una persona emocionalmente significativa reactualiza experiencias anteriores de abandono, invisibilidad y falta de reconocimiento.

Durante su desarrollo faltaron experiencias suficientemente constantes de presencia, sintonía emocional y contacto afectuoso. Más que un único acontecimiento traumático, se observa una acumulación de experiencias relacionales caracterizadas por la insuficiencia de reconocimiento y validación. Esta continuidad permite comprender la profundidad con la que determinadas experiencias quedaron inscritas en su organización subjetiva y la intensidad con la que pueden reactivarse en los vínculos actuales.

Mitchell (1993) afirma que el ser humano no puede transformarse en persona de manera aislada, abstracta o en soledad. Esta perspectiva permite comprender que las formas mediante las cuales H. piensa sobre sí mismo, interpreta las intenciones de los demás, experimenta sus emociones y establece vínculos guardan relación

con el contexto interpersonal en el que nació y se desarrolló. Su subjetividad no puede separarse de una historia en la que el reconocimiento y la validación fueron insuficientes y la descalificación adquirió una presencia constante.

El caso permite observar cómo un contexto familiar atravesado por violencia, adversidad, invalidación, rechazo y falta de reconocimiento puede participar en la organización de una subjetividad caracterizada por vergüenza persistente, inseguridad y desconfianza relacional. Asimismo, se advierte una tendencia a acomodarse al deseo del otro, particularmente visible en su relación de pareja, donde la necesidad de preservar el vínculo puede llevarlo a tolerar experiencias de engaño, humillación o descalificación. Esta modalidad relacional no debe entenderse como una característica aislada de H., sino dentro de una historia en la que conservar el vínculo con figuras significativas implicó, en diferentes momentos, postergar o silenciar necesidades propias.

Desde el enfoque terapéutico del psicoanálisis relacional, el proceso no consiste únicamente en identificar la repetición de estas configuraciones, sino en generar una experiencia intersubjetiva capaz de introducir posibilidades diferentes. Para H., aprender a nombrar, reconocer y validar sus logros constituye una forma novedosa de relacionarse consigo mismo. Reconocer su permanencia en la universidad, la defensa de su elección profesional, sus avances académicos y su capacidad para tomar decisiones propias permite cuestionar progresivamente la representación de sí mismo construida bajo la influencia de mensajes reiterados de inferioridad e incapacidad.

La relación terapéutica adquiere, en este sentido, una función transformadora. Al encontrar un espacio en el que sus afectos pueden ser reconocidos





sin descalificación y sus decisiones pueden ser examinadas sin reproducir la mirada invalidante de sus vínculos tempranos, H. comienza a construir significados diferentes acerca de sí mismo. La resignificación no supone negar su historia ni sustituir el sufrimiento por una interpretación positiva, sino ampliar las posibilidades desde las cuales puede comprenderse y reconocerse como sujeto con capacidad de agencia, deseos propios y valor personal.

Así, el proceso terapéutico permite que aquello que durante años estuvo organizado alrededor de la vergüenza, el abandono y la necesidad de aprobación pueda ser progresivamente pensado desde el reconocimiento y la autonomía. La posibilidad de experimentar una relación en la que su subjetividad es escuchada y validada abre un espacio para construir formas menos dolorosas de vincularse consigo mismo y con los demás. Desde esta perspectiva, el cambio terapéutico se produce no solo mediante la comprensión de lo vivido, sino también a través de una nueva experiencia relacional capaz de modificar los significados con los que H. ha organizado su lugar frente al otro y frente a sí mismo.

El psicoanálisis relacional reconoce la influencia organizadora de múltiples dimensiones que intervienen en la constitución y transformación de la experiencia humana. Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, lo intelectual y lo emocional, lo inconsciente y lo consciente, así como lo simbólico, lo corporal y lo verbal, no se comprenden como ámbitos independientes, sino como dimensiones interrelacionadas que adquieren significado dentro de los contextos vinculares en los que se desarrolla la subjetividad.

Desde esta perspectiva, el proceso terapéutico tampoco puede entenderse como una relación

unidireccional en la que el analista observa e interpreta desde una posición externa. El encuentro clínico supone la participación de dos subjetividades que se influyen mutuamente y construyen un campo intersubjetivo particular. Aunque paciente y analista ocupan posiciones y responsabilidades diferentes dentro del proceso, ambos participan en una experiencia relacional capaz de producir nuevos significados y posibilidades de transformación.

Una de las tareas fundamentales del trabajo terapéutico consiste en favorecer que el paciente pueda liberarse progresivamente de sistemas de acomodación patológica que lo han llevado a subordinar sus necesidades, deseos y experiencias a las demandas de otros significativos. Este proceso permite recuperar aspectos del *self* que fueron relegados, silenciados o abandonados para preservar vínculos indispensables, y abre la posibilidad de construir formas de relación más congruentes con la propia subjetividad.

En H., esta transformación comienza a manifestarse en una creciente confianza en sí mismo y en su capacidad para reconocer, aceptar y disfrutar sus propios logros. Aquello que anteriormente era interpretado desde la inferioridad, la insuficiencia o la necesidad de aprobación externa empieza a adquirir un significado diferente. Sus avances académicos y profesionales, la defensa de sus decisiones y el reconocimiento de sus capacidades dejan progresivamente de depender de la mirada descalificadora del otro y comienzan a integrarse como experiencias legítimas de su propia valía.

Este movimiento se construye dentro de una relación transferencial caracterizada por la confianza, el reconocimiento y la validación. La experiencia terapéutica ofrece a H. un contexto relacional distinto de aquellos que marcaron buena parte



de su historia. En este espacio, sus emociones pueden ser nombradas sin ser descalificadas, sus decisiones pueden ser examinadas sin ser anuladas y sus logros pueden ser reconocidos sin quedar subordinados a expectativas ajenas. De esta manera, la relación terapéutica no solo permite comprender las configuraciones relacionales anteriores, sino experimentar nuevas formas de estar con otro y consigo mismo.

Vargas (2025) plantea que el vínculo transferencial puede constituirse en un ejercicio de rescate y sostén de la dignidad humana. Esta afirmación adquiere especial relevancia en el caso de H., cuya experiencia subjetiva estuvo atravesada durante años por mensajes que cuestionaban su valor, sus capacidades y su derecho a decidir sobre su propia vida. Frente a esta historia, el encuentro terapéutico puede ofrecer una experiencia intersubjetiva sustentada en el respeto, el reconocimiento, la responsabilidad y la reciprocidad.

La transformación terapéutica adquiere así una dimensión profundamente relacional. No se trata únicamente de modificar pensamientos o comportamientos, sino de posibilitar que H. construya una experiencia diferente de sí mismo dentro de un vínculo en el que su subjetividad sea reconocida y su dignidad preservada. A medida que logra apropiarse de sus decisiones, reconocer sus capacidades y validar sus necesidades afectivas, comienza también a distanciarse de aquellas formas de acomodación mediante las cuales había aprendido a conservar los vínculos a costa de sí mismo.

En este sentido, el proceso de H. muestra una de las aportaciones centrales del psicoanálisis relacional: la posibilidad de que una relación terapéutica suficientemente segura y emocionalmente

significativa contribuya a transformar principios organizadores construidos en contextos anteriores de abandono, invalidación y descalificación. El reconocimiento mutuo no elimina la historia vivida, pero permite que esta deje de constituir el único marco desde el cual el sujeto interpreta su valor y su lugar frente a los demás. La recuperación de la capacidad de agencia, el fortalecimiento del *self* y la posibilidad de establecer relaciones menos determinadas por la vergüenza y la subordinación constituyen, de este modo, expresiones de una transformación que se construye dentro y a través del vínculo terapéutico.

Referencias

- Álvarez Cuevas, S. M., Rosado y Rosado, M., Sosa Correa, M., & Escoffié Aguilar, E. M. (2016). *Terapia en contexto: Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (2.^a ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. The Analytic Press.
- Ávila Espada, A. (2008). El desarrollo del sentido de sí mismo y el sentimiento de vergüenza: La vergüenza como señal de la construcción del *self*. *Clínica e Investigación Relacional*, 2(1), 46–57. <https://doi.org/10.21110/19882939.2008.020105>
- Bernard, M. (1996). Reflexiones sobre el concepto de transferencia en el psicoanálisis vincular. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, 19(1), 13-62. <https://aappg.org/revista-aappg-1996/>
- Doctors, S. R. (2011). Liberando a los pacientes de los residuos de traumas relacionales: La búsqueda de Brandchaft. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(3), 517–523. <https://es.scribd.com/doc/291914289/Brandchaft-Liberando-Traumas-Relacionales>





- Ferenczi, S. (2016). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. *Revista de Psicoanálisis*, (77), 39–51. <https://pep-web.org/browse/document/apm.077.0039a>
- Freud, S. (1992). Introducción al narcisismo. En *Obras completas* (Vol. 14, pp. 65–98). Amorrortu.
- García, U. (2019). *¿Por qué leer a Ferenczi?* <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/apm-academia-n1-13.pdf>
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- León, S., & Ortúzar, B. (Eds.). (2020). *Diccionario introductorio de psicoanálisis relacional e intersubjetivo*. RIL Editores.
- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: Una integración*. Siglo XXI.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (2012). *Trabajando intersubjetivamente: Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Agora Relacional.
- Sassenfeld, A. (2024). El psicoanálisis relacional es... *Clínica e Investigación Relacional*, 18(2). <https://doi.org/10.21110/19882939.2024.180215>
- Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Paidós.
- Vargas, R. (2025). *La dignidad compartida: Ética desde el psicoanálisis relacional frente a la violencia y la cosificación*. Agora Relacional.

Velasco, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Revista Electrónica de Psicoterapia, Clínica e Investigación Relacional*, 3(1), 58–67.
https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCelR/V3N1_2009/7_Velasco_Que-es-Psicoanalisis-Relacional_CelR_V3N1.pdf?ver=2009-03-09-062000-000





COORDINADORAS



Gladys de los Ángeles Romero Aguirre

Licenciada en Psicología por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Máster en Psicoterapia Humanista por el Instituto Universitario Carl Rogers y en Negocios con especialidad en Recursos Humanos por la Universidad Tecmilenio. Posee un doctorado en educación por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Se desempeña como profesora investigadora de medio tiempo en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y como psicoterapeuta en consulta privada. Es directora de la Consultoría en Salud Laboral. Es miembro fundadora del Colegio de Psicólogos del Estado de Tabasco, institución en la que ocupó la Vicepresidencia del Consejo Directivo durante el periodo 2023-2025 y ejerce la Presidencia para el periodo 2025-2027. Su trayectoria académica y científica comprende la coautoría de diversos capítulos de libros y artículos científicos.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3147-0190>



Yesenia Peralta Jiménez

Licenciada en Psicología por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Posee un doctorado en Psicología y Maestría en Psicoterapia Humanista por el Instituto Universitario Carl Rogers Tabasco. Se desempeña como docente investigadora de medio tiempo en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y como psicoterapeuta de adolescentes y adultos en la práctica privada. Es vicepresidenta del Consejo Directivo del Colegio de Psicólogos del Estado de Tabasco para el periodo 2025-2027. Su trayectoria académica comprende la coautoría de diversos capítulos de libros y artículos científicos. En 2024 recibió el Premio Estatal de Psicología, en reconocimiento a su trayectoria y contribución profesional en esta disciplina.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4295-4147>





Aline Aleida del Carmen Campos Gómez

Licenciada en Psicología por la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. Máster en Psicoterapia Familiar por la Universidad Autónoma de Zacatecas y en Competencias Docentes por el Centro de Innovación y Formación Educativa, en Cuernavaca, Morelos. Posee un doctorado en Psicoanálisis y un posdoctorado por la Universidad Intercontinental. Se desempeña como psicoterapeuta familiar en consulta privada y como docente investigadora de tiempo completo de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, donde cuenta con el reconocimiento al Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente. Es responsable del Cuerpo Académico «Psicología y Psicoanálisis en la Postmodernidad» de esta universidad. Fue presidenta del Colegio de Psicólogos del Estado de Tabasco durante el periodo 2023-2025 y es miembro fundadora de esta organización. Asimismo, es directora y terapeuta del Centro de Estudios Integrales y Desarrollo Humano. Su trayectoria académica comprende la autoría y coautoría de diversos artículos científicos y capítulos de libros. En 2026 recibió el Premio Nacional de Psicología, en la modalidad de Enseñanza de la Psicología, otorgado por la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0571-9949>



✦✦ Conocimiento que transforma sociedades
✦✦ Tú inspírate, nosotros publicamos

En un mundo atravesado por cambios acelerados, crisis sociales, transformaciones tecnológicas y crecientes exigencias personales y profesionales, comprender cómo las personas construyen, pierden y recuperan su bienestar psicológico constituye uno de los grandes desafíos de nuestro tiempo. ***Bienestar psicológico en contextos de cambio: evidencias e intervenciones*** reúne doce capítulos que exploran esta complejidad desde la evidencia científica, la práctica clínica y diversas perspectivas de la psicología contemporánea. Sus páginas abordan la autonomía frente a la enfermedad crónica, la ideación suicida, el síndrome de burnout, las altas capacidades intelectuales, las intervenciones conductuales contextuales, las estrategias de afrontamiento, las huellas psíquicas del abandono infantil, la sobrecarga del cuidador, los primeros auxilios psicológicos, el autocuidado docente, la formación profesional ante la inteligencia artificial y la construcción relacional de la subjetividad. Más allá de esta diversidad temática, la obra sostiene una premisa fundamental: el bienestar no depende únicamente de la capacidad individual para resistir o adaptarse, sino también de los vínculos significativos, las redes de apoyo, las instituciones y las condiciones sociales que acompañan la experiencia humana. Desde esta perspectiva, intervenir significa prevenir, escuchar, comprender, reconocer riesgos, fortalecer recursos y transformar contextos. La obra propone así una psicología rigurosa, plural y profundamente humana, capaz de articular conocimiento científico y sensibilidad clínica para responder a realidades complejas sin reducir a las personas a diagnósticos o estadísticas. Cada capítulo invita a mirar el cambio no solo como fuente de incertidumbre o vulnerabilidad, sino también como escenario de aprendizaje, reconstrucción y crecimiento. En conjunto, este libro ofrece herramientas para comprender el sufrimiento, orientar intervenciones y convertir la evidencia en posibilidades concretas de cuidado, autonomía, adaptación y transformación, reafirmando que acompañar el bienestar humano exige comprender tanto a la persona como al mundo cambiante que habita.