

Noemí Bardelli
Karla Gabriela Gallo Giunzioni
Inés Abalo Rodríguez
Teresa Rodrigo Gutiérrez de la Cámara
(eds.)

Humanizando la investigación científica: la persona en el centro del proceso



Humanizando
la investigación científica:
la persona en el centro del proceso

Noemí Bardelli,
Karla Gabriela Gallo Giunzioni,
Inés Abalo Rodríguez,
Teresa Rodrigo Gutiérrez de la Cámara
(eds.)

Humanizando
la investigación científica:
la persona en el centro
del proceso

Octaedro 

Colección Horizontes-Universidad

Título: *Humanizando la investigación científica: la persona en el centro del proceso*

Primera edición: mayo de 2026

© Noemí Bardelli, Karla Gabriela Gallo Giunzioni, Inés Abalo Rodríguez,
Teresa Rodrigo Gutiérrez de la Cámara (eds.)

© De esta edición:
Ediciones OCTAEDRO, S.L.
C/ Bailén, 5 – 08010 Barcelona
Tel.: 93 246 40 02
octaedro@octaedro.com
www.octaedro.com

Esta publicación está sujeta a la Licencia Internacional Pública de Atribución/
Reconocimiento-NoComercial 4.0 de Creative Commons. Puede consultar las
condiciones de esta licencia si accede a: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

ISBN: 978-84-1079-321-7

Maquetación: Fotocomposición gama, sl
Diseño y producción: Octaedro Editorial

Publicación en acceso abierto - *Open access*

Sumario

Prólogo. Humanizar la ciencia, poner en el centro a la persona	9
INÉS ABALO RODRÍGUEZ; KARLA GABRIELA GALLO GIUNZIONI; NOEMÍ BARDELLI	
1. Factores psicosociales predictores de desesperanza en adultos emergentes: un análisis desde PsicoData Venezuela	23
DANNY DANIEL SOCORRO; JOSÉ EDUARDO RONDÓN; LUIA ANGELUCCI; ÁNGEL OROPEZA; CELIBETH GUARÍN; ADLE HERNÁNDEZ	
2. Relación entre la amabilidad, el neuroticismo y la capacidad de perdonar a otros en una muestra de adultos	45
LOLA MOLINERO RUIZ-MATEOS; KARLA GALLO GIUNZIONI	
3. El poder en el noviazgo juvenil.	59
SABRINA ARMAS BRACHO	
4. Innovación educativa para el fortalecimiento de la empatía y la ética en la toma de decisiones y la prevención de la corrupción universitaria	77
NATALIA MONTOYA MARTÍNEZ; ANA ELENA DEMOYA GONZÁLEZ; SANTIAGO JULIÁN RIPOLL MEDINA; MARÍA JOSÉ BERMÚDEZ ESPITIA	

5. Equidad en la detección de altas capacidades: análisis de diferencias por sexo en Educación Primaria.	97
MIRIAM IZQUIERDO LÓPEZ; CARLOTA SUÁREZ SÁNCHEZ; VANESA SAINZ LÓPEZ	
6. Autoridad frente a la vulnerabilidad en el entorno universitario.	113
AMALIA LÓPEZ DÍEZ; LUCÍA MENÉNDEZ MARTÍN; ADRIANA FERNÁNDEZ MORALES; PAULA MARTÍN ALARCÓN; LUCÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ	
7. Ciudadanía activa e ideología en la encrucijada de la izquierda: entre el marxismo conservador y el populismo de izquierda.	133
EDGAR JOSÉ CAMACHO RANGEL	
8. El papel de la microbiota intestinal en las enfermedades neurodegenerativas: una revisión de la literatura.	151
MARTA BONILLA PRIETO	
9. Un dolor invisible: prevalencia, detección y factores de riesgo de la depresión posparto en España.	169
BLANCA PERAL CABRERA; REBECA PARDO-CEBRIÁN; BELÉN FERNÁNDEZ-CASTILLA	
10. Hacia una comprensión integral de las alucinaciones auditivas en esquizofrenia: un análisis crítico del neuroreduccionismo.	197
PAOLA RONCO GARCÍA; INÉS ABALO RODRÍGUEZ	
11. Transformación digital en salud mental: los chatbots como herramientas de apoyo diagnóstico y terapéutico.	225
SILVIA ARRIBAS-GARCÍA; SANDRA DOVAL; ISABEL MORALES; ROCÍO FAUSOR; JOSÉ MIGUEL GUTIÉRREZ; INÉS MARTI; MACARENA QUINTERO; JAVIER QUINTERO	
12. Salud mental y algoritmos: ¿quién decide en la era de la inteligencia artificial?.	261
ROCÍO FAUSOR; SANDRA DOVAL; FRANCISCO TAVIRA; SILVIA ARRIBAS-GARCÍA; ISABEL MORALES	
Sobre la edición	295

Prólogo. Humanizar la ciencia, poner en el centro a la persona

INÉS ABALO RODRÍGUEZ

KARLA GABRIELA GALLO GIUNZIONI

NOEMÍ BARDELLI

Universidad Francisco de Vitoria (Madrid, España)

Introducción

La propuesta de este libro se centra en recuperar a la persona en el centro de la práctica científica. Desde la reflexión filosófica hasta la aplicación clínica, pasando por la innovación tecnológica, la formación permanente y el compromiso social, se ha mostrado cómo la ciencia no puede comprenderse al margen de las personas que la hacen posible.

Desde esta perspectiva, la ciencia no puede entenderse como una actividad neutral ni desconectada del mundo, sino como una práctica profundamente enraizada en contextos históricos, sociales y culturales, así como en la experiencia vital de quienes la ejercen. Por ello, se vuelve imprescindible recuperar su dimensión ética y humana promoviendo una gestión responsable de los avances científicos y tecnológicos que esté orientada a la dignidad de la vida humana y al bien común (Hiruela de Fernández, 2010). Al mismo tiempo, esta mirada recoge una tradición crítica que denuncia el papel de la ciencia en la profundización de las desigualdades globales cuando sus intereses se subordinan a las lógicas del mercado o se alejan de las necesidades sociales más urgentes (Caballero et al., 2018).

En este contexto, la formación de las nuevas generaciones de investigadores exige integrar no solo la rigurosidad técnica, sino también una comprensión situada y compleja de la realidad, tal como plantean los enfoques de investigación aplicada orientados

a la transformación social y a la participación activa de los sujetos implicados (Vargas Cordero, 2009). En esta línea, los vínculos entre ciencia y humanismo no solo deben ser reivindicados, sino también cultivados activamente como condición indispensable para afrontar los desafíos contemporáneos desde una ciencia crítica, responsable y con sentido (Bilbeny y Guàrdia, 2015).

De esta manera, urge fortalecer redes humanas dentro del ámbito investigador, formar en valores que impulsen una ciencia más ética y consciente y promover prácticas que respondan a las necesidades reales de la sociedad. Es por ello que el **programa INICIA** y el **I Congreso Internacional de Jóvenes Investigadores INICIAte**, desarrollado en el mes de abril de 2025, representan pasos concretos en esa dirección, apostando por una ciencia que, sin renunciar al rigor, sea también profundamente humana. A través de las contribuciones recogidas en estas páginas, se abre un espacio de diálogo y reflexión que invita a imaginar y construir una práctica científica más inclusiva, interdisciplinar y comprometida, capaz de enfrentar los desafíos contemporáneos poniendo siempre en primer plano a la persona y su dignidad.

El programa INICIA: formación investigadora con sentido humano

El programa INICIA nace y se desarrolla en sintonía con el horizonte formativo de la Universidad Francisco de Vitoria, especialmente con el paradigma de **razón abierta**, que impulsa una educación universitaria donde ciencia, ética y sentido se integran en diálogo. En coherencia con esta perspectiva, INICIA promueve un modelo de formación investigadora que no se agota en la adquisición de competencias técnicas, sino que se sostiene sobre una mirada antropológica, epistemológica, ética y trascendente del conocimiento. Esta propuesta reconoce que toda actividad científica se inscribe en un horizonte de sentido más amplio, donde las preguntas por lo que somos, lo que sabemos, cómo actuamos y para qué investigamos deben tener un lugar en la formación del investigador universitario (Aranguren et al., 2020). Así, el programa se convierte en un espacio de aprendizaje donde los estudiantes no solo se entrenan como científicos,

sino que también se ejercitan como personas que buscan comprender y transformar la realidad desde un compromiso profundo con la dignidad humana y el bien común.

INICIA es una propuesta educativa innovadora y abierta a estudiantes del grado de Psicología de la Universidad Francisco de Vitoria (UFV) desde el año 2019. Su propósito es claro: fomentar el desarrollo de competencias investigadoras a través de una profunda aproximación a los fundamentos filosóficos, epistemológicos, metodológicos y técnico-instrumentales que sustentan la construcción del conocimiento científico. A través de su participación en grupos de investigación centrados en problemáticas actuales del campo de la psicología, los estudiantes no solo desarrollan competencias técnicas en investigación, sino que se promueven habilidades personales como el pensamiento crítico, la creatividad, la comunicación intercultural, el compromiso ético y el sentido de trascendencia del quehacer investigador. Así, se pretende formar investigadores comprometidos no solo con la excelencia académica, sino también con el impacto social del conocimiento.

El programa se desarrolla a lo largo de tres cursos académicos y se estructura en tres módulos principales: seminarios de formación, un proyecto de investigación y formación en inglés académico. Esta estructura permite una progresión competencial gradual, comenzando con metodologías cuantitativas, avanzando hacia las cualitativas y culminando en métodos mixtos, lo que proporciona una formación completa y rigurosa en investigación psicológica. El enfoque metodológico es híbrido, combinando tutorías grupales, trabajo colaborativo, sesiones síncronas y asincrónicas y un fuerte componente de aprendizaje situado. Cada estudiante forma parte de un equipo de investigación y recibe tutorías específicas para desarrollar un proyecto de creciente complejidad a lo largo de los tres años del programa.

Las experiencias situadas que ofrece el programa permiten a los jóvenes diseñar e implementar proyectos de investigación, analizar críticamente paradigmas científicos tradicionales y reflexionar sobre el valor de la ciencia en el mundo contemporáneo. Esta propuesta integral se sostiene sobre cuatro pilares esenciales: el desarrollo del espíritu científico; el fortalecimiento de prácticas de lectura y escritura académica en español e inglés; la internacionalización a través de la cooperación y las competen-

cias interculturales, y el compromiso activo con la divulgación científica, consolidando así una formación investigadora rigurosa, crítica y abierta al diálogo global.

INICIA se desarrolla en colaboración con universidades extranjeras, lo que permite a los estudiantes participar en proyectos internacionales, ampliar sus horizontes epistémicos y comunicarse en contextos académicos diversos. Esta cooperación internacional no solo fomenta el intercambio cultural, sino que también fortalece la construcción colectiva del conocimiento.

En función de lo expuesto, se considera que en un tiempo en que la formación académica corre el riesgo de fragmentarse en competencias técnicas desprovistas de orientación humanista, el programa INICIA se erige como una apuesta decidida por recuperar el sentido integral de la educación universitaria al unir la excelencia metodológica con una reflexión profunda sobre el valor, el propósito y el impacto de la investigación. De este modo, INICIA no solo forma a futuros investigadores, sino que contribuye a construir una comunidad académica más consciente, crítica y comprometida con el bien común. En definitiva, este programa representa una vía concreta para encarnar en la práctica universitaria los principios de razón abierta promoviendo una ciencia que no solo pregunta cómo se investiga, sino también para qué, desde dónde y al servicio de quién.

Ciencia y persona: una mirada crítica y necesaria

A lo largo de la historia, la ciencia ha sido un motor fundamental del progreso humano permitiendo el desarrollo de conocimientos sistemáticos que han transformado la sociedad en ámbitos como la medicina, la tecnología o la comprensión del universo. Precisamente por su impacto, resulta imprescindible una reflexión crítica que permita evaluar sus prácticas, métodos, alcances y limitaciones.

La filosofía de la ciencia se configura, en este sentido, como una disciplina clave para reflexionar sobre la misma (Chalmers, 2013). Así, ha desempeñado un papel clave al examinar sus fundamentos epistemológicos, su estructura conceptual y los criterios que definen la validez del conocimiento científico, proporcionando un marco teórico para su evolución y rigor metodológico.

gico. Aunque haya habido autores reflexionando sobre la ciencia desde hace siglos, la filosofía de la ciencia se consolidó como disciplina independiente a principios del siglo xx (Chalmers, 2013). Sin embargo, las aportaciones que se hicieron durante las primeras décadas parecían entender la ciencia como un fenómeno que existía en el vacío (ej., Carnap, 1928; Hempel y Oppenheim, 1948; Popper, 1959; Reichenbach, 1951). No fue hasta la década de los años 60 cuando tuvo lugar lo que se conoce como el «giro historicista», momento en el que comenzó a entenderse que la ciencia ocurre en un contexto histórico y social (ej., Feyerabend, 1975; Kuhn, 1962; Lakatos y Musgrave, 1970; Latour, 1987; Quine, 1969). La ciencia pasó, así, a entenderse como una práctica que no podía analizarse al margen de las variables sociales e históricas que la atravesaban.

Siendo ambas dimensiones imprescindibles para tener una comprensión completa de la práctica científica, parece necesario ir un paso más allá y establecer como punto clave una realidad que parece pasar desapercibida: la ciencia la hacen las personas. En otras palabras, es necesario recuperar a la persona y ponerla en el centro de la práctica investigadora. Es imprescindible entender que la práctica científica no existe sin la persona, es la persona la que se comporta de manera científica. Cuando se habla de buenas prácticas en ciencia, es la persona la que tiene que comportarse acorde a aquellos valores que se consideran adecuados en investigación. Cuando se habla de fomentar la interdisciplinariedad, es la persona la que tiene que o bien formarse en disciplinas variadas o bien aprender a establecer colaboraciones con investigadores que trabajen en campos diferentes. Cuando se produce un cambio en un estudio concreto o en un análisis determinado, es la persona la que tiene que aprender a escuchar críticas a su trabajo, evaluarlo y convencerse de dichas propuestas cuando resultan ser pertinentes. La ciencia es un producto humano, por lo que es imprescindible recuperar a la persona en la práctica científica.

En este sentido, cuando se olvida que detrás de toda práctica científica hay una persona concreta –con una biografía, una historia, una cultura, unos valores– se corre el riesgo de despersonalizar el conocimiento y convertirlo en un ejercicio técnico sin responsabilidad. Esta desvinculación ha sido señalada como una de las causas de prácticas científicas deshumanizadas que priorizan la eficiencia o la productividad por encima del bien común.

Por el contrario, reconocer a la persona como agente y destinatario de la ciencia implica asumir una responsabilidad ética radical: cada decisión metodológica, cada marco teórico, cada aplicación tecnológica debe responder no solo a criterios de validez o eficacia, sino también a su impacto en la vida humana. Así, la reflexión sobre la ciencia se convierte también en una reflexión sobre el tipo de humanidad que queremos construir.

El aislamiento en la era de la hiperconexión: desafíos para la comunidad científica

La reflexión sobre la humanización de la ciencia y de la práctica de investigación es especialmente relevante en un mundo atravesado por un individualismo marcado que se opone frontalmente a la naturaleza interdependiente y relacional del ser humano. El aislamiento impacta en la salud mental y está asociado con un mayor riesgo de depresión, ansiedad y otras afecciones psicológicas (Cacioppo y Cacioppo, 2018; Hawkey y Capitano, 2015). La hiperconectividad que ofrecen las nuevas tecnologías, lejos de contribuir a paliar esta sensación, parece estar incrementando las sensaciones de aislamiento y soledad, ya que el uso excesivo de redes sociales se ha vinculado con una menor satisfacción con las relaciones interpersonales y un aumento de la percepción de soledad (Hunt et al., 2018; Twenge et al., 2019). Además, la sustitución del contacto cara a cara por interacciones virtuales puede generar un sentimiento de desconexión emocional, afectando el bienestar psicológico y la cohesión social (Turkle, 2015).

Por todo ello, se convierte en imperativo recuperar a la persona y ponerla en el centro de la práctica científica. Esto implica, entre otras cuestiones, entender que la ciencia sucede en comunidad y fomentar redes en el ámbito científico que permitan ir más allá de lo académico. También supone abordar los problemas humanos desde la ciencia, buscando explicaciones y desarrollando intervenciones desde la práctica científica. Del mismo modo, implica reconocer cómo las características humanas pueden influir en la manera de hacer ciencia y en los resultados que se obtienen. Además, conlleva promover una serie de valores que impulsen una ciencia mejor, más alineada con la naturaleza y las necesidades humanas.

En este contexto, resulta fundamental recuperar la dimensión comunitaria y relacional de la práctica científica, entendiendo que la ciencia se construye en redes humanas que piensan, dialogan, colaboran y se interpelan mutuamente. Como ha señalado la reflexión contemporánea sobre la divulgación científica, una ciencia que no se comunica ni se comparte tiende a volverse autorreferencial y estéril, debilitando su capacidad de transformación social (Jurdant, 2008; Morín, 1999). Frente a esta deriva, se hace necesario construir comunidades epistémicas abiertas, interdisciplinarias y comprometidas con el bien común. Formar a los investigadores más jóvenes en esta lógica no es solo deseable, sino urgente: no basta con transmitir conocimientos o técnicas, sino que es preciso enseñar a habitar la ciencia como un espacio de encuentro, responsabilidad y sentido. Solo así será posible revertir las dinámicas de aislamiento que hoy atraviesan a la sociedad –y a la academia misma– y cultivar una ciencia verdaderamente humana al servicio de las personas y de la vida en común.

Para hacer realidad esta propuesta, es fundamental integrar a las nuevas generaciones de investigadores. Esto responde a varias razones. Formarlos en la importancia de poner a la persona en el centro contribuye a que estos valores se arraiguen y se expandan dentro de la comunidad científica, fortaleciendo su sentido de comunidad. Además, en un sistema académico tan caracterizado por su estructura vertical, los investigadores más jóvenes enfrentan numerosas vulnerabilidades, por lo que pueden beneficiarse especialmente de estos valores. Integrarlos desde el comienzo de sus carreras universitarias en una cultura científica más humana y colaborativa no solo fortalece su desarrollo personal y profesional, sino que también siembra las bases para una comunidad investigadora más justa, consciente y solidaria.

El congreso INICIAte: un espacio para el diálogo y la acción científica joven

Una de las propuestas de INICIA ha sido la organización del **I Congreso Internacional de Jóvenes Investigadores INICIAte**. Bajo el lema «Humanizando la investigación científica: la persona en el centro del proceso», el congreso buscó precisamente re-

cuperar a la persona en la práctica científica y ponerla en el centro. Los trabajos que se presentaron se organizaron en torno a seis simposios que se recogen en este libro siguiendo una estructura similar. De este modo, se distinguieron seis temáticas diferenciadas en las que se agruparon las contribuciones recibidas.

- **Salud y calidad de vida.** La salud integral se concibe como una visión amplia del bienestar humano que reconoce la interrelación dinámica entre la salud física, mental, emocional, social y espiritual. Este enfoque supera la mera ausencia de enfermedad para adentrarse en la promoción activa de la calidad de vida, atendiendo a las necesidades reales y cambiantes de cada persona. Desde esta perspectiva, en el congreso se invitó a explorar cómo factores médicos, psicológicos, ambientales y sociales interactúan entre sí configurando un entramado complejo que influye de manera profunda en el estado de salud. La atención integral propone, así, prácticas inclusivas y sostenibles, capaces de responder a la diversidad de experiencias humanas y fomentar un bienestar que no solo es individual, sino también comunitario y ecológico.
- **Educación y formación permanente.** El aprendizaje continuo se revela como un pilar esencial para el desarrollo personal y profesional en una sociedad en constante transformación. Esta concepción entiende la educación no como un proceso limitado a una etapa de la vida, sino como un recorrido permanente que potencia habilidades, competencias y actitudes necesarias para afrontar los desafíos cambiantes del entorno social. Diversas disciplinas confluyen para enriquecer este enfoque, favoreciendo la creación de propuestas educativas que se adaptan a las necesidades individuales y promueven la equidad y la inclusión. En este sentido, la integración de nuevas metodologías de enseñanza, la apuesta por una educación inclusiva y la formación a lo largo de toda la vida se configuraron en el congreso como herramientas fundamentales para mejorar la calidad de vida, fortalecer la participación activa en la comunidad y garantizar oportunidades reales de crecimiento y bienestar para todas las personas.
- **Tecnologías e innovación.** La tecnología y la innovación han transformado de manera profunda el campo de la investigación científica modificando métodos, procesos y resultados

en todas las áreas del conocimiento. Desde las ciencias exactas hasta las ciencias sociales y la medicina, las nuevas herramientas tecnológicas han abierto posibilidades inéditas para el avance disciplinar, facilitando la generación de conocimiento más accesible, dinámico y aplicable a las necesidades contemporáneas. Esta revolución tecnológica, sin embargo, también plantea importantes desafíos éticos y sociales que exigen una reflexión crítica sobre su integración en la práctica investigadora que fue retomada en el congreso. La búsqueda de un equilibrio entre el progreso científico y el bienestar humano se vuelve imprescindible para orientar la innovación hacia una ciencia más inclusiva, comprometida con la equidad y la mejora de la calidad de vida.

- **Ciudadanía y cambio social.** La ciudadanía activa constituye un motor fundamental en los procesos de cambio social al situar la participación de las personas en el centro de la transformación de las realidades colectivas. La investigación científica desempeña un papel clave en este ámbito al ofrecer herramientas de análisis, evidencia y propuestas que promueven sociedades más justas y equitativas. La participación ciudadana en la toma de decisiones, el surgimiento y fortalecimiento de movimientos sociales y el diseño de políticas públicas orientadas al bien común son expresiones concretas de esta dinámica transformadora. En este marco, la implicación activa de la ciudadanía fue retomada en el congreso como un componente esencial para construir un futuro más inclusivo, sostenible y democrático, donde la producción de conocimiento y la acción social se entrelacen en favor del bienestar colectivo.
- **Intervención clínica y bienestar.** La intervención clínica desempeña un papel esencial en la promoción del bienestar al aplicar prácticas basadas en la evidencia para abordar diversas condiciones médicas y psicológicas. Su eficacia se potencia mediante la innovación terapéutica, la integración de enfoques multidisciplinarios y la adaptación a las necesidades individuales, considerando factores como la adherencia al tratamiento, la comorbilidad y las diferencias culturales. Más allá de tratar la enfermedad, la intervención clínica busca mejorar la calidad de vida y fomentar un bienestar integral respondiendo de manera sensible y eficaz a la complejidad de cada paciente. Estos principios fueron retomados en las contribu-

ciones presentadas durante el congreso, donde se abordaron experiencias clínicas y propuestas de intervención centradas en la persona, evidenciando cómo la práctica clínica puede ser no solo técnicamente eficaz, sino también profundamente humana.

Además de los simposios temáticos asincrónicos, el congreso ofreció un espacio privilegiado de reflexión compartida a través de cuatro mesas redondas sincrónicas. Estas sesiones reunieron a expertos en psicología, medicina, tecnología, ética y ciencias sociales para debatir sobre los grandes desafíos contemporáneos desde una perspectiva humana. Así, se abordaron cuestiones como el rol de la investigación en las comunidades (mesa 1), la ética y vulnerabilidad psicosocial (mesa 2), la inteligencia artificial en clave humanista (mesa 3) y los desafíos de la salud en clave de dignidad humana (mesa 4). La participación activa del público, mediante preguntas en vivo, permitió un diálogo horizontal y enriquecedor entre generaciones, disciplinas y contextos.

La modalidad virtual del evento –combinando instancias sincronas y asincrónicas de interacción– permitió democratizar el acceso, favorecer la participación internacional y visibilizar la pluralidad de voces que conforman hoy la comunidad científica joven. La estructura del congreso propició tanto la exposición rigurosa de trabajos de investigación como el encuentro humano y formativo, en el que el pensamiento crítico, el compromiso ético y la mirada interdisciplinar se pusieron en juego de manera activa. Así, INICIAte no fue solo una vitrina académica, sino un verdadero laboratorio de diálogo científico-humanista que encarnó el propósito de humanizar la ciencia al vincular el saber con el sentido, la excelencia con la responsabilidad y el conocimiento con la persona.

Hacia una ciencia más humana: conclusiones y desafíos futuros

A lo largo de este capítulo se ha sostenido una idea fundamental: la urgencia de recuperar a la persona como eje de la práctica científica. Esta propuesta no supone renunciar al rigor metodo-

lógico ni a la excelencia investigadora, sino integrarlos en una visión más amplia, ética y situada del conocimiento. La ciencia no puede concebirse al margen de los contextos históricos, sociales y culturales que la atraviesan ni de los valores que orientan su producción y aplicación. En un mundo marcado por el individualismo, el aislamiento y la tecnificación creciente de la vida académica, se vuelve imprescindible promover una ciencia crítica, responsable y con sentido humano.

El recorrido por el programa INICIA y el I Congreso Internacional de Jóvenes Investigadores INICIAte ha puesto de manifiesto que es posible imaginar y practicar una ciencia centrada en la dignidad de la persona y comprometida con la transformación social. Frente a una visión tecnocrática o instrumental del conocimiento, estas iniciativas ofrecen una alternativa formativa que articula la rigurosidad metodológica con la reflexión ética, relacional y trascendente. A través de experiencias situadas y colaborativas, se avanza hacia una formación investigadora que no solo capacita técnicamente, sino que también acompaña el desarrollo de sujetos conscientes, capaces de asumir la ciencia como una tarea de responsabilidad, servicio y construcción colectiva.

Estas propuestas refuerzan la necesidad de una transformación cultural en la ciencia que demanda la incorporación de enfoques interdisciplinarios, colaborativos y socialmente comprometidos que enriquezcan tanto la calidad de los resultados como su relevancia humana (Viseu, 2015). En este sentido, se requiere integrar dimensiones afectivas y relacionales en la dinámica investigadora a fin de fortalecer la cohesión y sostenibilidad de las comunidades científicas, especialmente en contextos marcados por la incertidumbre y la precariedad académica (Fecher y Friesike, 2014). En este marco, adquiere relevancia la creación y el desarrollo de prácticas formativas reflexivas que favorezcan la motivación, el compromiso y el sentido de agencia entre los jóvenes investigadores. Formar en ciencia, desde esta mirada, no se reduce a la transmisión de contenidos ni a la enseñanza de técnicas, sino que implica crear condiciones para que los estudiantes se reconozcan como sujetos epistémicos con capacidad crítica, sensibilidad ética y vocación transformadora (Fonseca Gutiérrez, 2020).

En definitiva, una ciencia más humana no constituye un mero ideal inspirador, sino una necesidad impostergable en el escenario contemporáneo. En este horizonte, experiencias como

el programa INICIA y eventos científicos como INICIAte 2025 representan desde la UFV prácticas que muestran cómo es posible formar investigadores rigurosos y creativos sin renunciar a la centralidad de la persona. El desafío que se plantea para el futuro es el de extender y consolidar estas experiencias tejiendo redes institucionales, pedagógicas y epistémicas que hagan posible una nueva cultura científica: una ciencia más inclusiva, ética y verdaderamente orientada al bien común.

Referencias bibliográficas

- Aranguren, J., Agejas, J. A., Lacalle, M. y Rubio Hípola, F. J. (2020). *Cuatro preguntas de razón abierta*. Colección Razón Abierta. Universidad Francisco de Vitoria.
- Bilbeny, N. y Guàrdia, J. (Eds.). (2015). *Humanidades e investigación científica: una perspectiva necesaria*. Universitat de Barcelona.
- Caballero, I., Paramá, A. y Coca, J. R. (2018). Reflexiones teóricas sobre la necesidad de humanizar las ciencias experimentales en los procesos didácticos. *Argumentos de Razón Técnica*, (21), 13-24. <https://doi.org/10.12795/Argumentos/2017.i21.01>
- Cacioppo, J. T. y Cacioppo, S. (2018). Chapter Three - Loneliness in the Modern Age: An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL). En J. M. Olson (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 58, pp. 127-197). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2018.03.003>
- Carnap, R. (1928). *The logical structure of the world*. University of California Press.
- Chalmers, A. F. (2013). *What is this thing called science?* Hackett Publishing.
- Fecher, B. y Friesike, S. (2014). Open science: One term, five schools of thought. En S. Bartling y S. Friesike (Eds.), *Opening Science* (pp. 17-47). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-00026-8_2
- Feyerabend, P. (1975). *Against method*. New Left Books.
- Fonseca Gutiérrez, J. (2020). La formación de investigadores: oficio y conocimiento pertinente ante los avances de la ciencia y la tecnología. *RIDE Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 10(20). <https://doi.org/10.23913/ride.v10i20.621>
- Hawkley, L. C. y Capitano, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. *Philoso-*

- phical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669). <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>
- Hempel, C. G. y Oppenheim, P. (1948). Studies in the logic of explanation. *Philosophy of Science*, 15(2), 135-175. <https://doi.org/10.1086/286983>
- Hiruela de Fernández, M. del P. (2010). *Humanizar la ciencia*. Centro de Bioética, Universidad Católica de Córdoba.
- Hunt, M. G., Marx, R., Lipson, C. y Young, J. (2018). No More FOMO: Limiting Social Media Decreases Loneliness and Depression. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 37(10). <https://doi.org/10.1521/jscp.2018.37.10.751>
- Jurdant, B. (2008). La divulgación científica. En M. B. Calvo y C. Martín Barbero (Eds.), *Comunicación y cultura científicas* (pp. 429-448). Paidós.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
- Lakatos, I. y Musgrave, A. (Eds.) (1970). *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge University Press.
- Latour, B. (1987). *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Harvard University Press.
- Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta: repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Nueva Visión.
- Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203994627>
- Quine, W. V. (1969). Epistemology naturalized. En *Ontological relativity and other essays* (pp. 69-90). Columbia University Press.
- Reichenbach, H. (1951). *The rise of scientific philosophy*. University of California Press.
- Turkle, S. (2015). *Reclaiming conversation: The power of talk in a digital age*. Penguin Press.
- Twenge, J. M., Spitzberg, B. H. y Campbell, W. K. (2019). Less in-person social interaction with peers among U.S. adolescents in the 21st century and links to loneliness. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(6), 1892-1913. <https://doi.org/10.1177/0265407519836170>
- Vargas Cordero, Z. R. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Educación*, 33(1), 155-165. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082010>
- Viseu, A. (2015). Integration of social science into research is crucial. *Nature*, 525, 291. <https://doi.org/10.1038/525291a>

Factores psicosociales predictores de desesperanza en adultos emergentes: un análisis desde PsicoData Venezuela

DANNY DANIEL SOCORRO, JOSÉ EDUARDO RONDÓN,
LUISA ANGELUCCI, ÁNGEL OROPEZA,
CELIBETH GUARÍN, ADLE HERNÁNDEZ
Universidad Católica Andrés Bello (Caracas, Venezuela)

Resumen

La desesperanza es un indicador clave cuando la salud mental está siendo impactada en los ciudadanos que viven en contextos de alta vulnerabilidad psicosocial, producto de crisis sociopolítica y económica. El estudio PsicoData Venezuela (2023, 2024) ha identificado a los adultos emergentes (18-29 años) como un grupo especialmente vulnerable. Esta investigación tuvo como objetivo determinar cómo seis variables psicosociales (miedo colectivo difuso, optimismo, locus de control externo, apoyo social percibido, estilos de afrontamiento y sexo) discriminan entre niveles altos y bajos de desesperanza en esta población. Se utilizó un diseño transeccional-causal analizando datos de 349 adultos emergentes del estudio PsicoData Venezuela (2024). Los instrumentos incluyeron escalas previamente diseñadas por PsicoData Venezuela (2024). Se realizó un análisis discriminante. Los resultados mostraron que el locus de control externo (por azar y por otros poderosos), el miedo colectivo difuso, el menor apoyo social (familiar y de amigos), el menor optimismo y los estilos de afrontamiento de negación (frente a la reinterpretación positiva) son las variables más relevantes para predecir niveles altos de desesperanza (centroide baja desesperanza: $-0,309$; centroide alta desesperanza: $0,745$). En contraste, un bajo nivel de desesperanza se asocia con un mayor apoyo familiar y de amigos, optimismo y el uso de la reinterpretación positiva. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias de intervención, así como de políticas públicas que aborden la desesperanza en adultos emergentes venezolanos focalizadas en fortalecer el apoyo social percibido y fomentar estrategias de afrontamiento y optimismo, así como fortalecer el locus de control interno.

Palabras clave: desesperanza, predictores psicosociales, adultez emergente, emergencia humanitaria, salud mental

Introducción

Por varios lustros, Venezuela se ha visto inmersa en una profunda crisis sociopolítica y económica, calificada como de emergencia humanitaria compleja, con importantes consecuencias en la salud mental de sus ciudadanos, donde la desesperanza es uno de sus principales indicadores. Los prolongados conflictos políticos y sociales no solo comprometen la seguridad física y psicológica, sino que limitan profundamente las oportunidades de todos sus ciudadanos (Angelucci et. al 2024; Pirela y García-Dávila, 2024; Oropeza, 2022).

PsicoData Venezuela (2023, 2024), un estudio nacional de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) muestra en un entorno de emergencia humanitaria compleja, un retrato de la salud mental y vulnerabilidad psicosocial de la población venezolana a partir de la evaluación de sus características psicológicas y psicosociales. Entre sus hallazgos se ha encontrado que la desesperanza aparece como uno de los indicadores preocupantes y donde los adultos emergentes (18 a 29 años) se presentan como uno de los grupos más vulnerables.

En consecuencia, la presente investigación tiene como objetivo medir la capacidad discriminante de seis variables psicosociales (miedo colectivo difuso, optimismo, locus de control externo, apoyo social percibido, estilos de afrontamiento y sexo) para diferenciar entre niveles altos y bajos de desesperanza en adultos emergentes en condiciones de compleja vulnerabilidad sociopolítica.

González y Hernández (2012), basados en el modelo de Beck, definen a la desesperanza como «un estado en el que el individuo no emite respuestas para evitar la estimulación aversiva, ya sea porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape, o bien porque le es imposible escapar» (p. 314). En consecuencia, la desesperanza lleva a la convicción de que la persona no podrá avanzar por cuenta propia, está limitada ante el éxito y en el alcance de objetivos importantes, así como no ve solución ante los problemas que enfrenta en la vida.

El informe PsicoData Venezuela (2024) revela que un 40 % de la población presenta niveles de desesperanza entre moderados y altos. Del instrumento administrado, el ítem más crítico informa que 44 % de los encuestados manifiesta percibir un futuro desesperanzador, en donde no ve cambios para mejor.

Del conjunto de variables medidas por PsicoData Venezuela (2024) se observa, en primer lugar, que el apoyo social percibido tiende a incidir de manera significativa sobre la desesperanza. Peralta et al. (2021) encontraron una correlación inversa, alta y significativa entre la desesperanza y el apoyo social percibido ($r = -0,522$ $p < 0,01$), siendo dimensiones fundamentales el apoyo de la familia ($r = -0,368$ $p < 0,01$) y el apoyo de los amigos ($r = -0,502$ $p < 0,01$). Los autores concluyen que el apoyo social percibido disminuye la sensación de desesperanza y soledad y aumenta el bienestar psicológico en las personas.

El miedo colectivo difuso, entendido como la vivencia experimentada por la percepción de un peligro cierto o impreciso, actual o probable que la persona percibe como amenazante para él mismo o su grupo (PsicoData Venezuela, 2024), está correlacionado de manera positiva con sensación de impotencia y con sensación de indefensión (Dorado y Solarte, 2016), así como con conciencia de desvalimiento y un fuerte temor al cambio (Lira, 1989). Además, según Simoes (2013), el miedo colectivo difuso lleva a las personas a manifestar un silencio cómplice de la violación de derechos humanos en donde el aislamiento social tiende a prevalecer.

En PsicoData Venezuela (2024) hay tres ítems que se destacan de la escala administrada: el 57 % de los encuestados sienten temor de lo que puedan hacer con su información personal, al 41 % le da miedo dar su opinión porque no sabe quién le está escuchando y el 38 % no protesta por temor a la represión.

Locus de control externo es la tendencia de una persona a atribuir los eventos que le rodean a causas externas, como la influencia de seres más poderosos o por efecto del azar (De Grande, 2014). Según Jaramillo et al. (2024), las personas con locus de control externo tienden a experimentar sentimientos de insuficiencia y se perciben como poco importantes y sin la capacidad de encontrar en sí mismos las herramientas para mejorar su realidad.

De acuerdo con PsicoData Venezuela 2024, el 38 % de los encuestados tiende a presentar niveles moderados de locus de control externo al azar, pero uno de sus ítems sorprende al mostrar que el 61 % de los venezolanos indica que «si algo va a suceder ocurrirá independientemente de lo que yo haga». Por otro lado, el 31 % de los encuestados presentó moderados niveles de locus

de control externo de otros poderosos; igualmente, uno de sus ítems se destaca porque el 48% de los sujetos sostiene que «En este país, para lograr lo que uno quiere, necesariamente tiene que *jalar mecate*» (adular a otros).

Por su parte, los estilos de afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1986), son «aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (p. 164). En otras palabras, los estilos de afrontamientos son dinámicos y se ejecutan para mantener o restablecer el control que tienen las personas de su ambiente, de lo que se deduce que la pertinencia de una estrategia va a depender de la situación.

En consonancia con lo anterior, Bedoya et al. (2022) encontraron que los estilos de afrontamientos positivos (reinterpretación positiva, resolución de problemas, etc.) se correlacionan de manera directa con equilibrio emocional, desarrollo psicológico, autoestima y autoeficacia, mientras que los estilos negativos (autoinculpación, negación, queja, etc.) se correlacionan de manera inversa con equilibrio emocional, desarrollo psicológico, autoestima y autoeficacia.

El optimismo, según Snyder et al. (2001), es la tendencia estable a creer que ocurrirán hechos buenos más que malos. Tanto Ruiz-Rodríguez et al. (2021) como García et al. (2014) encontraron que el optimismo tiene una relación inversamente proporcional con indicadores que afectan el bienestar y la salud mental, mientras que tiene una relación positiva con indicadores que contribuyen al bienestar psicológico de las personas.

Finalmente, la variable sexo (hombre y mujer) es importante considerarla en este estudio porque, de acuerdo con PsicoData Venezuela (2023, 2024), uno de los grupos más vulnerables evidenciados fue el de la mujer: perciben menos apoyo social institucional, manifiestan mayores indicadores de ansiedad y depresión (1 de cada 4 mujeres), no expresan sus sentimientos (24%) y evidencian mayores niveles de afectación en casi todos los estresores (económico: 44%; salud: 26%; problemas personales: 15%).

Estos hallazgos preliminares plantean la necesidad de examinar sistemáticamente el peso relativo de cada variable en el contexto específico de la emergencia humanitaria compleja venezolana. Para ello, en el presente estudio se adopta la técnica esta-

dística multivariante, análisis discriminante, que permitirá identificar qué combinación de variables ofrece mayor poder predictivo sobre los niveles de desesperanza en esta población vulnerable.

Metodología

Diseño

El tipo de diseño empleado es un transeccional-causal debido a que se desea describir relaciones causales entre variables en un momento determinado; es decir, se desea conocer si miedo colectivo difuso, optimismo, locus de control externo, apoyo social percibido, estilos de afrontamiento y sexo discriminan a los adultos emergentes con niveles altos y bajos de desesperanza. Se plantea que es transeccional pues se realiza una sola medida en el tiempo de cada una de estas variables (Hernández et al., 2006).

Según León y Montero (2003), se considera un diseño prospectivo de grupo único pues se miden las variables independientes en muchos sujetos, de tal forma que todos los valores posibles de las variables independientes estén representados y *a posteriori* se mide la variable dependiente.

Participantes

Fueron 349 adultos emergentes (42% hombres, 58% mujeres), cuyas edades oscilan entre 18 a 29 años con una media de 24,25 años ($S = 2,92$), quienes participaron voluntariamente en el estudio de PsicoData Venezuela en el año 2024. Referente a la variable desesperanza, los participantes se dividieron en 247 sujetos (70,8%) categorizados como de «baja desesperanza» y 102 sujetos (29,2%) categorizados como de «alta desesperanza».

Estos adultos emergentes formaron parte de las 2000 personas naturales, entre hombres y mujeres con edades comprendidas entre 18 y 96 años, quienes fueron parte la muestra de los estudios de ENCOVI de 2022 y 2023, el cual es otro proyecto de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), pero enfocado a las condiciones socioeconómicas del venezolano. El tipo de muestreo empleado fue el de selección al azar simple de los ho-

gares de diferentes estados de Venezuela. En cada hogar se entrevistó a una persona. La selección del entrevistado se realizó, a su vez, mediante un muestreo de cuotas por sexo y edad. El nivel de confianza fue 95 % y el error muestral +/- 2,19 % para la mayoría de las estimaciones de frecuencias simples.

Instrumentos

- Escala de desesperanza: escala integrada por seis ítems en formato Likert con cuatro opciones (1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. De acuerdo; 4. Totalmente de acuerdo) construida para el estudio PsicoData Venezuela (2024). Dos ítems fueron extraídos de la escala de Everson et al. (1997) adaptada al español: «Siento que es imposible alcanzar mis metas» y «El futuro me parece desesperanzador y no puedo creer que las cosas estén cambiando para mejor». Dos ítems de la escala de Beck et al. (1974) adaptada al español: «No espero conseguir lo que realmente quiero» y «No sirve de nada intentar realmente conseguir algo que quiero porque probablemente no lo conseguiré». Y, finalmente, dos ítems de la escala de Scheier y Carver (1992) adaptada al español: «Casi nunca espero que las cosas salgan como yo quiero» y «Rara vez cuento con que me ocurran cosas buenas». La escala es unidimensional, donde a mayor puntaje mayor desesperanza. El alfa de Cronbach encontrado en PsicoData Venezuela (2024) fue de 0,714. Para su categorización, la variable fue dividida en «alta desesperanza» (agrupando los niveles de «3- moderada» y «4- alta») versus «baja desesperanza» (agrupando los niveles de «1-ninguna» y «2- baja»).
- Escala de miedo colectivo difuso: escala previamente diseñada para el estudio de PsicoData Venezuela (2024) constituida por cinco ítems con cuatro opciones (1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. De acuerdo; 4. Totalmente de acuerdo). Los ítems son 1 «Siento temor de lo que puedan hacer con mi información personal», 2 «En grupos desconocidos me da miedo dar mi opinión porque no sé quién está escuchando», 3 «Por lo general, no reclamo mis derechos porque siento miedo a lo que me pueda pasar», 4 «Siento temor cuando paso por una alcabala de policías o militares» y 5 «No protesto por temor a la represión». La escala es unidimensio-

nal, donde a mayor puntaje mayor miedo difuso. El alfa de Cronbach encontrado en PsicoData Venezuela (2024) fue de 0,720.

- Escala de locus de control externo: constituida por 16 ítems en escala Likert extraídos de la escala de Levenson (1973), donde la mitad ellos miden locus de control externo por azar y la otra mitad locus de control externo por otros poderosos. Cada ítem posee cuatro opciones de respuestas (1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. De acuerdo; 4. Totalmente de acuerdo). La escala es bidimensional, donde a mayor puntaje mayor locus de control externo. El alfa de Cronbach encontrado en PsicoData Venezuela (2024) fue de 0,784.
- Escala de estrategias de afrontamiento: escala integrada por cuatro ítems en formato Likert, con cuatro opciones (1. Nunca; 2. Casi nunca; 3. Casi siempre; 4. Siempre), extraídos del Brief COPE abreviada al español (Morán et al., 2009). La escala mide las estrategias de la persona para manejar situaciones difíciles o estresantes a través de 14 subescalas con dos ítems cada una. PsicoData Venezuela (2024) seleccionó cuatro ítems de cuatro subescalas. A saber, autoinculpación («Me critico a mí mismo», negación («Me niego a creer que haya sucedido»), desahogo («Expreso mis sentimientos negativos») e reinterpretación positiva («Busco algo bueno en lo que está sucediendo»). A mayor puntaje en cada ítem mayor uso de la estrategia.
- Escala de optimismo: escala integrada por tres ítems en formato Likert con cuatro opciones (1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. De acuerdo; 4. Totalmente de acuerdo) extraídos de la escala LOT-R de Scheier y Carver (1992) adaptada al español, los cuales son «Siempre soy optimista sobre mi futuro», «En tiempos de incertidumbre, suelo esperar lo mejor» y «En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas». La escala es unidimensional, donde a mayor puntaje mayor optimismo. El alfa de Cronbach encontrado por PsicoData Venezuela (2024) fue de 0,669.
- Escala de apoyo social percibido: escala previamente diseñada para PsicoData Venezuela (2024) constituida por 12 ítems en formato «0: NO» y «1: Sí», donde se pregunta a los participantes si en los últimos seis meses, cuando ha tenido alguna situación crítica o problema, ha sentido apoyo de 1- familia,

2- vecinos, 3- amigos, 4- compañeros de trabajo, 5- organizaciones sociales, 6- organizaciones culturales, 7- organizaciones deportivas, 8- organizaciones religiosas, 9- organizaciones políticas, 10- organizaciones gubernamentales, 11- organizaciones deportivas, y 12- empresas privadas.

- Cuestionario sociodemográfico: formato previamente diseñado, donde se le solicitó a los participantes la edad y el sexo.

Procedimientos

Se realizó una investigación documental, profundizando teóricamente en las dimensiones de PsicoData Venezuela (2023), con el propósito de elaborar la encuesta correspondiente a PsicoData Venezuela (2024). Luego, se realizó el estudio piloto del instrumento con una muestra de 300 personas donde se modificaron algunos reactivos para garantizar mayor validez y confiabilidad del cuestionario. Posteriormente, se aplicó el instrumento definitivo a 2000 personas seleccionadas de la base de datos de ENCOVI 2022 y 2023. Para el desarrollo del estudio, se segmentó la data de respuesta según el grupo etario y se seleccionaron a los participantes cuyas edades oscilaban entre 18 y 29 años, arrojando un tamaño muestral de 349 adultos emergentes. Posteriormente, se dividió a los seleccionados en dos grupos según sus puntajes en la escala de desesperanza: grupo de «alta desesperanza» y grupo de «baja desesperanza». Finalmente, se seleccionaron las variables que, de acuerdo con la investigación documental previamente realizada, se encontraban estrechamente asociadas con desesperanza, como son miedo difuso, optimismo, locus de control externo, estrategias de afrontamiento y sexo. Con las variables seleccionadas, se procedió finalmente a realizar los análisis de los datos y así dar respuesta a la pregunta de investigación.

Análisis de datos

Para el análisis de datos, se emplearon los estadísticos descriptivos media, desviación y asimetría para las variables continuas y para las variables categóricas, estadístico de frecuencia. Finalmente, para alcanzar el objetivo de la investigación, se realizó el análisis discriminante, el cual es una técnica estadística emplea-

da para analizar la relación entre una variable dependiente categórica y varias variables independientes métricas. Su finalidad es utilizar los valores conocidos de las variables independientes para predecir con qué categoría de la variable dependiente se corresponden (Pérez, 2004).

Resultados

En primer lugar, se describió la muestra desde el apoyo social percibido según los grupos (alta y baja) de desesperanza. En la tabla 1 se observa que la mayoría de los adultos emergentes tienen predominantemente apoyo familiar (86 %), seguido del de amigos (73 %), mientras que perciben muy bajo apoyo de las organizaciones gubernamentales (9,7 %) y las organizaciones políticas (10,6 %).

El grupo con baja desesperanza percibe más apoyo de las familias (89,5 %) y amigos (78,1 %). El grupo de alta desesperanza del que recibe predominantemente apoyo es de la familia (77,5 %), aunque menos que los de poca desesperanza. El grupo de alta desesperanza percibe más apoyo que los de baja desesperanza de las siguientes fuentes: compañeros de trabajo (56 % vs. 52 %), organizaciones sociales (29,4 % vs. 20,6 %), organizaciones deportivas (17,6 % vs. 13,1 %), organizaciones culturales (17,6 % vs. 11,7 %), organizaciones políticas (12,7 % vs. 9,7 %) y organizaciones gubernamentales (13,7 % vs. 8,1 %).

Tabla 1. Apoyo social para los grupos de desesperanza

En los últimos seis meses, cuando ha tenido alguna situación crítica o problema, ha sentido apoyo de:		Baja desesperanza	Alta desesperanza	Total
		Apoyo familia	No	26
		10,5%	22,5%	14,0%
	Sí	221	79	300
		89,5%	77,5%	86,0%
	Total	247	102	349
		100,0%	100,0%	100,0%

En los últimos seis meses, cuando ha tenido alguna situación crítica o problema, ha sentido apoyo de:		Baja desesperanza	Alta desesperanza	Total
Apoyo vecinos	No	129	54	183
		52,2%	52,9%	52,4%
	Sí	118	48	166
		47,8%	47,1%	47,6%
	Total	247	102	349
		100,0%	100,0%	100,0%
Apoyo amigos	No	54	41	95
		21,9%	40,2%	27,2%
	Sí	193	61	254
		78,1%	59,8%	72,8%
	Total	247	102	349
		100,0%	100,0%	100,0%
Apoyo compañeros de trabajo	No	118	44	162
		48,0%	44,0%	46,8%
	Sí	128	56	184
		52,0%	56,0%	53,2%
	Total	246	100	346
		100,0%	100,0%	100,0%
Apoyo organizaciones sociales	No	196	72	268
		79,4%	70,6%	76,8%
	Sí	51	30	81
		20,6%	29,4%	23,2%
	Total	247	102	349
		100,0%	100,0%	100,0%
Apoyo organizaciones culturales	No	218	84	302
		88,3%	82,4%	86,5%
	Sí	29	18	47
		11,7%	17,6%	13,5%
	Total	247	102	349
		100,0%	100,0%	100,0%

En los últimos seis meses, cuando ha tenido alguna situación crítica o problema, ha sentido apoyo de:		Baja desesperanza	Alta desesperanza	Total
Apoyo organizaciones deportivas	No	213	84	297
		86,9%	82,4%	85,6%
	Sí	32	18	50
		13,1%	17,6%	14,4%
	Total	245	102	347
100,0%		100,0%	100,0%	
Apoyo organizaciones religiosas	No	155	62	217
		62,8%	60,8%	62,2%
	Sí	92	40	132
		37,2%	39,2%	37,8%
	Total	247	102	349
100,0%		100,0%	100,0%	
Apoyo organizaciones políticas	No	223	89	312
		90,3%	87,3%	89,4%
	Sí	24	13	37
		9,7%	12,7%	10,6%
	Total	247	102	349
100,0%		100,0%	100,0%	
Apoyo organizaciones gubernamentales	No	227	88	315
		91,9%	86,3%	90,3%
	Sí	20	14	34
		8,1%	13,7%	9,7%
	Total	247	102	349
100,0%		100,0%	100,0%	
Apoyo empresas privadas	No	210	90	300
		85,4%	88,2%	86,2%
	Sí	36	12	48
		14,6%	11,8%	13,8%
	Total	246	102	348
100,0%		100,0%	100,0%	

En los últimos seis meses, cuando ha tenido alguna situación crítica o problema, ha sentido apoyo de:		Baja desesperanza		Alta desesperanza	Total
Apoyo organizaciones educativas	No	176		72	248
		71,3%		70,6%	71,1%
	Sí	71		30	101
		28,7%		29,4%	28,9%
Total		247		102	349
		100,0%		100,0%	100,0%

Con respecto a las variables psicológicas continuas en la muestra total de adultos emergentes, se puede observar en la tabla 2, dentro de un rango de 1 a 4, que ella presentó alta reinterpretación positiva de la situación estresante y moderada baja negación de dicha situación estresante. En el resto de las variables, los adultos emergentes presentan un nivel moderado.

Al comparar a los grupos, hay menos miedo difuso, menos locus de control externo (azar y otros poderosos), más optimismo y más reinterpretación positiva en el grupo con baja desesperanza.

Tabla 2. Descriptivos de las variables cuantitativas. Muestra total y por grupo de desesperanza

	Baja desesperanza			Alta desesperanza			Total		
	M	DS	As	M	DS	As	M	DS	As
Afrontamiento: autoinculpación	2,56	1,08	-0,11	2,72	1,20	-0,35	2,60	1,12	-0,17
Afrontamiento: negación	2,07	0,97	0,51	2,32	1,13	0,18	2,14	1,02	0,42
Afrontamiento: reinterpretación	3,48	0,66	-1,33	3,27	0,91	-1,29	3,42	0,75	-1,44
Afrontamiento: desahogo	2,56	1,11	-0,07	2,42	1,18	0,06	2,52	1,13	-0,04
Miedo colectivo difuso	2,24	0,57	0,16	2,44	0,53	-0,10	2,30	0,56	0,06
Optimismo	3,29	0,48	-0,06	3,10	0,47	-0,04	3,24	0,48	-0,05
Locus azar	2,33	0,44	0,05	2,61	0,44	0,54	2,41	0,47	0,21
Locus otros poderosos	2,18	0,48	-0,15	2,41	0,45	0,06	2,25	0,49	-0,12

Ahora bien, para llevar a cabo el objetivo de investigación, se efectuó un análisis discriminante múltiple para los grupos de la desesperanza. Se obtuvo previamente la prueba de M de Box, la cual indica que se cumple el supuesto de las matrices de covarianza, dado que las de la población son iguales [$M = 284,969$; $F = 1,126$ (231/108536,67); $p = 0,092$].

Al realizar la función discriminante, se obtiene un autovalor de 0,232 y una correlación moderada y significativa con los grupos (correlación canónica = 0,434; lambda de Wilks = 0,812; chi cuadrado = 91,962; $gl = 21$; $p = 0,00$).

Se presentan la matriz de las cargas discriminantes y la de las ponderaciones discriminantes (ver tablas 3 y 4). Dada la inestabilidad de los segundos coeficientes, se decide interpretar la matriz de estructura (tabla 3) y se observa que las variables más importantes que llevan a un mayor puntaje en la función, tomando un criterio igual o mayor a 0,20, son mayor locus externo por azar, mayor locus otros poderosos, menor apoyo de amigos, menor optimismo, mayor miedo difuso, menor apoyo familiar, menor reinterpretación positiva de la situación estresante, mayor apoyo de organizaciones culturales, sociales y gubernamentales y mayor negación de la realidad estresante.

Tabla 3. Matriz de estructuras

	Función 1
Locus azar	0,587
Locus otros poderosos	0,430
Amigos	-0,427
Optimismo	-0,335
Miedo difuso	0,329
Familia	-0,310
Afrontamiento: reinterpretación	-0,251
Organizaciones culturales	0,240
Organizaciones sociales	0,236
Afrontamiento: negación	0,232
Organizaciones gubernamentales	0,219
Organizaciones deportivas	0,156

Organizaciones políticas	0,140
Afrontamiento: autoinculpación	0,134
Organizaciones religiosas	0,094
Afrontamiento: desahogo	-0,094
Compañeros de trabajo	0,089
Organizaciones educativas	0,073
Sexo	0,052
Empresas privadas	-0,037
Vecinos	-0,004

Tabla 4. Coeficientes de función discriminante canónica estandarizados

	Función 1
Sexo	0,034
Familia	-0,250
Vecinos	-0,070
Amigos	-0,517
Compañeros de trabajo	0,301
Organizaciones sociales	0,128
Organizaciones culturales	0,151
Organizaciones deportivas	0,172
Organizaciones religiosas	0,077
Organizaciones políticas	0,101
Organizaciones gubernamentales	0,030
Empresas privadas	-0,105
Organizaciones educativas	-0,032
Afrontamiento: autoinculpación	0,093
Afrontamiento: negación	0,212
Afrontamiento: reinterpretación	-0,176
Afrontamiento: desahogo	-0,105
Miedo difuso	0,118
Optimismo	-0,255
Locus azar	0,401
Locus otros poderosos	0,175

Al evaluar los centroides de los grupos baja y alta desesperanza (ver tabla 5), se obtiene un solapamiento, pero no el suficiente para ser iguales. El grupo de alta desesperanza presenta un centroide positivo que indica un mayor puntaje en la función, es decir, reflejan mayor locus externo por azar, mayor locus otros poderosos, menor apoyo de amigos, menor optimismo, mayor miedo difuso, menor apoyo familiar, menor reinterpretación positiva de la situación estresante, mayor apoyo de organizaciones culturales, sociales y gubernamentales y mayor negación de la realidad estresante en comparación con las personas con baja desesperanza, quienes tienen un puntaje negativo en la función.

Tabla 5. Centroides de los grupos

	Función 1
Baja desesperanza	-0,309
Alta desesperanza	0,745

Por último, la función permite clasificar a ambos grupos por encima del azar, al de baja desesperanza 21,2 % y al de alta desesperanza 17,4 %. La clasificación correcta es muy similar en ambos grupos.

Tabla 6. Tabla de clasificación para los grupos de la desesperanza

		Pertenencia a grupos pronosticada		
		Baja desesperanza	Alta desesperanza	Total
Original	Alta desesperanza	163 / 71,2%	66 / 28,8%	229 / 100%
	Baja desesperanza	31 / 32,6%	64 / 67,4%	95 / 100%

70,1 % de casos agrupados originales clasificados correctamente.

Discusión

Un intento por obtener datos psicosociales sobre personas en condiciones de compleja vulnerabilidad sociopolítica y que viven en entornos de crisis políticas y económicas crónicas es el proyecto PsicoData Venezuela (2023, 2024), un estudio nacional de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Be-

llo (UCAB) de Caracas, que muestra un retrato de la salud mental y vulnerabilidad psicosocial de la población venezolana a partir de la evaluación de sus características psicosociales. Entre sus conclusiones principales se encuentra que los adultos emergentes son uno de los principales grupos vulnerables y la aparición de desesperanza como uno de los rasgos de mayor preocupación.

Al considerar estos hallazgos, la presente investigación tuvo como objetivo determinar cómo el miedo colectivo difuso, el optimismo, el locus de control externo, el apoyo social percibido, los estilos de afrontamiento y el sexo permiten diferenciar entre niveles altos y bajos de desesperanza en adultos emergentes.

El apoyo social percibido es uno de los mecanismos interpersonales que ayudan a la adaptación y ajuste de las personas ante las situaciones sociales difíciles y, por tanto, contribuye con la evitación de desesperanza (Rawas, et al., 2024; Wang et al., 2024). Acorde con la literatura, las personas del estudio con baja desesperanza perciben más apoyo de sus familias y amigos (las dos fuentes de mayor apoyo encontradas para la totalidad de la muestra venezolana), a diferencia del grupo de mayor desesperanza. Esto ocurre en contextos de permanente y compleja crisis sociopolítica, donde existe un altísimo nivel de desconfianza de las instituciones del país, incluyendo al Estado.

Tal como se esperaba, el grupo con mayor desesperanza tiene menor nivel de optimismo (Ruiz-Rodríguez et al., 2021; García et al., 2014). En ese sentido, se reafirma que el tener una expectativa generalizada de que sucederán más cosas buenas que malas contribuye a evitar la desesperanza. Por otra parte, la desesperanza también se caracteriza por creencias negativas respecto al futuro, es decir, un esquema cognitivo que potencia sesgos cognitivos para atender y procesar estímulos de forma distorsionada (Inostroza et al., 2015), por lo que, por definición, el optimismo sería su constructo antagónico.

Al evaluar el locus de control externo, los resultados coinciden con lo hallado previamente en el área. Así, el grupo del presente estudio con mayor desesperanza tiene mayor locus de control externo, tanto por otros poderosos como por azar (Jaramillo et al., 2024).

Las personas con alto locus de control externo suelen ser conformistas, ansiosas, estresadas, deprimidas, atribuyen su falta de éxito a la mala suerte o a las dificultades de las tareas y afrontan

sus enfermedades de manera inadecuada (Engler, 1996; Oros, 2005), por lo que estas características personales se encuentran perfectamente asociadas a esa pasividad y visión negativa del futuro, como es el caso de la desesperanza. Basado en el modelo de Beck, se establece que las personas en estado de desesperanza consideran que ningún esfuerzo realizado podrá evitar la estimulación aversiva (González y Hernández, 2012); es decir, la evitación del castigo está fuera de su control, lo que implica que ante esta situación aversiva no se posee un locus de control interno, sino externo.

En consonancia con los hallazgos en el área, se encontró que el grupo con mayor desesperanza reporta mayor miedo difuso, puesto que la desesperanza se caracteriza por tener sensación de impotencia y de indefensión (Dorado y Solarte, 2016), así como con conciencia de desvalimiento y un fuerte temor al cambio (Lira, 1989).

Tanto el miedo como la desesperanza representan malestar emocional. El miedo difuso colectivo implica la conciencia del desvalimiento biológico y la intensidad social del ser humano en una situación amenazante. En el miedo, la persona experimenta la situación como de «peligro» y, por ende, la percibe y comprende como una amenaza vital (Lira, 1989). El miedo difuso colectivo es la consecuencia de experimentar periodos de crisis caracterizados por la falta de trabajo, pobreza, hambre e incertidumbre o desesperanza respecto al futuro.

Referente a las estrategias de afrontamiento, los hallazgos coinciden igualmente con lo previamente encontrado, esto es, las personas con mayor malestar emocional, como ocurre con los sujetos con desesperanza, tienden a tener una menor reinterpretación positiva de la realidad y mayor negación del problema (Bedoya et al., 2022). Hay que recordar que la persona desesperanzada cree que nunca podrá salir adelante por sí misma, que jamás tendrá éxito en lo que intente, que en ningún caso podrá alcanzar objetivos importantes y que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida (González y Hernández, 2012); por ende, no logra tener una visión positiva de la situación y le es más fácil negar lo que le sucede, puesto que la situación es demasiado desbordante para ella.

El hecho de que las estrategias asociadas a la autoinculpación y al desahogo emocional no lograran discriminar entre los gru-

pos puede estar relacionado con el planteamiento de Rondón y Angelucci (2021) de que cualquier estilo de afrontamiento diferente al cognoscitivo propiamente dicho (activo, conductual, emocional) no se encuentra relacionado con la sintomatología depresiva. De hecho, solo las estrategias de afrontamiento de estilo cognoscitivas, como la reevaluación positiva, el ajuste a metas y la negación, son las que inciden en el reporte de depresión, el cual es un estado estrechamente vinculado a la desesperanza, por lo que se recomienda continuar la investigación en esta área.

La variable sexo (hombre y mujer) no fue significativa para predecir los grupos de desesperanza, lo cual lleva a concluir que los adultos emergentes, en medio de las situaciones de emergencia humanitaria, experimentan la vulnerabilidad sin diferencia alguna entre hombres y mujeres.

Por último, es importante destacar que los hallazgos del presente estudio representan una invitación heurística no solo para profundizar en las variables psicosociales asociadas con la desesperanza, sino para comparar y establecer su grado de generalización con otras poblaciones nacionales en situación de vulnerabilidad y de entornos caracterizados por crisis políticas y económicas crónicas.

Conclusión

Los adultos emergentes con altos niveles de desesperanza se caracterizan por la predominancia de locus de control externo al azar y de otros poderosos, percibir poco apoyo familiar y de los amigos, bajo optimismo, mayor miedo difuso colectivo, con estilos de afrontamiento bajo en reinterpretación positiva y alto en negación y percibir que tienen comparativamente más apoyo del gobierno, de las organizaciones sociales y las organizaciones culturales de lo que perciben las personas con baja desesperanza.

Las variables cruciales para determinar que el nivel de desesperanza es bajo en los adultos emergentes son sentir mayor apoyo de la familia y los amigos, uso de la reinterpretación positiva como estilo de afrontamiento, mejores niveles de optimismo, sentir menos miedo difuso proveniente del entorno y presentar bajos niveles de locus externo de control.

Referencias

- Angelucci, L., Rondón, J. E., Oropeza, A., Guarín, C., Hernández, A. y Socorro, D. (2024). Una aproximación a la vulnerabilidad psicosocial en la población venezolana. *Revista Psicología*, 43(1-2), 19-41.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Bedoya, L. M. G., Londoño, M. E. L. y Serna, S. Á. (2022). Validación del instrumento de Estilos de afrontamiento (IDEA-10) en población colombiana. *Tesis Psicológica*, 17(1), 126-143.
- De Grande, P. (2014). Reflexiones sobre la interpretación del concepto de locus de control en investigación social. *Pensando Psicología*, 10(17), 127-134.
- Dorado, C. B. y Solarte, M. G. (2016). Efectos del miedo en los trabajadores y la organización. *Estudios gerenciales*, 32(138), 60-70.
- Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. (4^a ed.). McGraw Hill.
- Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Salonen, R. y Salonen, J. T. (1997). Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 17, 1490-1495.
- García, C. R., Vallerino, V. T. y Montero, F. J. O. (2014). Resiliencia, optimismo y burnour en judokas de competición uruguayos. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 9(2), 267-279.
- García, F. E., et al. (2023). Social support and hopelessness: A systematic review of interpersonal mechanisms in vulnerable populations. *Traumatology*, 29(2), 165-178.
- González, J. y Hernández, A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2), 313-327.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Inostroza, C., Cova, F., Bustos, C. y Quijada, Y. (2015). Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea median la relación entre sintomatología depresiva y conducta suicida no letal en pacientes de salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 231-240. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400003>
- Jaramillo, A. C. Q., Quintana, G. S. M., Valencia, J. A. R., Ortiz, C. N. P. y Córdova, S. D. R. (2024). El Locus de Control Externo y su Rela-

- ción con la Autoestima. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(1), 9134-9147.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.
- Lira, E. (1989). *Psicología del miedo y conducta colectiva en Chile*. Boletín de AVEPSO.
- León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. (3ra ed.). McGraw Hill.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(3), 397-404. <https://doi.org/10.1037/h0035357>
- Morán, C., Landero, R. y González, M. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Oropeza, Á. (2022). ¿Qué ha cambiado en la psique y en la conducta del venezolano? *Revista Psicología*, 41(1-2), 63-84.
- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 14(1), 89-98.
- Peralta, J., Mariño, A. y Adriano, C. (2021). Desesperanza y su relación con el apoyo social percibido en pacientes peruanos con neoplasias hematológicas. *Psicooncología*, 18(2).
- Pérez, C. (2004). *Técnicas estadísticas con spss*. Pearson educación S.A.
- Pirela, A. J. M. y García-Dávila, D. M. (2024). Educar para la esperanza y la paz en Venezuela: ¿misión posible? *Saberes Andantes*, 4(11), 28-51.
- PsicoData Venezuela (2023). *Un retrato psicosocial*. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Recuperado de https://psicologia.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/2023/02/PsicoData_compressed.pdf
- PsicoData Venezuela (2024). *Retrato psicoSocial del venezolano 2024*. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Recuperado de https://psicologia.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/2024/07/PSICODATA_2024_PRESENTACION-DE-RESULTADOS_FINAL.pdf
- Rawas, H., De Beer, J., Alturki, O., Altorki, M., Alhelali, T., Althagfi, A., Faisal, N., Albalawi, F., y Khan, M. A. (2024). Hopelessness and Social Support among Cancer Patients in Saudi Arabia *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 25(4), 1363-1370. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2024.25.4.1363>
- Rondón, J. y Angelucci, L. (2021). Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo

- social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 215-242. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v40i02.08>
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I. y Melguizo-Garín, A. (2021). Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 18(1), 51.
- Scheier, M. y Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical Update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Simoes, D. (2013). *Frontera y Guerra Civil de España. Dominación, Resistencia y usos de la memoria*. Diputación Provincial de Bajadoz.
- Snyder, C., Sympson, S., Michael, S. y Cheavens, J. (2001). Optimism and hope constructs: variants on a positive expectancy theme. En E. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism* (pp. 101-126). American Psychological Association.
- Wang, Y., Zhang, Q. y Li, H. (2024). Social support as a buffer against hopelessness: A meta-analysis of 27 longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 350, 486-495.

Relación entre la amabilidad, el neuroticismo y la capacidad de perdonar a otros en una muestra de adultos

LOLA MOLINERO RUIZ-MATEOS

KARLA GALLO GIUNZIONI

Universidad Francisco de Vitoria (Madrid, España)

Resumen

La capacidad de perdonar es una habilidad clave para el mantenimiento de la salud mental y la calidad de las relaciones interpersonales. Rasgos de personalidad como la amabilidad y el neuroticismo se han propuesto como factores que influyen en la facilidad para perdonar. Este estudio analiza la relación entre estos dos rasgos y la capacidad de perdonar en una muestra de adultos. Mediante un diseño no experimental, *ex post facto* y transversal, se administraron el NEO-FFI y el *Forgiveness Inventory-30* (EFI-30) a 143 participantes. Se encontraron correlaciones positivas entre amabilidad y capacidad de perdonar, y negativas entre neuroticismo y capacidad de perdonar. Los resultados subrayan la importancia de trabajar en la regulación emocional y en el fortalecimiento de rasgos positivos para promover el perdón en contextos terapéuticos.

Palabras clave: perdón, amabilidad, neuroticismo, relaciones interpersonales, personalidad

Introducción

La capacidad de perdonar es una habilidad que ha sido objeto de estudio desde hace varios años dado su profundo impacto en la salud mental y en las relaciones interpersonales (McCullough et al., 2002). Investigaciones contemporáneas ya subrayaban la importancia del perdón como un proceso psicológico clave (Worthington et al., 2007). Robert D. Enright, uno de los pioneros en

el estudio científico del perdón, ha desarrollado una definición integral del perdón a lo largo de su trabajo. En su libro *Forgiveness is a Choice: A Step-by-Step Process for Resolving Anger and Restoring Hope* (*El perdón es una elección: un proceso paso a paso para resolver la ira y restaurar la esperanza*), Enright define el perdón como «un proceso en el cual la persona herida elige renunciar a sentimientos negativos hacia la persona que causó el daño, incluyendo el resentimiento y el deseo de venganza» (Enright, 2001, p. 22).

Históricamente, los científicos sociales comenzaron a estudiar y a conceptualizar esta variable en la última década del siglo xx (McCullough et al., 2000). Posteriormente, se han llevado a cabo estudios recientes en los que se ha evidenciado que el perdón está íntimamente ligado con diferentes factores. Por ejemplo, las características de las relaciones personales juegan un papel crucial: cuanto más cercana y satisfactoria sea la relación, más probable es que la víctima perdone a quien le ha ofendido (Anderson-Mooney et al., 2015; Li et al., 2021). Además, ciertos aspectos del ofensor, como expresar arrepentimiento o disculparse sinceramente, pueden facilitar el perdón (Russell, 2020). No obstante, es crucial subrayar que el acto de perdonar es una acción que emprende la persona que ha sido agraviada. Investigaciones recientes han explorado la posible conexión entre la capacidad de perdonar y diversos rasgos de personalidad (Kaleta y Mróz, 2021), lo que arroja luz sobre la complejidad de este proceso psicológico y su impacto en las relaciones interpersonales.

Perdón y amabilidad

Por un lado, hay investigadores que han demostrado que las personas con altos niveles de amabilidad tienden a ser más comprensivas y empáticas hacia los demás, lo que facilita el proceso de perdón al permitirles ver las situaciones desde la perspectiva de quienes les han herido (Grazino y Eisenberg, 1997; McCullough et al., 2002). Estos estudios contrastan la idea de Worthington (1998) de que la amabilidad es un rasgo de la personalidad que fomenta el perdón. Sin embargo, se han observado resultados no del todo consistentes. Por ejemplo, Walker y Gorsuch (2002) descubrieron que la cualidad de la amabilidad estaba estrechamente ligada a recibir perdón por parte de otros y de Dios, pero no mostraba relación con el acto de perdonar a los demás.

Perdón y neuroticismo

Por otro lado, el neuroticismo, que se refiere a la tendencia a experimentar emociones negativas de manera frecuente, ha mostrado tener una relación inversa con la capacidad de perdonar (McCullough et al., 2002; Farsani, 2021). Las personas con altos niveles de neuroticismo tienden a ser más propensas a experimentar emociones como el rencor y la ira, lo que dificulta su capacidad para dejar ir las ofensas pasadas y perdonar a quienes les han herido (Smith y MacKenzie, 2006; McCauley et al., 2022). En consecuencia, estas investigaciones respaldan, a nivel empírico, la afirmación de Worthington (1998) respecto a que el neuroticismo actúa como un factor inhibitorio del perdón.

A pesar del creciente interés en el perdón y la personalidad, todavía existen interrogantes significativos sobre cómo la interacción entre la amabilidad y el neuroticismo pueden influir en la disposición de una persona para perdonar a otros. La capacidad de perdonar se presenta como una habilidad fundamental para el bienestar emocional y la salud mental de las personas (Worthington, 2007; González et al., 2019), y comprender los factores que influyen en esta capacidad puede tener importantes implicaciones para la promoción del perdón y la resolución pacífica de conflictos. En este sentido, comprender cómo la amabilidad y el neuroticismo se entrelazan en el contexto del perdón puede tener repercusiones significativas tanto a nivel individual como interpersonal.

En resumen, este estudio busca llenar el vacío en la literatura psicológica al examinar de manera rigurosa y sistemática esta relación. Además, esta investigación puede no solo ayudar a comprender mejor cómo funciona el ser humano, sino que también puede contribuir a promover el perdón y mejorar así las relaciones interpersonales y el bienestar emocional en la sociedad.

Objetivos e hipótesis

Objetivo general

Analizar la relación entre la amabilidad, el neuroticismo y la capacidad de perdonar en adultos, con el fin de ampliar el conocimiento sobre los procesos psicológicos implicados en el perdón.

Objetivos específicos

1. Determinar cómo es la relación de la amabilidad y el neuroticismo con la capacidad de perdonar a otros.
2. Analizar la capacidad predictiva de la amabilidad y el neuroticismo sobre el perdón a otros.

Hipótesis

1. Se espera encontrar una relación positiva significativa entre el nivel de amabilidad y la capacidad de perdonar a otros, así como una asociación negativa significativa entre el neuroticismo y la capacidad de perdonar a otros.
2. Se espera que la amabilidad y el neuroticismo sean predictores de la capacidad para perdonar a otros, explicando ambas variables un porcentaje de la variabilidad de esta capacidad.

Metodología

Participantes

La muestra diseñada para este estudio han sido personas adultas, todas ellas mayores de 18 años. Se empleó un método de muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve para obtener participantes. La muestra final de este estudio estuvo compuesta por 143 participantes de los cuales el 21,7% eran hombres ($n = 31$) y el 78,3% mujeres ($n = 112$) con edades comprendidas entre los 18 y los 72 años ($M = 21$ años; $DT = 17,6$). El análisis de la muestra revela una diversidad en términos de edad y género. Además, se observa una predominancia de participantes de nacionalidad española, representando el 95,8% del total de la muestra ($n = 137$).

Los criterios de inclusión en el estudio se basaron únicamente en la edad de los participantes, los cuales debían tener 18 años o más para poder completar el cuestionario. Por ende, se excluyó automáticamente a individuos menores de esta edad.

Variables e instrumentos

Se emplearon los siguientes instrumentos:

- Cuestionario diseñado *ad hoc* para la investigación donde se evalúa edad, sexo, nacionalidad y lugar de residencia.
- Inventario NEO reducido cinco factores (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1978) para medir las variables independientes: 15 neuroticismo y amabilidad. Este test es una versión reducida del NEO-PI-R (inventario NEO de personalidad-revisado) diseñado para evaluar los cinco grandes rasgos de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Para este estudio, se emplearon las subescalas de neuroticismo y amabilidad del NEO-FFI. La subescala del neuroticismo consta de ítems que exploran la propensión a experimentar emociones negativas como ansiedad, tristeza o ira, mientras que la subescala de amabilidad evalúa el altruismo, la cooperación y la compasión hacia los demás. Cada subescala contiene 12 ítems, sumando un total de 24 ítems para evaluar neuroticismo y amabilidad. Las respuestas se registran en una escala de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, desde «totalmente desacuerdo» hasta «totalmente de acuerdo». El NEO-FFI ha demostrado una consistencia interna y estabilidad temporal satisfactorias en varios estudios, con coeficientes de alfa de Cronbach generalmente superiores a 0,70 para sus subescalas. En este estudio, se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach con los datos de la muestra, obteniendo un valor de 0,75 para ítems de la subescala de neuroticismo y 0,71 para los ítems de la subescala de amabilidad, lo que indica una buena consistencia interna.
- *Forgiveness Inventory-30* (EFI-30), traducido al español por Kasprzak et al. (2023), para evaluar la variable dependiente: capacidad de perdonar. Se trata de una versión reducida del *Enright Forgiveness Inventory-60 items* (Enright et al., 2004) que consta de una escala de tipo Likert de 30 ítems con seis alternativas de respuesta que van desde «totalmente desacuerdo» hasta «totalmente de acuerdo». Su diseño tiene como objetivo medir subescalas cognitivas, afectivas y conductuales con el propósito de conocer si la respuesta ante una injusticia es de perdón. La versión corta del EFI-30, traducida al español

por Kasprzak et al. (2023), ha sido validada y ha demostrado una buena fiabilidad, similar a la versión original ($\alpha = 0,97$). Asimismo, se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach para el instrumento completo con los datos de la muestra del estudio, obteniendo un valor de 0,96.

Diseño

El presente estudio adoptó un diseño no experimental, *ex post facto* y de corte transversal.

En primer lugar, no se han manipulado las variables independientes (neuroticismo y amabilidad), sino que se han observado y analizado cómo estas variables se relacionan con la capacidad de perdonar.

En segundo lugar, este estudio es *ex post facto*, dado que las variables se estudian después de que los eventos o comportamientos hayan ocurrido. Es decir, se evalúan las relaciones entre el neuroticismo, la amabilidad y la capacidad de perdonar *a posteriori*, sin intervención directa por parte del investigador (Kerlinger, 1979).

Por último, se trata de un diseño transversal, ya que los datos se han recolectado en un único punto temporal. Esto ha permitido examinar la relación entre las variables independientes (neuroticismo y amabilidad) y la variable dependiente (capacidad de perdonar) en un momento específico, en lugar de a lo largo del tiempo (Bryman, 2016).

Procedimiento

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario *online* creado en Google Forms, distribuido a través de redes sociales y correos electrónicos. Se proporcionó una explicación detallada sobre los objetivos del estudio, asegurando el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. Todos los participantes firmaron electrónicamente el consentimiento informado antes de iniciar el cuestionario.

Análisis de datos

Inicialmente, se procedió a realizar un análisis descriptivo de las principales variables del estudio: neuroticismo, amabilidad y capacidad de perdonar.

Para explorar las relaciones entre las variables neuroticismo, amabilidad y capacidad de perdonar, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, el cual mide la fuerza y dirección de la relación lineal entre dos variables cuantitativas. Las hipótesis específicas que se examinaron incluyeron que existirá una relación positiva significativa entre amabilidad y capacidad de perdonar y una relación negativa significativa entre neuroticismo y capacidad de perdonar.

Para determinar la capacidad predictiva de las variables neuroticismo y amabilidad sobre la capacidad de perdonar, se empleó un análisis de regresión múltiple que permitió evaluar el impacto combinado de varias variables independientes (cuantitativas o dicotómicas) sobre una variable dependiente (cuantitativa). La hipótesis que se investigó incluyó que la amabilidad y el neuroticismo explicarían conjuntamente un porcentaje significativo de la variabilidad en la capacidad de perdonar.

Los análisis se realizaron utilizando el programa IBM SPSS Statistics.

Resultados

Análisis descriptivo

Se calcularon las medias y desviaciones típicas de las principales variables del estudio (amabilidad, neuroticismo y capacidad de perdonar). Los resultados descriptivos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables principales (amabilidad, neuroticismo y capacidad de perdonar)

	Media	Desviación típica	N
Neuroticismo	31,06	6,84	143
Amabilidad	43,72	5,97	143
Capacidad de perdonar	132,84	32,88	143

Nota: elaboración propia

La tabla 1 indica que, en promedio, los participantes obtuvieron un puntaje de 31,06 en neuroticismo, y que los puntajes

varían en promedio 6,84 unidades alrededor de esta media ($X = 31,06$; $s = 6,84$). Por otro lado, el puntaje promedio en amabilidad es de 43,72 y los puntajes tienden a variar 5,97 unidades en promedio alrededor de esta media ($X = 43,72$; $s = 5,97$). Finalmente, el puntaje promedio de la variable capacidad de perdonar es de 132,84 y los puntajes tienden a dispersarse 32,88 unidades en promedio alrededor de la media ($X = 132,84$; $s = 32,88$). Es decir, tal como lo muestra la tabla 1, los niveles de amabilidad fueron relativamente elevados, mientras que los niveles de neuroticismo se situaron en un rango medio. La capacidad de perdonar presentó una puntuación moderadamente alta en la escala empleada.

Análisis de correlaciones

Se llevaron a cabo análisis de correlaciones de Pearson para evaluar las relaciones entre las variables estudiadas (neuroticismo, amabilidad y capacidad de perdonar). Los resultados se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Matriz de correlaciones de Pearson entre variables

	Neuroticismo	Amabilidad	Capacidad de perdonar
Neuroticismo	1	-0,222**	-0,264**
Amabilidad		1	0,266**
Capacidad de perdonar			1

Nota: $p \leq 0,01$

Los resultados indican que existe una correlación negativa y significativa, aunque débil, entre neuroticismo y amabilidad ($r = -0,222$). Además, se observa una correlación negativa y significativa pero débil entre neuroticismo y la capacidad de perdonar ($r = -0,264$). Por otro lado, la relación entre amabilidad y capacidad de perdonar es positiva y significativa ($r = 0,266$). La magnitud de esta correlación también es baja, sugiriendo una relación débil entre estas dos variables.

Estos resultados confirman las hipótesis iniciales planteadas en la investigación, indicando que la amabilidad promueve el perdón y el neuroticismo actúa como un inhibidor del mismo.

Análisis de regresión múltiple

Para analizar la capacidad predictiva de los rasgos de personalidad sobre la capacidad de perdonar, se realizó una regresión lineal múltiple.

El modelo fue significativo ($F = 9,069$, $p \leq 0,05$), indicando que las variables predictoras contribuyen de manera significativa a la predicción de la capacidad de perdonar y, además, explicó un 10,2% de la varianza en la capacidad de perdonar (R^2 ajustado = 0,102).

En concreto, se observó que a medida que el neuroticismo aumenta en una unidad, la puntuación en la capacidad de perdonar disminuye 1,033 unidades ($\beta = -1,033$), manteniendo constante la amabilidad. De manera contraria ocurre con la amabilidad, dado que por cada unidad de aumento de esta variable, la capacidad de perdonar aumenta en 1,202 unidades ($\beta = 1,202$), manteniendo constante el neuroticismo.

Estos resultados indican que, aunque ambos rasgos de personalidad contribuyen significativamente a la explicación de la capacidad de perdonar, su peso es moderado, sugiriendo la existencia de otros factores influyentes no considerados en este estudio.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre dos rasgos de personalidad –amabilidad y neuroticismo– y la capacidad de perdonar en adultos españoles. Los resultados obtenidos apoyan las hipótesis planteadas inicialmente: la amabilidad se asocia positivamente con la capacidad de perdonar, mientras que el neuroticismo muestra una relación negativa con esta habilidad.

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que han identificado la amabilidad como un predictor importante del perdón (McCullough y Witvliet, 2002). La amabilidad promueve actitudes de comprensión, empatía y cooperación, facilitando así el proceso de perdonar una ofensa. Las personas con altos niveles de amabilidad tienden a interpretar las acciones de los demás de manera más benévola, a experimentar emo-

ciones positivas y a mantener un enfoque prosocial en sus relaciones, todo lo cual favorece el acto de perdonar.

Por el contrario, el neuroticismo, caracterizado por la tendencia a experimentar emociones negativas intensas como la ira, la ansiedad y el resentimiento, dificulta el proceso de perdonar. Las personas con alto neuroticismo tienden a percibir las ofensas de manera más amenazante, a rumiar sobre los agravios sufridos y a mantener sentimientos de hostilidad por más tiempo, lo que impide el avance hacia el perdón (Worthington, 1998).

Aunque los resultados muestran asociaciones claras, el modelo de regresión indica que amabilidad y neuroticismo explican solo un 10,2% de la variabilidad en la capacidad de perdonar. Esto sugiere que otros factores, tanto disposicionales como situacionales, también influyen en el perdón. Variables como la regulación emocional, la empatía, la religiosidad, la gravedad de la ofensa o la cercanía relacional podrían desempeñar roles importantes que no han sido contemplados en este estudio.

Cabe destacar que la cultura también podría modular la relación entre personalidad y perdón. Algunos estudios sugieren que, en contextos colectivistas, donde se priorizan las relaciones y la armonía grupal, el perdón podría estar más influenciado por normas sociales que por rasgos individuales. Aunque España presenta características tanto individualistas como colectivistas, sería relevante considerar estas dinámicas en futuras investigaciones.

Finalmente, aunque el presente estudio aporta evidencia relevante al campo del perdón y la personalidad en adultos españoles, sus hallazgos deben interpretarse con cautela debido a ciertas limitaciones metodológicas que se discutirán en el siguiente apartado.

Conclusiones

El presente estudio ofrece evidencia empírica acerca de la influencia de los rasgos de personalidad de amabilidad y neuroticismo sobre la capacidad de perdonar a otros en una muestra de adultos españoles. Los resultados obtenidos respaldan la hipótesis de que la amabilidad se asocia positivamente con la capacidad de perdonar, mientras que el neuroticismo se relaciona negativamente con esta capacidad. Dichos hallazgos refuerzan la

relevancia de los rasgos de personalidad como factores que pueden facilitar o dificultar el proceso de perdón en las relaciones interpersonales.

Desde una perspectiva aplicada, estos resultados destacan la importancia de considerar las características de personalidad a la hora de diseñar programas de intervención destinados a promover el perdón. Iniciativas que fomenten habilidades como la empatía, la regulación emocional y la reinterpretación positiva de las situaciones de agravio podrían resultar especialmente eficaces en personas con menores niveles de amabilidad o mayores niveles de neuroticismo. Así, trabajar sobre los rasgos emocionales individuales se presenta como una vía prometedora para favorecer la resiliencia y el bienestar psicológico a través del fortalecimiento de la capacidad de perdonar.

Limitaciones

A pesar de los aportes realizados, este estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, la naturaleza transversal del diseño empleado impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas, limitando así la interpretación de los resultados en relaciones de tipo correlacional. En segundo lugar, el procedimiento de muestreo utilizado, basado en la técnica de bola de nieve, podría introducir sesgos de selección que afecten a la representatividad de la muestra, restringiendo la generalización de los hallazgos a otras poblaciones.

Asimismo, la utilización de instrumentos de autoinforme conlleva riesgos inherentes asociados al sesgo de deseabilidad social y a la subjetividad de las percepciones reportadas por los participantes. Otro aspecto que considerar es que no se incluyeron en el análisis variables contextuales relevantes, como la gravedad percibida de la ofensa sufrida o el tipo de relación existente con el ofensor, factores que, según la literatura, pueden tener un peso considerable en el proceso de perdón.

Futuras líneas de investigación

Teniendo en cuenta las limitaciones expuestas, se plantean diversas líneas de investigación que podrían ser abordadas en estudios futuros. Una primera dirección sugerida sería la realización

de investigaciones longitudinales que permitan examinar la evolución de la relación entre personalidad y capacidad de perdonar a lo largo del tiempo, aportando así evidencia sobre posibles efectos causales.

Otra vía de exploración consistiría en la inclusión de variables adicionales como la empatía, la regulación emocional, el grado de religiosidad o la valoración de la gravedad de las ofensas, con el fin de construir modelos explicativos más integrales sobre el fenómeno del perdón. En esta línea, de cara a futuras investigaciones, sería especialmente enriquecedor aplicar las cinco subescalas del NEO-FFI. Esto permitiría no solo contrastar las correlaciones con los rasgos inicialmente planteados, sino también explorar la posible presencia o ausencia de relaciones significativas con el resto de las dimensiones de personalidad.

Además, sería de gran interés llevar a cabo estudios transculturales que analicen las diferencias en la influencia de la personalidad sobre el perdón en distintas culturas y contextos sociales.

Finalmente, el desarrollo de investigaciones experimentales que manipulen variables emocionales o situacionales podría contribuir a desentrañar los mecanismos subyacentes al acto de perdonar, ofreciendo así nuevas oportunidades para el diseño de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia.

Referencias

- Anderson-Mooney, A. J., Webb, M., Mvududu, N. y Charbonneau, A. M. (2015). Dispositional forgiveness and meaning making: The relative contributions of forgiveness and adult attachment style to struggling or enduring with God. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17(2), 91-109. <https://doi.org/10.1080/19349637.2015.985557>
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford University Press.
- Cosentino, A. C. y Solano, A. C. (2017). The High Five: Associations of the five positive factors with the Big Five and well-being. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01250>
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources.
- Enright, R. D. (2001). *Forgiveness is a choice: A step-by-step process for resolving anger and restoring hope*. American Psychological Association.

- Enright, R. D., & Rique, J. (2004). *The Enright Forgiveness Inventory: Sampler set manual, instrument, and scoring guide*. Mind Garden.
- Farsani, Z. K. (2021). Mediating role of relationship attributions and marital forgiveness on the relationship between neuroticism, attachment styles and marital satisfaction. *Pizhuhish/Hā-yi Mushāvīrah*. <https://doi.org/10.18502/qjcr.v20i79.7341>
- González, E. G., Jódar, R., Martínez, M. P., Carrasco, M. J., Cagigal, V., y Ursúa, M. P. (2019). Interpersonal offenses and psychological well-being: The mediating role of forgiveness. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 75-94. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-00070-x>
- Graziano, W. G., y Eisenberg, N. (1997). Agreeableness: A dimension of personality. En *Handbook of personality psychology* (pp. 795-824). Academic Press.
- Kaleta, K. y Mróz, J. (2021). The effect of apology on emotional and decisional forgiveness: The role of personality. *Personality and Individual Differences*, 168, 110310. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110310>
- Kasprzak, A., Martínez-Díaz, P., Molinero, C. y Enright, R. D. (2023). Interpersonal forgiveness: Validation of the Enright Forgiveness Inventory (EFI-30) in the Spanish sample. *Anales de Psicología*, 39(3), 364-373. <https://doi.org/10.6018/analesps.522011>
- Kerlinger, F. N. (1979). *Behavioral research: A conceptual approach*. Holt McDougal.
- Li, S., Zhang, L., Shangguan, C., Wang, X., Li, X., y Lu, J. (2021). The influence of relationship closeness and desire for forgiveness on interpersonal forgiveness. *International Journal of Psychophysiology*, 167, 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2021.06.009>
- McCauley, T. G., Billingsley, J. y McCullough, M. E. (2022). An evolutionary psychology view of forgiveness: Individuals, groups, and culture. *Current Opinion in Psychology*, 44, 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.021>
- McCullough, M. E. y Witvliet, C. V. O. (2002). The psychology of forgiveness. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 446-455). Oxford University Press.
- McCullough, M. E., Worthington, E. L. y Rachal, K. C. (2000). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 321-336. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.321>
- Russell, L. (2020). The who, the what, and the how of forgiveness. *Philosophy Compass*, 15(3). <https://doi.org/10.1111/phc3.12656>

- Smith, T. W. y MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2(1), 435-467. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095257>
- Ursúa, M. P. (2018). *Perdón y salud: Introducción a la psicología del perdón*. Universidad Pontificia Comillas.
- Walker, D. F., y Gorsuch, R. L. (2002). Forgiveness within the Big Five personality model. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1127-1137.
- Worthington, E. L., Van Oyen Witvliet, C., Pietrini, P. y Miller, A. J. (2007). Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgivingness, and reduced unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 291-302. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9105-8>
- Worthington, E. L. (1998). Empirical research on forgiveness: Looking backward, looking forward. En E. L. Worthington Jr. (Ed.), *Dimensions of Forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 321-339). Templeton Foundation Press.

El poder en el noviazgo juvenil

SABRINA ARMAS BRACHO
Universidad Católica Andrés Bello (Caracas, Venezuela)

Resumen

El noviazgo es una relación en la que las dinámicas de poder pueden manifestarse de diversas formas. Estas influyen en la toma de decisiones, la comunicación y la autonomía individual dentro de la pareja. El objetivo es comprender cómo los jóvenes significan y negocian los límites dentro de sus relaciones. Fue una investigación cualitativa, de diseño emergente. Se realizó un muestreo teórico, contando con 12 jóvenes entre 19 y 27 años y que hayan vivido el contexto universitario, llegando a la saturación de los datos. Las entrevistas fueron analizadas con el método de comparación constante. Las dos categorías fundamentales son «lo que soy capaz de hacer para mantenerlo/a» y «puntos de desencuentro», que en conjunto reflejan aquellos elementos que en algunos casos pueden ser dañinos y en otros saludables. Se menciona el rol de la familia, los celos, los acuerdos implícitos, los límites, el conflicto, la reciprocidad, la comunicación y el «noviazgo tóxico». El noviazgo es una negociación constante, en la que ambas partes ceden algunos aspectos con la expectativa de la permanencia del vínculo. En estos casos, se construye que los conflictos se generan sobre los conflictos que se generan a partir de negociar aquellos no-negociables, como valores o proyectos de vida, en los que ambas partes no son compatibles, porque, en todos los casos, el miedo de perder al otro es central. Partir de esa vulnerabilidad, de entender esa necesidad del otro, contribuye a tener una mirada más humana al momento de tratar con noviazgos y prevenir dinámicas violentas en un futuro.

Palabras clave: noviazgo, dinámicas de poder, negociación de límites, comunicación, violencia

Introducción

El noviazgo es una relación particularmente especial porque corresponde a un lazo que se tuvo que formar con tiempo, esfuerzo, confianza y vulnerabilidad; que está caracterizada por la atracción física, el romanticismo y la necesidad de acompañamiento; que requiere compromiso y apoyo, y ocurre en un contexto social y cultural determinado (Morales Rodríguez y Díaz Barajas, 2013).

Pero ¿a qué nos referimos cuándo se habla de poder en este vínculo? Hegel (1966), en su teoría del amo y el esclavo, menciona que los humanos estamos en la constante lucha por ser reconocidos, lo que implica otorgarle el poder al otro de vernos y provocando una relación donde el poder no es balanceado. Años más tarde, Foucault (1976) menciona que estas relaciones de poder no solo se ven en estructuras macrosociales, sino que se puede apreciar en los vínculos más simples y cercanos de cada uno, proponiendo que, además, este poder es necesario para el establecimiento de límites, los cuales se consolidan al sentirse vigilados.

Gadea (2018) también afirma que es gracias al poder que se pueden establecer los límites en la interacción social, haciendo énfasis en el contexto y el lenguaje. Arias Mindiola y Herrera (2020) encontraron que la manera de identificar la asimetría en el noviazgo era a través de «la altanería», los celos, la toma de decisiones de manera unilateral, la posesión, la falta de autonomía y aislamiento social; y que el establecimiento de límites se significaba a partir de la autonomía, la sinceridad y el conocimiento en profundidad de las necesidades de la pareja. Por otro lado, Barnechea González (2020) encontró que al establecer límites dentro de una relación de noviazgo se puede prevenir la violencia, ya que es una manera de exigir respeto.

Esto nos permite entender que el poder en el noviazgo no es necesariamente negativo, sino que puede ser una fuerza constructiva para establecer límites, negociar roles y mantener la relación. Sin embargo, también puede ser una fuente de conflicto y desequilibrio. Al examinar tanto las expresiones saludables como las problemáticas del poder, buscamos comprender cómo los jóvenes significan y negocian los límites dentro de sus relaciones. Este estudio no solo busca arrojar luz sobre estas dinámicas, sino que busca proporcionar información valiosa que pueda contribuir al desarrollo de intervenciones y políticas de prevención.

Metodología

La investigación fue de corte cualitativo, de diseño emergente. Este es un diseño en el que los elementos no están prescritos, sino que las fases del proceso de investigación pueden cambiar dependiendo de los datos (Creswell, 2007). Se realizó un muestreo teórico homogéneo (Patton, 1990), contando con 12 jóvenes entre 19 y 27 años, que hayan vivido el contexto universitario y que hayan tenido al menos una pareja romántica con una duración de seis meses. Se llegó a la saturación de los datos. Las entrevistas fueron analizadas con el método de comparación constante (Creswell, 2007) en el programa MAXQDA 22. El instrumento fue el guion, el cual fue probado en entrevistas de familiarización. Se cumplió con los criterios de calidad: dependencia, credibilidad, transferencia y confirmabilidad.

Resultados

Qué hacen para mantener a esa persona en su vida

Para entender esta primera categoría, es necesario comprender el significado que tienen las parejas en la vida de los participantes y, a partir de ello, poder identificar las acciones y dinámicas que surgen para mantener ese vínculo. En principio, se significa el noviazgo como una amistad profunda en la que se suman elementos de intimidad (como las relaciones sexuales, gestos románticos y la cercanía emocional, sobre todo, en relaciones a distancia), entendimiento, confianza, fidelidad, incondicionalidad y sacrificio y que además es una preparación para el matrimonio, donde el vínculo es un momento de discernimiento para evaluar esa compañía por el resto de la vida; tomando en cuenta que es un vínculo que puede ser de dos personas o de más en las relaciones abiertas o poliamorosas.

Para mí tener novia es estar los dos el uno para el otro. Poder estar en confianza, saber que van a haber diferencias pero que pueden hablarlas sin problema y resolverlo ¿qué representa? hay cosas que no conocías, tienes que estar ahí presente buscando soluciones. (E11, H, 20, 9 meses, heterosexual, exclusiva, 54-54)

Es entregarte por otra persona. Es tener la capacidad de ver a la otra persona y saber entregarte y saber sacrificar. (E10, M, 23, hetero, exclusiva, 64-64)

La pareja es un apoyo diario, es un cómplice, un confidente, alguien en quien confías tus mínimos detalles del día, y los grandes sueños de tu vida, y es con quien intentas mejorar para mantenerle en tu vida. Es alguien con el que construyes un proyecto de vida, sabiendo que es una apuesta para un futuro por el que se trabaja en conjunto, convirtiéndose en la familia que uno escoge. Enfatizan que la pareja es alguien que te permite crecer de manera independiente, no es un crecimiento que se tiene que dar solo en pareja, sino que impulsa otras áreas de tu vida.

Tener novia, tener novia es como tener una pareja con la cual tú creas un proyecto, lo esbozas. Tener novia para mí significa que un vínculo con una persona ha sido forjado, a tal punto que tú quieres estar permanentemente con ella a lo largo de tu vida. (E7, H, 21, 1 año 11 meses, hetero, exclusiva, 56-56)

Para mí tener una pareja es tener un compañero de vida. Es la primera persona que voy a pensar para contarle mis problemas, sé que 100% va a estar ahí para mí. (E5, M, 22, 1 año, hetero, exclusiva, 52-52)

La pareja es alguien que transmite calma, ternura, emoción, admiración, felicidad y comodidad. También es alguien que ayuda a olvidarse de los propios problemas y con quien los participantes pueden expresar su autenticidad.

Me siento bien, siento que puedo ser yo misma. Siento que, de cierto modo, cierto modo, hay una persona que sé que está ahí y que me va a escuchar. (E3, M, 22, 3 años y 5 meses, hetero, exclusiva, 130-130)

Me hace sentir cómoda, querida, acompañada. Todos los días me hace quererlo más. (E1, M, 22, 1 año y 2 meses, heterosexual, exclusiva, 96-96)

Resalta en todas las entrevistas que la pareja es alguien con quien son vulnerables, siendo el elemento central de la relación,

pues lo más importante de ella son todos los miedos que se pusieron en el otro, contando con que eso será cuidado y jamás atacado. Incluso, es cuidar la propia historia del otro, en la que pueden existir miedos ocasionados de sus relaciones pasadas; ser novio implica cuidar esa fragilidad del amado.

Esa persona está poniendo en ti toda esa vulnerabilidad, todas las inseguridades... y ¿sabes? a veces esa confianza, que podría ser tan frágil, entonces es algo que hay que buscar siempre, mantener ahí, es un ejercicio de comunicación constante. (E4, H, 21, 1 año y 2 meses, homosexual, exclusiva, 60-60)

Sabiendo que el noviazgo implica una serie de sentimientos y decisiones y que está cargado de vulnerabilidad de ambas partes, es importante saber que las personas actúan en pro de mantener esos vínculos en su vida. En algunos casos, esto implica buscar buenas relaciones con la familia de la pareja, invertir tiempo y dinero, buscar actividades en común para hacerlas juntos y comunicar los miedos. Mencionan en la mayoría de las entrevistas que, para tener una relación cómoda, es necesario tener conversaciones incómodas sobre las propias angustias.

La única persona por la que dejaría todo. Y no porque sea mi novio, he tenido otros novios por los que no dejaría todo. ¿Sabes? es una persona que vale la pena darlo todo. (E10, M, 23, hetero, exclusiva, 82-82)

En las relaciones homosexuales se enfatizan los esfuerzos que se hacen en involucrar a la pareja en la familia, para dar esa calidez y brindar esa aceptación, sobre todo cuando una de las personas está teniendo su primera relación homosexual.

Al ser también una relación homosexual, parte de un contexto en el que, bueno, en la familia no sabe nada y como él sabe que para mí es importante la familia porque mi familia me trata excelente y toma con naturalidad mi noviazgo, pues él quería darme lo mismo. (E4, H, 21, 1 año y 2 meses, homosexual, exclusiva, 84-84)

Pero ¿qué pasa cuando se empieza a negociar aquello que en principio era no negociable? Algunos participantes declaran lo

contrario: que para estar con su pareja han decidido alejarse de su familia, de sus amistades e, incluso, renunciar al trabajo o grandes sueños porque la necesidad de estar con el otro es superior a la de cumplir sus metas.

Es que me aleja de todo, y sé que necesito terminar esta relación, pero necesito más aun que él me vea. (Diario de campo, E3)

En verdad he hecho muchas cosas por él. Aguantar cosas que no me aguantaría de cualquier otra persona. Él me montó cachos y lo permití. (E3, M, 22, 3 años y 5 meses, hetero, exclusiva, 132-132)

Esta categoría va relatando que los noviazgos son relaciones que se convierten en el minuto a minuto y en el segundo a segundo de las personas, siendo vínculos cargados de emociones y de vulnerabilidad. Parte de los sentimientos que surgen es el miedo a perder al otro, por lo que empiezan a tomar decisiones individuales sobre las cosas que hay que hacer para mantener a esa persona en la vida de ellos.

Puntos de desencuentro

Esta categoría permite ver cómo surge el poder en los puntos de desencuentro a partir de las discusiones, los celos y el establecimiento de límites. Los motivos de discusión más frecuentes en los participantes son los problemas económicos, la sensación de ser incomprendido en el noviazgo, las faltas de respeto en las discusiones, el mantenimiento de conversaciones con las exparejas, el ocultar información.

Eh, bueno, la última pelea que tuve con él que yo agarré y le dije cómo me sentía y lo que hacía era no escucharme y se volvía loco y me decía que qué bolas tenía yo que yo le estaba diciendo y yo llegué a pensar que eso, ni siquiera podía expresarme bien con mi propio novio. (E3, M, 22, 3 años y 5 meses, hetero, exclusiva, 100-100)

De esta manera, las relaciones de noviazgo también se significan a partir discusiones o puntos de desencuentro en los que una de las partes siente malestar respecto a una situación. El significado de estos vínculos se elabora sobre la resolución ante es-

tos problemas, pues a partir de esta se determina si se continúa o se rompe el vínculo, e implica construir desde el conflicto para encontrarse en las diferencias y así llegar a acuerdos y límites compartidos. Sin embargo, los conflictos llenan de malestar a ambas partes, sabiendo que en algunos casos puede surgir el miedo de perder al otro, lo que provoca que las estrategias de resolución sean relevantes.

Violencia

En las entrevistas, los diferentes participantes relatan que los puntos de desencuentro tienen como solución dos caminos: el pacífico y aquel donde entran las manipulaciones y agresiones para conseguir los resultados. En estos últimos casos, mencionan los gritos, empujones, manipulaciones y el hacer sentir mal al otro por poner los límites. Aquellos participantes que vivieron esto se plantearon el porqué se mantenían en una dinámica en la que el otro se aprovechó de su vulnerabilidad.

Bueno, es que ahora estoy con quien puedo. (E3, M, 22, 3 años y 5 meses, hetero, exclusiva, 79-84)

¿Para qué estoy con él entonces? (E5, M, 1 año, hetero, exclusiva, 80-80)

Incluso, una participante relata una ocasión en la que su propia familia se dio cuenta de las infidelidades que cometía el novio de ella, y cuando se le comentaron, ella discutió con sus familiares por buscar información que ella no quería ni necesitaba. Constantemente esta participante hacía saber que quería terminar con su novio, pero no encontraba la manera de dejar de buscar su atención.

Llegó a invadir su privacidad. Y entonces me prohibió cosas, yo me cegaba y yo decía que no y ya, pues. Y ella solo se metía en el medio de absolutamente todo lo que tuviese que ver con él. (E3, M, 22, 3 años y 5 meses, hetero, exclusiva, 88-88)

Celos

En el noviazgo, mencionan los celos como dinámicas naturales, pero que, al momento de expresarse, deben ser tomados con cautela para así cuidar a la pareja. Este hecho de mostrar los celos implica que ambas partes tienen que trabajar para garantizar la sensación de seguridad que existe en la relación. También los celos pueden ocasionar muestras de afecto públicas con un tono posesivo para hacer saber a los demás que esa persona no está disponible ni sexual ni románticamente.

Una vez él se puso un poco al alerta porque un chamo estaba escribiendo por Instagram y le escribió al chamo, que mira, o sea deja escribirle a mi novia ¿sabes? Chao. (E10, M, 23, hetero, exclusiva, 78-78)

Pero siento que yo también tengo que trabajar, o sea, yo sí siento que soy un poco celosa y lo intento trabajar yo por mi lado porque sé que es algo totalmente mío, o sea, ella no me ha dado razones para sentirme insegura de ninguna forma. (E9, M, 24, 7 meses, bisexual, exclusiva, 82-82)

Límites

En el discurso de los participantes constantemente mencionan los límites, por lo que su significado fue explorado con mayor profundidad. Los límites se construyen como aquellos elementos o situaciones que no se pueden o deben traspasar para no perjudicar al otro, aunque también pareciera implicar la comprensión del otro si se equivoca pasando por encima de ellos.

En el noviazgo, los límites se construyen como un conjunto de decisiones que se toman acerca de lo que van a aceptar en la relación, de lo que les gustaría que ocurriese, los valores que van a regir su vínculo, la exclusividad que tendrán y sobre las cosas que se van a permitir con el objetivo de estar en la misma sintonía y dirigir lo que tiene hacia el mismo norte.

Con los límites de qué te gusta. ¿Qué te gusta a ti que no te gusta a mí? ¿Qué? O sea, qué vamos a aceptar, qué no vamos a aceptar, o sea mucho también con aceptar al otro como es. Por lo menos al-

gún límite es como que ¿cómo percibes tú el noviazgo? ¿Qué vas a permitir? ¿Qué no vas a permitir? ¿Cómo vamos a llevar esto? y en conjunto pues tomar ese tipo de decisiones y llevar la relación en ese sentido, con algo que se sientan cómodos los dos y que los dos estén en la misma sintonía y eso que solo puede hacer quererse y, amarse y respetarse. (E1, M, 22, 1 año y 2 meses, heterosexual, exclusiva, 106-108)

En el caso de una participante, ella menciona que el establecimiento de los límites se elaboró cuando ya llevaba tiempo formalizado el noviazgo, y que esto implicó un antes y un después en la comodidad con su novio, pues le pidió que no ridiculizara su malestar ni que se burlara de ella, pues lo que a ella le ocurría le generaba molestia y no merecía ser invalidado. Después de que ella pudo comentar que no quería eso en su noviazgo, la situación mejoró.

Fue un antes y un después en la relación, yo me sentí bien. O sea, obviamente me dolía como que pensar en la posibilidad de terminar porque yo estaba muy... Para mí era muy serio eso pues, o sea, yo me sentía mal. Hay veces que me sentía humillada. Entonces como que cónchale lo que se está diciendo es como yo voy a cómo tú vas a ver todo de mí y a irme con ese estilo de cosas. Tú también buscas el bienestar, ¿no? no burlarte de mí que era el problema este entonces ¿sabes? No estaba cumpliendo con los requisitos de lo que es para mí un noviazgo y el amor y le dije, mira estas cosas estas cosas... O sea, simplemente no son aceptables para mí ya. (E5, M, 22, 1 año, hetero, exclusiva, 78-78)

Por otro lado, la participante que ha comentado en reiteradas veces no sentirse comprendida por su novio, menciona que significa los límites como un momento de vulnerabilidad, porque siente que él la controla y él es el que decide lo que está bien o no en la relación. Afirma que ella acepta esta dinámica pues se deja llevar por las emociones y no por la razón, dándole un sentido descalificativo a lo que siente, pues considera que le hace daño.

Me siento mal, me siento como vulnerable, siento que, o sea, no sé, siento que él a veces como que me controla o me dejo llevar por las

emociones y no escucho a mi cerebro, solo a mi corazón de mierda. (E3, M, 22, 3 años y 5 meses, hetero, exclusiva, 110-110)

Sin embargo, muchos coinciden sobre el hecho de que poner límites es difícil, aunque es algo necesario para garantizar la salud del vínculo. El principal límite que mencionan es el tipo de relación, en especial, si será exclusiva y cuáles son las acciones, más allá de las sexuales, que se consideran solo para la pareja, como el lugar de ellos, la canción que solo bailan con esa persona, el nivel de intimidad con el que se habla de manera diaria.

También hay como acordar cómo es la exclusividad entre nosotros, ¿no? hasta dónde llega, si es cuestión de salida, tú vas a este lugar conmigo, entonces si nosotros acordamos que nos gusta ese lugar y queremos ir como pareja, no vas a ir con otra persona. (E4, H, 21, 1 año y 2 meses, homosexual, exclusiva, 96-96)

En esa misma línea, se plantean los valores que van a compartir como pareja: la confianza, lealtad, fidelidad y respeto. Estos contribuyen a que tengan la misma visión de vida y el mismo norte, siendo este sistema la base sobre la cual se construye el noviazgo de manera progresiva. Los participantes mencionan además la humildad, el perdón y el respeto como elementos clave de su relación. Una participante acota que su relación no consiste en hacer cambiar al otro, mencionando que no es su hijo ni su obra social, por lo que la relación debe construirse de manera natural sin obligar al otro a ser diferente.

Que la persona tenga los mismos valores que tú porque pasa mucho o por lo menos en mi experiencia anterior, o sea, pasa mucho que uno quiere cambiar a las personas o a la pareja, pues y la gente en verdad... Tú no te empatas para ser mamá, ni apóstol, ni psicólogo de nadie. O sea, tú tienes un novio para que te aporte a tu día y para tu aportar a la de él, pero es un tema de crecer juntos. (E10, M, 23, 4 años y 6 meses, hetero, exclusiva, 60-66)

El respeto se crea a partir del no cruzar los límites que se establecieron en la relación, guardando la confidencialidad de los secretos que se contaron o no exponiendo temas de conversación que el otro no quiere hablar. También se debate sobre los

límites, los cuales se deben de cumplir en la relación, y también implica querer a la persona a pesar de estos, comprendiendo que se están estableciendo en un contexto determinado con una historia particular, la cual se decide internalizar y entender para así poder amar más al otro.

Preocuparte por la integridad de la otra persona, la integridad física, la integridad psicológica. Es como entender los límites también de las relaciones, entender, saber que puedes hacer daño e incluso sabiendo que puedes hacer daño, no lo hagas. Respeto es bueno considerar al otro como una persona a la otra persona, como una persona humana. (E12, H, 27, 2 años y 5 meses, homosexual, poliamorosa, 32-32)

En el caso de la confianza, en ambas relaciones se entiende como el poder entregarle partes de uno al amigo, entregarle secretos, miedos e inseguridades, y saber que eso que se entregó está seguro y el otro no lo va a dañar o difundir, entendiendo que este gesto implica vulnerabilidad y el otro necesita comprensión de eso que se entregó.

Es como la seguridad que tienes con esa persona, la seguridad de mostrarle lo que tú eres de ¿qué quieres tú?, ¿qué quiero yo? En algún momento cuando está mal, sabes que esa persona va a estar ahí que, que te va a guardar lo que tú le pidas, que te guarde que, es esa seguridad de que esa persona está para ti, que no te va a traicionar. (E1, M, 22, 1 año y 2 meses, heterosexual, exclusiva, 112-112)

Por otro lado, en el noviazgo, también construyen la confianza alrededor de los celos, pues esperan que su pareja les sea fiel si deciden salir por separado. Pareciera corresponder a esa tranquilidad y paz que sienten al establecer una relación exclusiva, pues el otro, al conocer al participante y amarle por lo que es, va a velar por su bienestar.

Y se ha tratado y creo que no ha sido tanto ruido, no hemos tenido tanto, no hemos tenido problema con celos porque confiamos el uno en el otro. Yo estoy tranquila, y creo que él siente lo mismo. (E1, M, 22, 1 año y 2 meses, heterosexual, exclusiva, 122-122)

La lealtad se elabora de manera diferente y en conjunto con la fidelidad, ya que los participantes comentan que no hay manera de separarlos. Sin embargo, algunas participantes mujeres mencionan que la lealtad va más allá de la fidelidad, pues implica una compañía incondicional ante situaciones críticas y entendimiento de los miedos e inseguridades de la pareja. Se afirma que las parejas están presentes en momentos bajos donde el panorama puede ser oscuro, en los que se escoge quedarse para acompañar, aun cuando puede haber consecuencias.

La lealtad siento que va mucho más allá de eso, por ejemplo. La lealtad, siento que va de la mano con quedarse contigo a pesar de que tú no estés bien en tu vida. (E5, M, 22, 1 año, hetero, exclusiva, 86-86)

Asimismo, dos participantes hombres comentan que su lealtad actual no es la que les gustaría tener con su pareja, pues comparten secretos de su pareja, o mencionan la masturbación como un acto desleal, pues implica pensar en otras mujeres, e, incluso, puede llegar a un consumo de material audiovisual pornográfico a través del cual se experimenta placer con otras personas que no son su pareja.

Este últimamente he recaído en la masturbación y me cuesta mucho las miradas. O los pensamientos, no lo puedo controlar, pero el tipo, lo recuerdo ... Una masturbación desvía mi atención de ella, porque uno, cuando recurres a esto ves que utiliza tipo no sé pornografía o imágenes son fantasías entonces, le quitará el centro a tu novia. Pues nada, te quita como que el foco, hace que pierdas la concentración de donde debería estar. (E11, H, 20, 8 meses, hetero, exclusiva, 72-76)

En el caso de la fidelidad, esta se construye como la exclusividad que se establece de manera explícita e implícita a nivel sexual, romántico, íntimo (las cosas que confían a su pareja) y de planes de salida que consideran tradición de la relación. También implica el no mentirle a la pareja sobre las cosas que hace y las personas con las que sale.

Wao, o sea, respetar los límites, serle fiel. No, no engañarla, ni con mentiras, ni con otras personas. Sí, o sea ser fiel, mostrarte como

eres tú real, mostrarte lo que tú vas a permitir realmente y mostrarte lo que tú quieres de esa relación y ser fiel a eso. Es como que el soporte de la relación. (E1, M, 22, 1 año y 2 meses, heterosexual, exclusiva, 110-110)

Por otro lado, también expresan que la infidelidad no solo es el involucramiento sexual con un tercero, sino que empieza con el simple hecho de contactar a alguien con el que hay interés sexual, con la mentira y con el trato romántico con otras personas que no son su pareja.

Para mí mandar un mensaje es montar cacho. ¿Pa qué vas mandarle un mensaje, contestarle un mensaje a una niña? Sí, ya sabes para dónde va. ¿Para qué? Es innecesario. La lealtad es estar entregado para el otro punto y final. (E3, M, 22, 3 años y 5 meses, hetero, exclusiva, 122-122)

En el caso de la relación poliamorosa, él mantiene que socialmente la fidelidad tiene una connotación de exclusividad sexual, la cual está cargada de un orden moral que llena de culpa a la pareja. Aunado a esto, menciona que la fidelidad es hacia los acuerdos que se establecieron con su pareja, no hacia los acuerdos que se establecieron socialmente.

Una relación es digamos ser fiel, o ser leal, pero ser fiel o ser realidad a leal a los acuerdos que tienen, a los acuerdos que tienes con tu pareja. (E12, H, 27, 2 años y 5 meses, homosexual, poliamorosa, 50-50)

En forma de conclusión, esta categoría muestra que las relaciones se construyen a partir de esos puntos de desencuentro, en los que la negociación juega un rol fundamental, pues se busca encontrar un punto medio para que ambas partes estén cómodas aun cuando las conversaciones puedan ser incómodas. Asimismo, se deben establecer límites constantemente, los cuales se solicitan y aceptan para mantener a la otra persona. No obstante, esto se puede convertir en un conflicto cuando se empieza a negociar lo no negociable solo para mantener al otro en el vínculo, aun cuando eso cuesta la paz de la persona que cede.

Discusión

El significado del noviazgo parte de la conceptualización de este, construyéndolo como una relación de carácter romántico y sexual en el que la exclusividad se puede negociar; como un vínculo íntimo permeado de amor, cariño, respeto y compañía que funge como un paso antecesor al matrimonio en el que se establecen acuerdos para que la relación perdure en el tiempo.

Esto es acorde a lo planteado por Morales Rodríguez y Díaz Barajas (2013) o Gregorio y Corasi (2016), quienes exponen que el noviazgo es una relación cargada de romance y atracción sexual que implica un vínculo muy fuerte, pues está cargado de amor. Se construye como una relación cargada de responsabilidad con la vulnerabilidad del otro y con un compromiso con la pareja y con uno mismo; una relación en la que, en el caso de algunos participantes, saca lo mejor de las personas.

Se construye el noviazgo como una relación de entrega en la que las necesidades del otro quedan por encima de las propias, en la que algunos de los participantes son capaces de poner en riesgo la integridad propia.

Respecto a los puntos de desencuentro, estos permiten ver ciertas dinámicas de poder en la relación en las que se busca el cariño, comprensión y mirada del otro. Los conflictos que resaltaron fueron el cruce de límites establecidos de manera implícita o explícita, como el contar secretos o intimidades, rompiendo esa confidencialidad establecida en la relación, deuda o conflictos económicos y el sentir que las necesidades no son satisfechas. Esto se interpreta como que son puntos de inflexión, pues son aspectos que generan cierto malestar, cuando es una relación construida específicamente para generar bienestar y promover el crecimiento personal.

En esta misma línea, surge la subcategoría de celos, en la que suelen hacer referencia constantemente al vínculo tóxico, pues son sentimientos que son naturales, pero, dependiendo de la intensidad y su racionalidad, pueden convertirse en un aspecto con el que se busca controlar al otro. De hecho, Arias Mindiola y Herrera (2020) mencionan que uno de los antecedentes a un noviazgo violento son los celos, pues abren la puerta al hipercontrol del otro, donde se vigila constantemente lo que hace sin darle libertad a actuar.

Otra subcategoría corresponde a los límites que construyen los participantes como los elementos o situaciones que no se pueden o deben traspasar para no perjudicar al otro. Se expresa como un componente necesario para lograr que la relación sea duradera en el tiempo, tal como lo expone Foucault (1976) en su teoría, pues es a partir de ellos las personas se sienten vigiladas y se comportan de una manera acorde a la relación. Barnechea González (2020), en su investigación cualitativa, construye los límites como una manera de prevenir la violencia en el noviazgo, lo cual puede extrapolarse a la amistad, pues es a partir de ellos que surge el respeto a la integridad del otro y de su comprensión.

Además, Arias Mindiola y Herrera (2020) mencionan que esto implica una autonomía, sinceridad y conocimiento el otro porque a partir de ello se pueden respetar los aspectos del otro y llegar a negociaciones para que entre ambos construyan una relación de bienestar. Esto lo explica un participante, pues a partir de una serie de conversaciones que tuvo con su novio el sentimiento de incomodidad mutó a bienestar, ya que le permitió sentirse escuchada y comprendida por alguien significativo y le facilitó el negociar las dinámicas que le generaban malestar. Esto, según Gadea (2018), implica una dinámica de poder, pues, a partir de esta expresión, se generan una serie de cambios con el objetivo de lograr una mejoría en la situación actual. Todo ello acorde a cómo define poder Grinberg (2008), como un conjunto de estrategias que permiten configurar la realidad social.

Por otro lado, en el caso de otra participante, ella afirma que el poner límites en su relación la pone en una situación vulnerable, pues expone sus necesidades y sabe que no será escuchada y le generará malestar, tal como explica el término de «relación tóxica», en el que el grado de dependencia le permite mantenerse en una relación que le hace daño.

Aunado a esto, surge como elemento central de la relación la resolución de conflictos, la cual consiste en la comunicación de las necesidades y de las oportunidades de mejora con el objetivo de aumentar el bienestar. En este caso, se concluye que la resolución es necesaria para que la relación se mantenga en el tiempo, pues, como se ha mencionado anteriormente, el bienestar pareciera ser un aspecto difícil de negociar en relaciones que las personas escogen. En algunos casos, la solución más viable termina

siendo romper el vínculo, ya que son personas que no están dispuestas a respetar los límites haciendo sentir mal la otro, lo cual pudiese entrar en una prevención de entrar en una dinámica abusiva de poder en la que uno se sienta constantemente disminuido, tal como lo menciona Barnechea González (2020) en su investigación.

Por último, en esta categoría emerge el significado de la discusión, el cual consiste, según los participantes de esta investigación, en ese miedo y malestar por el sentimiento de pérdida del otro, de dolor, culpa y decepción, que aumenta en algunos casos la sensación de incompreensión y malestar. En este caso, se puede interpretar a través de la teoría de Hegel (1966), en la que se busca la mirada del otro sin importar ningún aspecto. Este momento termina siendo un punto de quiebre en el que las personas identifican un momento en el que no son observados por el otro, provocando un conflicto para poder sentir su mirada y generando una dinámica de poder asimétrica en la que se busca que el otro respete su posición.

Para concluir, las discusiones se significan como momentos de dificultad que están cargados de emociones negativas como la ira, decepción y miedo, pensando que, incluso, estas pueden significar un punto de quiebre y ruptura en la relación. Aunado a esto, dependiendo de la naturaleza de las discusiones y de sus maneras de afrontamiento, una relación puede considerarse tóxica, pues involucra cierto grado de dependencia en el que no se buscan soluciones viables, sino que se disfrazan los conflictos con el objetivo de seguir en la relación aun cuando puede ser perjudicial para ambas partes.

Los límites se construyen como aquellas situaciones que no deben traspasarse al implicar un nivel de incomodidad para alguna de las personas involucradas. En este sentido, se concluye que los límites en las relaciones son necesarios para que estas sean un medio para lograr el bienestar y el crecimiento. También se concluye que en estas circunstancias la solución en la mayoría de los casos suele consistir en mantener una comunicación fluida y respetuosa que permita exponer los diferentes puntos de vista e incomodidades para que ambos, como equipo, puedan combatir contra el punto de desencuentro.

Por ello, se recomienda el uso de estos elementos para intervenciones y desarrollo de estrategias de prevención haciendo uso

de los términos de dependencia, necesidad de sentir la mirada del otro y los límites.

Referencias

- Arias Mindiola, A. C. y Herrera, M. S. (2020). *Narrativas sobre la experiencia de violencia en las relaciones del noviazgo en un grupo de jóvenes perteneciente a la universidad Antonio Nariño*. [Tesis de Grado]. Universidad Antonio Nariño. Repositorio UAN
- Barnechea González, A. L. (2020). *Violencia en el noviazgo en adultos jóvenes de una universidad privada de Lima Metropolitana*. [Tesis de Grado]. Pontificia Universidad Católica del Perú. Repositorio PUCP
- Creswell, J. W. (2007). Five Qualitative Approaches to Inquiry. En J. W. Creswell, *Qualitative Inquiry & Research Design* (pp. 53-84). Sage Publications
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar*. Siglo XXI Editores.
- Gadea, C. (2018). El interaccionismo simbólico y sus vínculos con los estudios sobre cultura y poder en la contemporaneidad. *Sociológica*, 33(95), 39-64.
- Gregorio, M. M. y Corasi, A.C. (2016). El noviazgo en la universidad. *Difusiones*, 10(10). Recuperado de <http://revistas.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/difusiones/article/view/175>
- Grinberg, S. (2008). *Educación y poder en el siglo XXI*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Hegel, G. W. F. (1966). *Fenomenología del Espíritu* (W. Roces, ed. y trad.). Fondo de Cultura Económica (Original publicado en 1807).
- Morales Rodríguez, M. y Díaz Barajas, D. (2013). Noviazgo: evolución del significado psicológico durante la adolescencia. *Psicología*, 10(22), 20-31.
- Patton, M. (1990). Purposeful Sampling. En M. Patton (Ed.), *Qualitative evaluation and research methods* (pp. 169-186). Sage.

Innovación educativa para el fortalecimiento de la empatía y la ética en la toma de decisiones y la prevención de la corrupción universitaria

NATALIA MONTOYA MARTÍNEZ

ANA ELENA DEMOYA GONZÁLEZ

SANTIAGO JULIÁN RIPOLL MEDINA

MARÍA JOSÉ BERMÚDEZ ESPITIA

Universidad Sergio Arboleda (Santa Marta, Colombia)

Resumen

La corrupción puede entenderse como una conducta desviada orientada al beneficio personal, la cual puede manifestarse en distintos niveles y formas de comportamiento (Julián y Bonavia, 2020). Esta investigación tuvo como propósito diseñar, desarrollar y validar un instrumento específico que permita evaluar las actitudes corruptas en estudiantes universitarios. Para ello, se empleó una metodología de tipo instrumental con enfoque psicométrico, estructurada en cinco fases: modificación de los ítems del instrumento original, evaluación por parte de jueces expertos, prueba piloto, aplicación masiva con 177 participantes y, finalmente, la recolección y análisis de los datos obtenidos. Los resultados mostraron que la escala construida para medir conductas corruptas presentó una alta confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,958 y valores superiores a 0,80 en todos los ítems. La aplicación del instrumento reflejó que la mayoría de los estudiantes presentaban una baja inclinación hacia comportamientos corruptos, sin diferencias significativas entre programas académicos. En conclusión, en el estudio se logró diseñar y validar una herramienta confiable para evaluar actitudes corruptas en la población universitaria, evidenciando así una baja predisposición hacia los comportamientos. Se resalta también la relevancia de realizar estudios psicométricos sobre la corrupción como vía para fomentar la transparencia y la integridad en el ámbito educativo.

Palabras clave: corrupción, conductas, universitarios, instrumento, medición

Introducción

Según Fernández (1999), la corrupción se define como el abuso del poder para beneficio propio que se manifiesta en formas como sobornos, fraudes y malversación de fondos. Este comportamiento implica actos ilegales o deshonestos por parte de personas en posiciones de autoridad, socavando la confianza pública y distorsionando los procesos de toma de decisiones. La corrupción puede ocurrir en diversos niveles y sectores de la sociedad, incluyendo los ámbitos político, empresarial, judicial y administrativo y afectando negativamente el desarrollo económico y social de una nación. Además, perpetúa la desigualdad, fomenta la injusticia y crea un ambiente de impunidad donde los recursos públicos se desvían para intereses personales en lugar de ser utilizados para el bienestar común. Este problema es particularmente relevante en el ámbito educativo, donde la integridad y la ética deberían ser pilares fundamentales. En este contexto, surge la necesidad de estudiar y medir los niveles de corrupción a nivel individual para diseñar políticas y estrategias que fomenten una cultura de transparencia y responsabilidad.

La justificación de este estudio radica en la necesidad de desarrollar un instrumento psicométrico específico que permita evaluar de manera precisa y objetiva los comportamientos corruptos, especialmente en entornos universitarios, donde se forman futuros líderes y profesionales. La pertinencia y relevancia de esta investigación se destacan por su enfoque innovador en la medición de la corrupción a nivel individual, lo que proporciona una perspectiva más detallada y accionable en comparación con los estudios centrados únicamente en la corrupción institucional o sistémica.

Por lo cual, la pregunta problema que guía esta investigación es ¿cómo se puede desarrollar y validar un instrumento que mida de manera efectiva el nivel de corrupción en los estudiantes universitarios? Este interrogante surge de la necesidad de abordar una laguna significativa en la literatura existente y de proporcionar una herramienta robusta que pueda ser utilizada en diversos contextos educativos y profesionales.

El propósito del presente estudio es desarrollar y validar un instrumento específico para medir el nivel de corrupción en estudiantes universitarios utilizando una metodología rigurosa que incluye el diseño del instrumento, la evaluación por expertos y una prueba

piloto. Este enfoque no solo garantiza la precisión y fiabilidad del instrumento, sino que también proporciona una base sólida para futuras investigaciones y estrategias de intervención.

El presente estudio se basa en las tipologías de la corrupción propuestas por Guerra (2012) citado en Orellana y Bossio (2020), que abarcan desde el soborno hasta tipos más específicos como el peculado y el tráfico de influencias. Estas tipologías ofrecen una estructura conceptual robusta que guía el diseño del instrumento y asegura que se capturen las diversas manifestaciones de la corrupción. Además, la teoría subyacente en la psicometría y la elaboración de instrumentos de medición se aplicó rigurosamente para garantizar la validez y fiabilidad del instrumento desarrollado.

Se tomaron de referencia las tipologías de la corrupción expuestas por Guerra (2012) como se citaron en Orellano y Bossio (2020) para definir las dimensiones que evaluar:

- **Extorsión.** Cuando un servidor público, aprovechándose de su cargo y bajo la amenaza, sutil o directa, obliga al usuario de un servicio público a entregarle también, directa o indirectamente, una recompensa (p. 9).
- **Soborno.** Cuando un ciudadano o una organización entrega, directa o indirectamente, a un servidor público determinada cantidad de dinero con el propósito de que obtenga una respuesta favorable a un trámite o solicitud, independientemente si cumplió o no con los requisitos legales establecidos (p. 9).
- **Peculado.** Es la apropiación ilegal de los bienes por parte del servidor público que los administra (p. 9).
- **Colusiones.** Es la asociación delictiva que realizan servidores públicos con contratistas, proveedores y arrendadores con el propósito de obtener recursos y beneficios ilícitos a través de concursos amañados, o sin realizar estas (adjudicaciones directas), a pesar de que así lo indique la ley o normatividad correspondiente (pp. 9-10).
- **Fraude.** Cuando servidores públicos venden o hacen uso ilegal de bienes del Gobierno que les han confiado para su administración. En el sentido más amplio, el fraude puede abarcar cualquier delito para ganancia que utiliza el engaño como su principal *modus operandi*. En consecuencia, el fraude incluye cualquier acto intencional o deliberado de privar a otro de una propiedad o dinero por la astucia, el engaño u otros actos desleales (p. 10).

- **Tráfico de influencias.** Cuando un servidor público utiliza su cargo actual o sus nexos con funcionarios o integrantes de los poderes públicos para obtener un beneficio personal o familiar o para favorecer determinada causa u organización (p. 10).
- **Normas éticas.** Tipo especial de corrupción que, si bien no tiene que ver directamente con la apropiación ilegal de recursos del Gobierno y de ciudadanos usuarios, se expresa en algunos servidores en el incumplimiento de estas normas (p. 10).

Metodología

Este estudio es una investigación instrumental de tipo psicométrica, cuyo objetivo es diseñar y validar un instrumento de medición para estimar el nivel de ocurrencia de conductas corruptas o poco éticas en estudiantes universitarios.

Fases de la investigación

Diseño del instrumento

En la primera fase, se realizó una encuesta conformada por una serie de interrogantes desarrollados para medir el nivel de ocurrencia de conductas corruptas en los estudiantes universitarios. Las preguntas fueron formuladas a partir de las tipologías de la corrupción postuladas por Guerra (2012) y citadas por Orellana y Bossio (2020). Estos tipos de corrupción van desde el soborno hasta los tipos más concretos, como el tráfico de influencias y el peculado. Para lograr la evaluación de todas las tipologías o dimensiones de la corrupción (soborno, fraude, extorsión, peculado, colusión, tráfico de influencias y normas éticas), se diseñaron tres preguntas o ítems para cada una con la excepción del soborno, que se compone por únicamente dos ítems; esto dio como resultado 20 ítems en total. Las preguntas fueron construidas con base en el ambiente universitario mediante la contextualización de situaciones que tienen una alta posibilidad de ocurrir en cualquier universidad. Se incluyeron ítems con escalas tipo Likert como método de respuesta, con categorización de 1 a 6, donde 1 significa «totalmente en desacuerdo» y 6, «totalmente de acuerdo». Esto quiere decir que, si existen más respuestas que sean «de acuerdo» y «algo de acuerdo», mayor será la evidencia

de conductas corruptas. Este diseño científico permitió la estructuración del instrumento de tal forma que permitiera el análisis y la cuantificación de los datos recogidos.

Baremación preliminar

El análisis de los resultados requirió de la creación de dos tipos de puntuaciones: una general y una específica para cada dimensión. La puntuación específica se creó para comparar las siete dimensiones del instrumento. Cada ítem tiene un valor numérico (de 1 a 6) según la respuesta del participante (que van desde «totalmente en desacuerdo» a «totalmente de acuerdo», respectivamente). La puntuación final de cada dimensión se calcula considerando el número de ítems por dimensión. La puntuación general se obtiene sumando los valores numéricos de todos los ítems del instrumento.

Para evaluar las siete dimensiones del comportamiento corrupto en los estudiantes, se dividieron los puntajes totales en cinco categorías basadas en rangos de puntuación directa:

- Inferior: puntajes directos entre 20 y 40.
- Bajo: puntajes directos entre 41 y 60.
- Medio: puntajes directos entre 61 y 80.
- Alto: puntajes directos entre 81 y 100.
- Superior: puntajes directos entre 101 y 120.

Esta baremación es apta para calificar todas las dimensiones, a excepción de soborno, la cual contiene solamente dos ítems para evaluar. Para esta dimensión se utilizaron rangos de puntuación directa de la siguiente manera:

- Inferior: puntajes directos entre 2 y 4.
- Bajo: puntajes directos entre 5 y 6.
- Medio: puntajes directos entre 7 y 8.
- Alto: puntajes directos entre 9 y 10.
- Superior: puntajes directos entre 11 y 12.

Por último, se construye la tabla de baremos generalizada. Esta se basa en una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 120, abarcando todos los ítems de la prueba. Según el análisis de estos baremos, una puntuación de 20 a 40 indica un nivel inferior de corrupción, 41 a 60 un nivel bajo, 61 a 80 un nivel me-

dio, 81 a 100 un nivel alto y 101 a 120 un nivel superior. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es la tendencia a comportamientos corruptos. Esta baremación tiene la finalidad de poder hacer una puntuación general por cada participante.

Evaluación por expertos

Las preguntas que fueron formuladas pasaron a ser evaluadas por un grupo de 16 expertos en la construcción de instrumentos psicométricos y con experiencia en variables como los comportamientos corruptos. Los expertos hicieron una revisión minuciosa de cada ítem del formulario para asegurar la validez del contenido y su idoneidad para medir el fenómeno de la corrupción. Para esto, se hizo uso de una tabla para calificar cada ítem del 1 al 4 en tres categorías: claridad, coherencia y relevancia.

Adicionalmente, se contó con una sección de observaciones para especificar cuáles eran los cambios que realizar. Durante esta fase, se logró identificar y corregir posibles ambigüedades, sesgos y errores que tenían los ítems, mejorando la precisión y relevancia de las preguntas que conforman el instrumento. Para finalizar, se eligieron los ítems que tenían puntuaciones más altas para que estos formaran parte de la escala.

Prueba piloto

Antes de dar paso a la implementación a gran escala, se realizó una prueba piloto del instrumento con muestra reducida de individuos. En esta fase, el propósito fue evaluar la claridad y comprensión de las preguntas por parte de los participantes, así como la fiabilidad preliminar del instrumento. La prueba piloto hizo posible obtener retroalimentación relevante y precisa sobre las posibles dificultades en la interpretación de los ítems.

Implementación a gran escala

Una vez el instrumento fue ajustado, se procedió a su aplicación a gran escala. El cuestionario fue aplicado a una muestra amplia y diversificada de 177 estudiantes universitarios de diferentes carreras, incluyendo Psicología, Comunicación Social y Periodismo, Derecho y Marketing y Negocios Internacionales. Además, dentro de los criterios de inclusión estaba la información demográfica, mediante la cual se obtuvieron datos como la edad, estado civil, género y semestre al que pertenecían los participantes al momen-

to de hacer la escala. Esta se aplicó a una amplia gama de estudiantes que se encontraban cursando desde primer semestre hasta octavo. La diversidad en la muestra hizo viable adquirir una perspectiva más amplia y representativa sobre el nivel de ocurrencia de actos corruptos en diferentes contextos educativos dentro de la comunidad académica. La aplicación del instrumento a gran escala también facilitó la construcción de una base de datos pertinente y fuerte para el análisis posterior (ver figuras 1, 2, 3 y 4).

La aplicación del instrumento a gran escala también facilitó la construcción de una base de datos pertinente y fuerte para el análisis posterior. Se utilizó un puntaje estandarizado que va de 0 a 100, con una mediana de 50 y una desviación estándar de 10. Con esto, fue posible mostrar los datos de forma equilibrada, indicando que gran parte de las puntuaciones se concentran en el rango medio, cerca del promedio definido (ver figura 6).

Asimismo, se emplearon los rangos de interpretación definidos durante la fase de prueba piloto. Esto permitió categorizar los resultados globales en cinco grados distintos, inferior, bajo, medio, alto y superior, todo ello según la puntuación directa obtenida en la evaluación (ver figura 7).

Resultados

Resultados de la prueba piloto

Los resultados de este proceso fueron analizados detalladamente, lo que permitió llevar a cabo las adecuaciones necesarias para mejorar la precisión y comprensión de las preguntas en la fase final. Se ajustó la redacción de los ítems y la estructura del formulario para asegurar su efectividad, organización y eficiencia.

Confiabilidad y validez del instrumento

En términos de confiabilidad, se puede afirmar que esta escala de actitudes hacia la corrupción (EAHC) es altamente confiable. Esto se evidencia en un alfa de Cronbach de 0,958, un valor que supera el umbral comúnmente aceptado de 0,70, lo que indica una excelente consistencia interna de la escala en su conjunto. Además, los ítems individuales también demuestran ser confiables, dado que sus respectivos alfas de Cronbach son todos superiores a 0,80.

Tabla 1. Confiabilidad y validez de los ítems

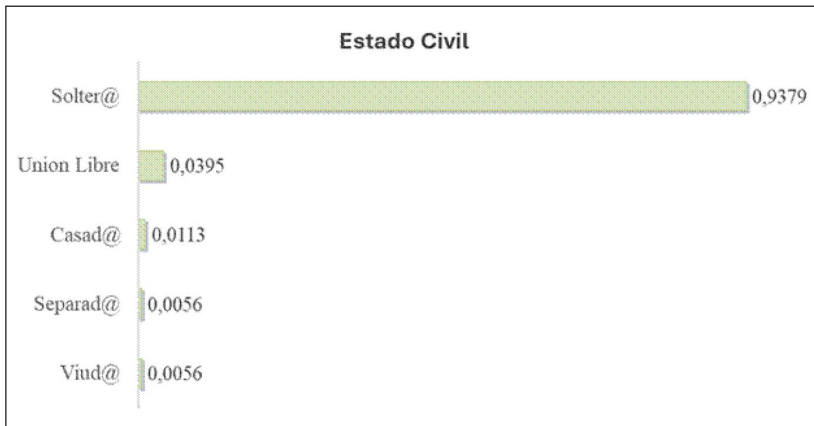
Ítems EAHC	Alfa de Cronbach
1. Sería adecuado que un docente exija dinero como «donativo» o «regalo» a un estudiante para cambiar una nota desfavorable y hacerlo aprobar una materia.	0,956
2. Es aceptable pedir algo a cambio de un beneficio académico.	0,955
3. Sería comprensible que los estudiantes con bajo rendimiento exijan mejores calificaciones a un profesor bajo amenaza de difamarlo si no les colabora.	0,955
4. Si observo que alguien le entrega dinero a un profesor a cambio de ser favorecido en una nota de examen final, prefiero no informarlo a decanatura.	0,962
5. Sería adecuado ofrecer un beneficio monetario adicional a un representante estudiantil para atender una queja de un estudiante de forma más eficaz y oportuna.	0,957
6. En un caso hipotético de un empleado de una universidad que está siendo mal remunerado, sería justo que este sustraiga algunos materiales tecnológicos para luego encubrir su acción manipulando los informes.	0,955
7. Sería aceptable que un estudiante universitario que trabaja en la biblioteca se apropie de libros y materiales de estudio para su uso personal sin autorización debido a que no tiene medios para adquirirlos.	0,955
8. En un caso hipotético, si logro identificar que un representante estudiantil que maneja el presupuesto de un club universitario desvía los fondos destinados a eventos para su beneficio personal, prefiero quedarme en silencio.	0,956
9. Sería aceptable que un administrador universitario le brinde contratos a un proveedor de tecnología que no cumple con los estándares de calidad solo por ganancia personal.	0,954
10. Sería adecuado que un grupo de estudiantes permita el incumplimiento del plan de estudio acordado al inicio del semestre con el docente a cambio de beneficios en las notas.	0,955
11. Si descubro que un grupo de estudiantes con bajo rendimiento académico se copió en un parcial, prefiero quedarme en silencio.	0,960
12. Sería comprensible que un estudiante suplante a un amigo en su examen final debido a que este amigo no estudió por estar en depresión.	0,955
13. Es adecuado que un estudiante venda sus trabajos académicos de semestres pasados con el propósito de ganar dinero para seguir pagando su carrera.	0,957
14. Sería aceptable que alguien falsifique su expediente académico para ser admitido en un programa de pregrado debido a la falta de recursos para terminar el bachillerato.	0,957
15. Considero que podría ser apropiado reunirse con otras personas que tienen influencia para planificar la adquisición de bienes universitarios sin seguir todos los procedimientos establecidos.	0,955
16. Sería adecuado permitir que estudiantes compren materiales o equipos baratos y de baja calidad para un evento universitario con el fin de beneficiarse del excedente por su colaboración.	0,955

17. Prefiero mantenerme en silencio para no meterme en problemas al presenciar a alguien ofreciendo dinero a cambio de un favorecimiento o un beneficio de un trámite.	0,956
18. Sería aceptable hacer algo inadecuado por una buena causa.	0,957
19. Considero que es innecesario manifestarse ante las instancias pertinentes cuando se ven afectadas las normas y protocolos éticos.	0,960
20. Sería aceptable otorgar preferencia a personas recomendadas por intereses personales sobre otros candidatos universitarios.	0,955

Resultados de la aplicación a gran escala

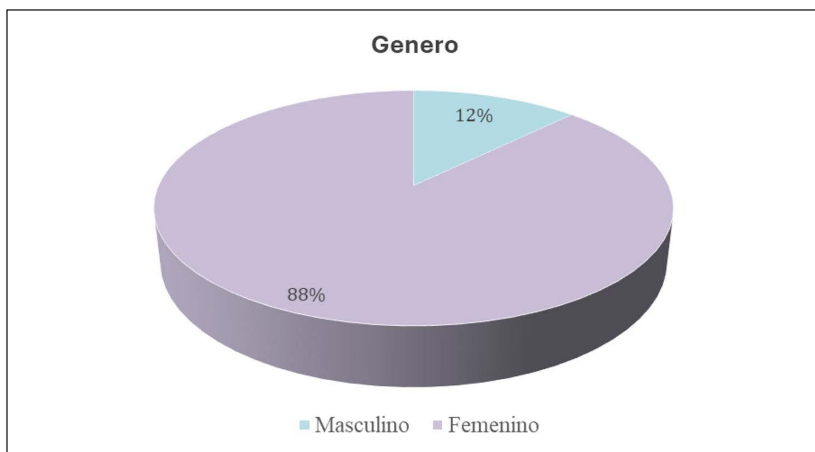
Para la presentación de los resultados, se realizó una encuesta a 177 estudiantes con el fin de evaluar, según el EAHC, el comportamiento corrupto de los estudiantes, agrupando los siguientes datos para representarlos por medio de gráficas sociodemográficas.

Figura 1. Valores porcentuales de estado civil (estado civil)



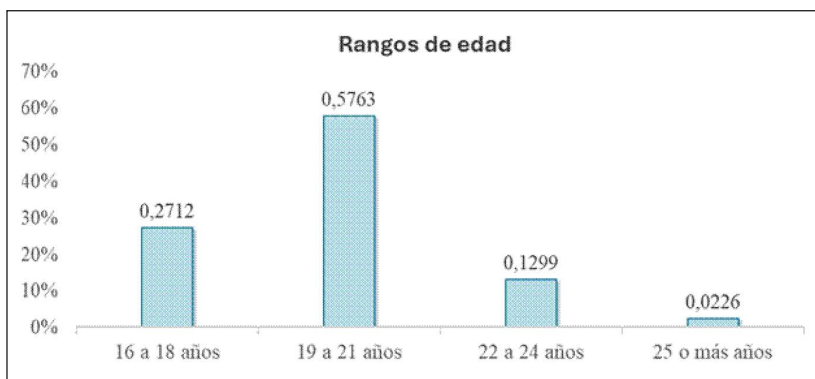
La figura 1 muestra cómo es la distribución del estado civil de los 177 estudiantes universitarios que participaron en la encuesta. La mayor parte de los participantes se identificaron como solteros, algo coherente con la población universitaria evaluada, compuesta principalmente por jóvenes adultos. Este dato podría darnos una idea de las responsabilidades personales y sociales que podrían afectar sus decisiones morales.

Figura 2. Valores porcentuales por género



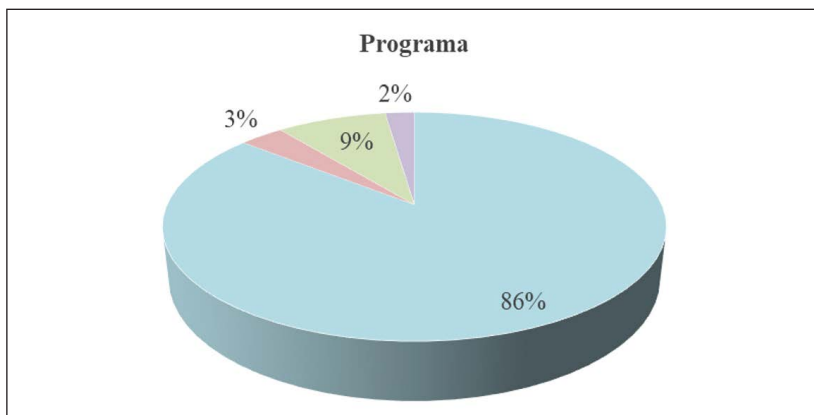
Aquí se presenta la figura 2, que detalla la distribución de los participantes según su género. Se puede apreciar que la mayoría son mujeres, seguidas de los hombres, con una ausencia de representación de estudiantes universitarios que se identifican con otro género o que no especificaron.

Figura 3. Valores porcentuales por rango de edad



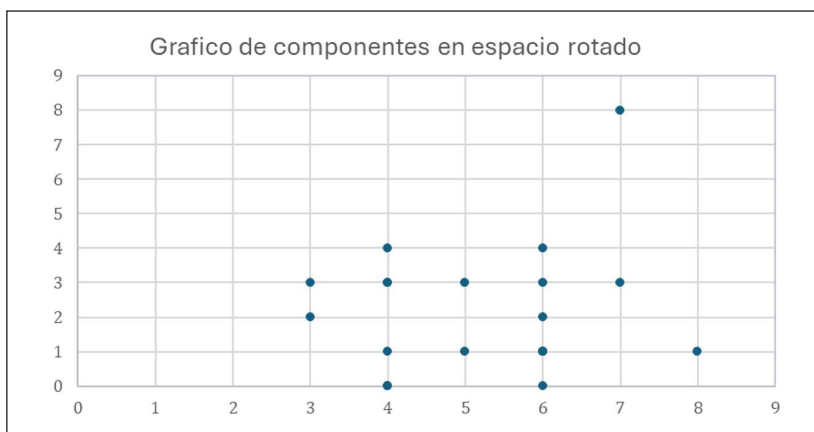
La figura 3 representa los rangos de edad clasificando a los participantes según su grupo etario. La mayoría son alumnos de entre 17 y 23 años, lo que refleja el rango de edad común en la universidad, seguido por un grupo más pequeño de entre 24 y 29 años. La presencia de personas mayores de 30 años es mínima.

Figura 4. Distribución porcentual de los programas académicos de los estudiantes encuestados



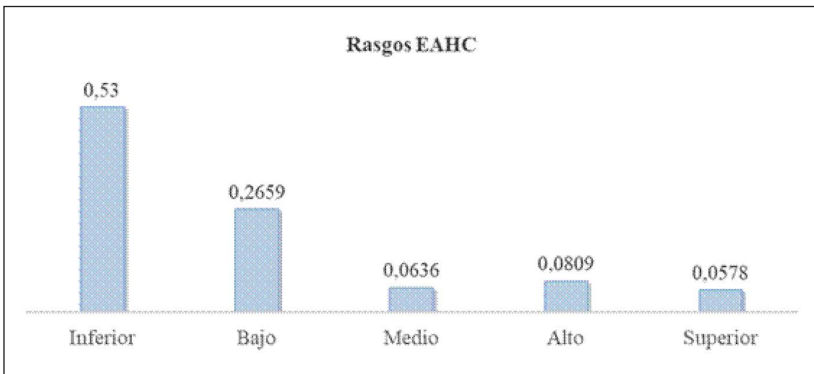
Aquí, en la figura 4, se muestran los programas académicos de los estudiantes universitarios encuestados. Entre ellos, destacan áreas como Psicología, Derecho, Comunicación Social y Periodismo y también Marketing y Negocios Internacionales. Esta información nos deja examinar si hay contrastes entre las distintas carreras en lo que respecta a la frecuencia de comportamientos corruptos; sin embargo, la investigación revela que no se encontraron diferencias relevantes.

Figura 5. Análisis de componentes principales configuración factorial exploratoria (EAHC)



En la figura 5 se muestran los hallazgos del análisis factorial exploratorio del instrumento. Se observó que los ítems tienden a unirse en factores que se corresponden con las dimensiones teóricas planteadas (soborno, extorsión, peculado, etc.). Aun así, para futuras investigaciones, sería valioso ahondar en esto con más datos sobre el KMO, la varianza explicada y las cargas factoriales.

Figura 6. Rangos de interpretación de la prueba piloto EAHC



Los resultados presentados en la figura 6 indican que la mayoría de los estudiantes de la Universidad Sergio Arboleda tienen bajos índices de comportamientos corruptos, independientemente de la carrera a la que pertenecen los participantes. Dando a entender, según la escala de baremos, que los estudiantes pertenecientes a la clasificación inferior presentan bajas tendencias a los comportamientos corruptos. Para mayor claridad, estos resultados están representados en la figura 7.

Sumado a ello, los resultados discriminados por dimensiones en la figura 8 indican que la población encuestada (177 personas) tiene una menor prevalencia de comportamientos corruptos en las dimensiones de extorsión, peculado, colusiones y tráfico de influencias. Por otro lado, se observa una mayor frecuencia de comportamientos corruptos en las dimensiones de soborno y extorsión. Para representar estos resultados detalladamente, se procedió a organizar la información en una tabla (véase tabla 2).

Figura 7. Grado de presencia de comportamientos corruptos en los 177 encuestados

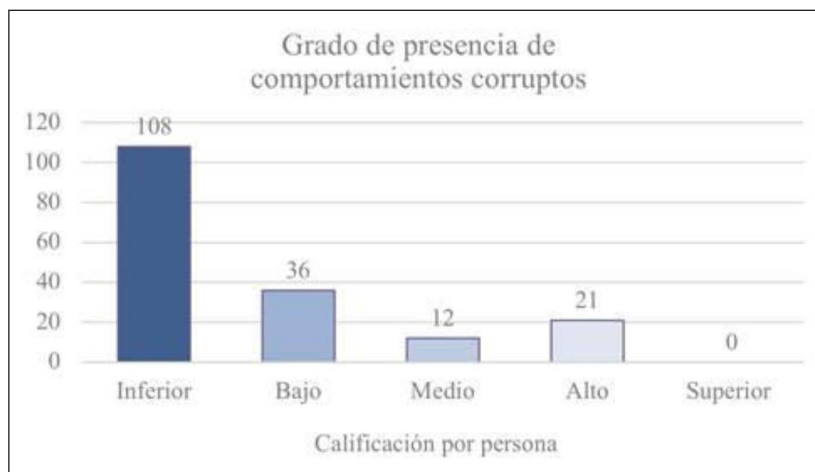


Tabla 2. Resultados discriminados por dimensiones y representado por números de personas

	Extorsión	Soborno	Peculado	Colusiones
Inferior	136	74	130	104
Bajo	9	22	16	41
Medio	13	52	15	14
Alto	10	17	10	11
Superior	9	12	6	7
N	177	177	177	177

Discusión

Este estudio se centró en desarrollar un instrumento para medir la corrupción en la costa Caribe colombiana. Esta investigación se impulsa por el estudio de Orellana y Bossio (2020), donde se construyó una escala psicométrica para medir actitudes hacia la corrupción en estudiantes universitarios peruanos. En Colombia, los resultados indican que la población evaluada tiene una baja predisposición hacia comportamientos corruptos en di-

mensionen específicas. Estos hallazgos coinciden con una investigación en Honduras realizada por Rodríguez y Rodríguez (2024), que también encontró bajos índices de actitudes corruptas, independientemente de la carrera de los participantes. La escala piloto utilizada en su estudio destacó las dimensiones de «preocupación por los demás» y «seguridad personal y social» como las más importantes en la evaluación de actitudes hacia la corrupción en el ámbito académico.

Desde una visión teórica, los hallazgos se pueden comprender con un enfoque más allá de la elección racional, con base en la psicología cognitiva y comportamental, señalando los posibles sesgos cognitivos y las normas sociales que influyen en la percepción y aceptación de conductas corruptas (Sarsfield, 2024).

Para la elaboración del instrumento, se tomaron en cuenta las características demográficas específicas de la población presente en la ciudad de Santa Marta. Se utilizó una escala base cuyos ítems se adaptaron al contexto sociodemográfico del Caribe colombiano. Este proceso se alinea con la propuesta de Quejada (2023), quien destaca la importancia de considerar elementos contextuales para la construcción de un instrumento adecuado que permita comprender la conducta universitaria, entendiendo cómo las normas percibidas, los valores culturales y las creencias morales son un papel fundamental en las formaciones de estas actitudes (Julián y Bonavia, 2020).

En este sentido, Tapia Tovar et al. (2023) señalaban cómo los contextos educativos pueden influir en percepciones de deshonestidad académica debido a que los vínculos de solidaridad y reciprocidad entre estudiantes pueden normalizar comportamientos corruptos de menores categorías. Dicha percepción puede distorsionar las normas sociales y propiciar comportamientos deshonestos, incluso en escenarios académicos (Gino et al., 2009).

Los resultados obtenidos muestran baja predisposición hacia la corrupción, lo cual indica que podría estar influenciada por sesgos de deseabilidad social y sugerir desacuerdo entre las actitudes reportadas y los comportamientos reales (Sarsfield, 2024). El instrumento desarrollado se promueve para la implementación en programas educativos que refuercen valores, ética y una cultura de integridad en instituciones académicas, que son la base de la construcción de la sociedad moderna. Estos datos pueden ser utilizados como origen de políticas públicas más

efectivas, integrando elementos socioculturales específicos de la región. Asimismo, este estudio se integra como aporte al cuerpo de la literatura que busca entender las conductas corruptas y los factores psicológicos y sociales que interactúan para fundamentar comportamientos éticos o corruptos (Sarsfield, 2024; Tapia Tovar et al., 2023).

Conclusión

En este trabajo de investigación con la EAHC se contó con la participación de estudiantes de la Universidad Sergio Arboleda, logrando aplicar satisfactoriamente el instrumento diseñado para evaluar actitudes ante la corrupción en el ámbito universitario. Los resultados evidencian que, en general, las tendencias hacia la corrupción son bajas en las siete dimensiones evaluadas (extorsión, peculado, colusiones y tráfico de influencias, entre otras). Asimismo, se identificó la relevancia de factores contextuales y sociodemográficos –como el sexo, el entorno social, el estado civil o el nivel socioeconómico–, los cuales pueden influir en las actitudes hacia la corrupción que presenta cada individuo.

El estudio se realizó con el fin de crear y validar un instrumento para medir la corrupción en estudiantes universitarios de la costa Caribe colombiana. Estos comportamientos corruptos pueden incluir el soborno, el tráfico de influencias, la evasión, las extorsiones y los fraudes, entre otros. De igual manera, se busca promover la transparencia e integridad del entorno educativo, actitudes vitales en una persona íntegra. Asimismo, se destaca la necesidad de seguir desarrollando herramientas o estrategias que fortalezcan la ética y la formación de los jóvenes universitarios de nuestro país. La solidez de la investigación previa en ambientes semejantes respalda la confiabilidad de este instrumento, por lo que podría ser útil en investigaciones futuras.

El estudio logró validar la fiabilidad del instrumento, y permitió observar cómo la población estudiantil tiene alta tendencia a discernir de manera correcta los comportamientos corruptos. Dichos hallazgos marcan la importancia de este tipo de investigación psicométrica en el ámbito de la educación, ya que la presencia de la corrupción dentro de un ambiente universitario puede afectar la calidad y la integridad de los procesos de apren-

dizaje, al igual que la implementación y análisis de resultados de estas herramientas pueden promover un ambiente académico más transparente, sin desigualdades y que ayuda a mantener la imagen pública de la universidad.

Sin embargo, algunas limitaciones que se encontraron durante el desarrollo del instrumento fueron la adaptación de los reactivos del instrumento base al contexto sociodemográfico de la costa Caribe colombiana y construir preguntas claras, relevantes y adecuadas para medir la corrupción dentro del entorno universitario. Además, fueron necesarias diferentes fases, como la revisión de expertos, las pruebas piloto y los ajustes en las preguntas, lo cual dificultó llevar a cabo este proceso riguroso a la vez que se enfrentaba a barreras de tiempo, recursos y acceso a participantes representativos.

Ahora bien, entre los hallazgos más importantes encontrados gracias a esta investigación se encuentra que las percepciones y justificaciones de la conducta corrupta no son homogéneas, al contrario, son influidas por las experiencias y la realidad social de cada uno de los estudiantes. Teniendo esto en cuenta, dentro del ámbito educativo sería importante promover la ética no solo como un valor universal, sino ponerla en contexto. Esto se puede lograr realizando debates críticos sobre cómo el entorno social y económico afecta la forma en la que las personas toman decisiones y perciben lo que es aceptable dentro de su sociedad, sobre todo en situaciones de presión o necesidad.

De ese modo, se pueden promover espacios de reflexión ética en el aula de clases a través de estudios de casos reales con dilemas morales relacionados con la vida estudiantil y con actividades contextualizadas que conecten la teoría con la vida cotidiana. Finalmente, estos hallazgos también pueden guiar el establecimiento de políticas de bienestar y programas de formación ética llevados a cabo por cada institución para fortalecer la sensibilidad de la comunidad sobre las realidades de los estudiantes y promover una cultura de integridad.

Retomando el papel institucional las universidades, deben estar comprometidas con la educación no solo académica, sino también ciudadana de sus estudiantes, un propósito que la Universidad Sergio Arboleda busca alcanzar constantemente. Es por esto que este tipo de estudios deben ser tenidos en cuenta para desarrollar estrategias como programas educativos que se enfo-

quen en la ética, para reforzar políticas que vayan en contra de estas prácticas corruptas y a la vez promover actividades que sensibilicen a la comunidad sobre las consecuencias de la corrupción; incluso en este trabajo debe haber una supervisión por parte de la universidad dentro de sus procesos administrativos y académicos para garantizar que sean transparentes y actuar con el ejemplo para incentivar las conductas éticas.

Por otro lado, los estudiantes deben trabajar en tener una actitud positiva hacia la denuncia de conductas presuntamente corruptas, pero también es importante que tengan apertura a participar en actividades que refuercen la ética como talleres, debates o simulaciones, estrategias fundamentales para incentivar la transparencia dentro de la vida académica y personal.

Luego de todo lo anterior, es pertinente concluir que este estudio apenas es el principio de todo el alcance que puede llegar a tener. En principio, se pueden explorar otras variables relacionadas con la institución, teniendo en cuenta que en esta ocasión el enfoque fueron los estudiantes; dichas variables pueden ser la transparencia en los procesos administrativos o la disposición de los trabajadores para llevar a cabo programas que promuevan la ética. A nivel estudiantil, también se puede indagar en profundidad otras variables como la disposición de realizar denuncias de presuntos casos de corrupción o analizar cuáles son los factores que inhiben o desencadenan el comportamiento corrupto. Incluso, se puede estudiar o evaluar la eficacia percibida y efectividad institucional de las medidas universitarias contra la corrupción.

Por otro lado, hoy en día, la inteligencia artificial está en cada una de las áreas de desarrollo del ser humano, incluido el ámbito educativo. Esta puede ser tenida en cuenta como una forma de fraude, una de las tipologías que fueron incluidas dentro del instrumento, pero se puede desarrollar un ítem o más enfocados en identificar el nivel de uso de estas nuevas tecnologías dentro del contexto estudiantil y docente.

Respecto a una visión a futuro, la adaptación de este instrumento a otros países es altamente viable; así como fue adaptado a Colombia, puede adecuarse para otras poblaciones que quieran estudiar este fenómeno. Haciendo referencia puntualmente a la población española, para la adaptación sería necesario realizar adecuaciones al lenguaje español castellano, el cual tiene di-

versas diferencias con el español latinoamericano que fue usado en este caso. Esto se puede llevar a cabo mediante el uso de grupos focales de personas residentes en España que colaboren con el equipo científico para la adaptación gramatical de los ítems.

Referencias

- Acosta Yparraguire, A. F. (2021). *Escala de actitudes hacia el comportamiento corrupto en estudiantes universitarios de Trujillo, 2021* [Tesis de doctorado]. Universidad César Vallejo. Repositorio UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74202/Acosta_YAF-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fernández Jibaja, L. S. y Remaycuna Vásquez, A. (2020). *Construcción y procesos psicométricos de una escala de actitudes frente a la corrupción en jóvenes universitarios de la ciudad de Piura* [Tesis de licenciatura]. Universidad César Vallejo. Repositorio UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52854>
- Fernández, L. (1999). *Psicología de la corrupción y los corruptos*. Grupo Editorial Universitario.
- Gino, F., Ayal, S. y Ariely, D. (2009). Contagion and Differentiation in Unethical Behavior: The Effect of One Bad Apple on the Barrel. *Psychological Science*, 20(3), 393-398. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02306.x>
- Julián, M. y Bonavia, T. (2020). Variables psicológicas asociadas a la corrupción: una revisión sistemática. *Anales de Psicología*, 36(2), 330-339. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282020000200016&script=sci_arttext&tlng=es
- Orellana, G. y Bossio, S. (2020). *Construcción de una Escala de Actitudes Hacia la Corrupción en estudiantes universitarios*. Universidad Nacional del Centro del Perú. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.23893.35049>
- Pacherrez Zapata, S. E. y Sosa Ramos, M. del C. (2022). *Actitudes hacia la corrupción y estilos de pensamiento en estudiantes universitarios de la región Piura 2022* [Tesis de licenciatura]. Universidad César Vallejo. Repositorio UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/105026>
- Quejada, A. (2023). La percepción sobre corrupción y las orientaciones políticas: un caso de estudio en jóvenes universitarios. *Ánfora: Revista Científica de la Universidad Autónoma de Manizales*, 30(54), 210-235. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8755825>

- Rodríguez, S. F. O. y Rodríguez, J. (2024). Valores y Conductas Académicas Dishonestas en Estudiantes Universitarios. *SciELO Preprints*, 1-26. <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.8846>
- Sarsfield, R. (2024). Micro-fundamentos de la corrupción: motivaciones individuales, racionalidad y comportamiento corrupto. *Rc Rendición de Cuentas*, 2(3), 9-40. <https://rcrendiciondecuentas.udg.mx/index.php/UDGIIRCCC/article/view/71/31>
- Tapia Tovar, E., Orenday Tapia, M. A. y Gómez Flores, M. R. (2023). Percepción sobre corrupción y deshonestidad académica entre estudiantes universitarios. *Revista Psicología, Educación & Sociedad*, 14(1), 1-15. <https://revistas.uaq.mx/index.php/psicologia/article/view/1243>

Equidad en la detección de altas capacidades: análisis de diferencias por sexo en Educación Primaria

MIRIAM IZQUIERDO LÓPEZ
CARLOTA SUÁREZ SÁNCHEZ
VANESA SAINZ LÓPEZ

Universidad Francisco de Vitoria (Madrid, España)

Resumen

Las altas capacidades intelectuales han sido objeto de creciente interés, especialmente en relación con su identificación temprana. La literatura señala posibles sesgos de género que podrían dificultar la detección de niñas con altas capacidades. Este estudio analiza las diferencias en la identificación de la superdotación en función del sexo, utilizando la escala observacional de superdotación para profesorado (EOSP). El objetivo principal fue comprobar si la EOSP permite una detección equitativa entre chicos y chicas, evitando sesgos en la percepción docente, y explorar posibles desigualdades en la visibilidad de las niñas. Se utilizó un diseño no experimental, transversal y *ex post facto*. La muestra estuvo compuesta por 160 alumnos de Educación Primaria (61,3% chicos y 38,7% chicas), evaluados por 125 profesionales de la educación. Los análisis estadísticos no mostraron diferencias significativas en la detección según el sexo ($p > 0,05$) en ninguna de las dimensiones de superdotación, aunque las chicas obtuvieron medias ligeramente superiores a los chicos. Además, la menor representación de las chicas en la muestra sugiere una visibilidad reducida. Estos hallazgos subrayan la importancia de promover estrategias de sensibilización que garanticen una identificación más equitativa y temprana de las altas capacidades, así como la necesidad de seguir combatiendo los estereotipos de género en el ámbito educativo y de las altas capacidades y talentos.

Palabras clave: altas capacidades, superdotación, talento, género, educación primaria

Introducción

La detección temprana de las altas capacidades intelectuales constituye uno de los principales retos en el ámbito educativo actual. A pesar de la abundancia de estudios realizados, todavía no existe un consenso universal en torno a la definición de términos asociados a las altas capacidades (Feenstra, 2004).

La identificación precisa de este alumnado permite ofrecer respuestas educativas ajustadas a sus necesidades específicas, favoreciendo el pleno desarrollo de su potencial (Sastre-Riba, 2020; Serrat y Celdrán, 2022). No obstante, la identificación sigue presentando dificultades, entre ellas, la existencia de sesgos derivados de concepciones sociales, estereotipos y expectativas educativas que afectan de manera diferencial a chicos y chicas (Sánchez, 2013; Pérez, 2018).

Desde los primeros estudios psicométricos de Terman (1925) hasta los enfoques más recientes basados en modelos multifactoriales como los propuestos por Gardner (1983) o Sternberg (1984), se ha producido una evolución en la forma de concebir las altas capacidades, reconociéndose su carácter multidimensional y contextual. En consecuencia, los instrumentos de detección actuales, como la escala observacional de superdotación para profesorado (EOSP), tratan de captar indicadores más amplios que los meramente académicos, incluyendo dimensiones de personalidad, comportamiento interpersonal, intereses y actitudes (Martínez-Otero et al., 2020).

A pesar de estos avances, la literatura especializada evidencia que persisten diferencias en la visibilidad de las altas capacidades entre niños y niñas. Investigaciones recientes muestran que las niñas superdotadas tienden a ser menos identificadas que sus compañeros varones, especialmente en las primeras etapas educativas (Gómez, 2018; Sanz, 2014). Este fenómeno puede atribuirse a múltiples factores, entre ellos, la tendencia de las niñas a ocultar su potencial para evitar el rechazo social (Pérez, 2018), la menor propensión a mostrar comportamientos competitivos (Sánchez, 2013) o la existencia de estereotipos de género que vinculan el talento con características tradicionalmente asociadas a los niños (Aguilera et al., 2022).

Además, se ha documentado que las expectativas docentes pueden influir en los procesos de identificación. Según el efecto Pigmalión (Martín Lobo, 2004), las creencias de los educadores sobre las capacidades de sus alumnos pueden condicionar su percepción

y su respuesta educativa, favoreciendo, en ocasiones, a unos perfiles sobre otros. De este modo, si los docentes asocian inconscientemente la superdotación con determinados rasgos tradicionalmente masculinos, como la competencia en matemáticas o la actitud proactiva, podrían pasar por alto a niñas con altas capacidades que no respondan a estos estereotipos (Serrat y Celdrán, 2022).

Frente a estas limitaciones, instrumentos como la escala observacional de superdotación para profesorado (EOSP) han sido diseñados para minimizar los sesgos derivados de la percepción subjetiva del profesorado. La EOSP permite evaluar múltiples áreas del desarrollo mediante una escala graduada, ofreciendo una visión más integral de los indicadores de superdotación y evitando una identificación basada exclusivamente en el rendimiento académico (Martínez-Otero et al., 2020).

El presente estudio se enmarca en esta línea de investigación y parte del siguiente interrogante: ¿existen diferencias en la detección de altas capacidades intelectuales en función del sexo del alumnado de Educación Primaria? Para dar respuesta a esta pregunta, se ha empleado como instrumento de medida la EOSP con la intención de valorar su capacidad para detectar el talento del alumnado de Educación Primaria sin introducir sesgos de género. La hipótesis de partida plantea que no existen diferencias significativas en la detección de altas capacidades en función del sexo del alumnado, apoyando así la validez de la EOSP como herramienta equitativa sin sesgos de género. Asimismo, se examinan las características de la muestra para identificar posibles desigualdades en la visibilidad de las niñas. De este modo, el estudio contribuye al debate sobre la necesidad de promover estrategias de sensibilización y formación docente que garanticen una identificación justa, equitativa y libre de sesgos en el ámbito educativo.

Objetivos

En consonancia con el problema de investigación planteado, este estudio plantea el siguiente objetivo general:

- Verificar la existencia de diferencias en la detección de altas capacidades intelectuales en función del sexo del alumnado de Educación Primaria.

A su vez, este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Confirmar si la escala observacional de superdotación para profesorado (EOSP) permite una identificación equitativa de altas capacidades entre chicos y chicas de Educación Primaria.
- Determinar las diferencias en las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones evaluadas (académica, personalidad, comportamiento interpersonal e intereses y actitudes) en función del sexo del alumnado.
- Establecer el grado de representación de niños y niñas en el grupo de alumnado identificado con altas capacidades por los docentes.
- Identificar posibles patrones de desigualdad en la visibilidad de las niñas con altas capacidades dentro del contexto educativo.

Metodología

Diseño y variables de la investigación

El presente estudio adopta un diseño metodológico de tipo no experimental, o *ex post facto*, de carácter transversal. Se optó por este enfoque dado que las variables de interés, como el sexo del alumnado o su perfil de altas capacidades, constituyen características preexistentes que no pueden ser manipuladas. Además, el propósito del estudio es eminentemente descriptivo-comparativo, centrado en analizar diferencias en la detección de altas capacidades intelectuales en función del sexo sin intervenir sobre las variables observadas.

La recogida de datos se llevó a cabo en un único momento temporal mediante la aplicación de la escala observacional de superdotación para profesorado (EOSP) a una muestra de estudiantes de Educación Primaria seleccionados a través de la observación deliberada realizada por profesionales de la educación.

En relación con las variables analizadas, la variable dependiente fue la superdotación, medida a través de la puntuación obtenida en las cuatro dimensiones evaluadas por la EOSP: académica, personalidad, comportamiento interpersonal e intereses y actitudes. Cada dimensión incluye nueve indicadores puntuados en una escala

Likert de 1 a 9, generando una puntuación total de superdotación. Según su naturaleza, esta variable se clasifica como discreta continua, y su nivel de medición corresponde a una escala de intervalo.

Por su parte, la variable independiente fue el sexo del alumnado, una variable cualitativa dicotómica nominal con dos opciones de respuesta: «chicos» y «chicas». La inclusión de esta variable permitió explorar si existían diferencias significativas en la detección de altas capacidades en función del sexo, contribuyendo a valorar la equidad de la herramienta empleada.

Población y muestra

La población objetivo de este estudio está constituida por el alumnado de Educación Primaria que presenta alto potencial o indicadores de altas capacidades intelectuales, tanto si cuenta con diagnóstico formal como si destaca significativamente en el contexto escolar.

La muestra ha sido seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia e intencional (Otzen y Manterola, 2017), dado que participaron profesionales de centros educativos a los que se tuvo acceso y que aceptaron colaborar. Los profesionales debían identificar y evaluar, mediante heteroevaluación, entre uno y tres alumnos por centro que cumplieran con los criterios de altas capacidades, basándose en la observación de su desempeño escolar, con o sin diagnóstico previo.

En total, participaron 125 profesionales de la educación (24 hombres y 101 mujeres) con edades comprendidas entre los 23 y 61 años ($M = 42,74$; $DT = 8,707$), que desempeñan funciones como tutores (59,2%), profesores de área (24%), orientadores (11,2%), especialistas en pedagogía terapéutica (4%) y directores de centro (1,6%). Estos profesionales trabajaban en centros públicos (60%), concertados (28%) y privados (12%) de distintas comunidades autónomas de España, aunque la mayoría (86,4%) procedía de la Comunidad de Madrid. Su experiencia laboral oscilaba entre 1 y 37 años ($M = 17,24$; $DT = 8,515$).

La muestra de alumnado estuvo compuesta por 160 estudiantes de Educación Primaria (98 chicos y 62 chicas), con edades entre los 6 y 13 años ($M = 9,14$; $DT = 1,825$). De ellos, el 58,1% contaba con un diagnóstico oficial de altas capacidades intelectuales, mientras que el 41,9% presentaba indicadores observa-

dos por los profesionales, aunque sin diagnóstico formal. La distribución del alumnado en función del sexo y diagnóstico se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y diagnóstico en ACI

		Diagnóstico ACI		TOTAL
		No	Sí	
Sexo	Chico	43 (43,9%)	55 (56,1%)	98 (62,3%)
	Chica	24 (38,7%)	38 (61,2%)	62 (38,7%)
	Total	67 (41,9%)	93 (58,1%)	160 (100%)

Se puede observar que, en ambos grupos, la representación de chicos fue mayoritaria (62,3%), aunque entre las chicas evaluadas la proporción de diagnósticos de altas capacidades fue ligeramente superior a la de los chicos (61,3% frente a 56,1%).

Respecto a la distribución por curso, los datos reflejan un patrón progresivo en la detección de altas capacidades: aunque existe una representación relativamente equilibrada entre los distintos niveles educativos, el número de alumnos diagnosticados tiende a incrementarse en los cursos superiores de la etapa de primaria, especialmente en 5.º y 6.º curso, donde las características de alta capacidad suelen manifestarse de manera más estable y reconocible. La distribución de la muestra por curso y sexo se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la muestra por sexo y curso

		Sexo		
		Chico	Chica	Total
Curso	1.º primaria	11 (52,4%)	10 (47,6%)	21 (13,1%)
	2.º primaria	12 (52,2%)	11 (47,8%)	23 (14,1%)
	3.º primaria	15 (62,5%)	9 (37,5%)	24 (15%)
	4.º primaria	19 (73,1%)	7 (27%)	26 (16,2%)
	5.º primaria	21 (67,7%)	10 (32,2%)	31 (19,4%)
	6.º primaria	20 (57,2%)	15 (42,8%)	35 (21,9%)
	Total	98 (61,3%)	62 (38,7%)	160 (100%)

Tal y como se aprecia, el porcentaje más bajo de alumnos evaluados corresponde a 1.º de primaria (13,1%), mientras que el porcentaje más alto se registra en 6.º de primaria (21,9%). Este incremento progresivo puede atribuirse al hecho de que las características asociadas a las altas capacidades tienden a consolidarse y hacerse más visibles a medida que el alumnado avanza en edad y desarrollo escolar.

Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó la escala observacional de superdotación para profesorado (EOSP), un instrumento diseñado para facilitar la identificación de indicadores asociados a las altas capacidades intelectuales en el ámbito educativo. Esta escala es fruto de un proyecto de investigación internacional desarrollado por equipos de España, Portugal y México (López Barranco, 2021; Martínez-Otero et al., 2020), basado en la adaptación y actualización de la escala de observación de superdotados para profesores. La versión utilizada en el presente estudio fue publicada por la Editorial CEPE.

La EOSP incluye un total de 36 ítems, distribuidos en cuatro subescalas:

- **Área académica** (ítems 1-9). Evalúa habilidades relacionadas con el aprendizaje y el rendimiento escolar, como la expresión verbal, el vocabulario, la resolución de problemas, el razonamiento lógico, la memoria, la planificación y el aprovechamiento académico.
- **Área de personalidad** (ítems 10-18). Analiza rasgos característicos de los alumnos superdotados, como la motivación intrínseca, la perseverancia, el sentido ético, el gusto por los retos y la sensibilidad emocional.
- **Área de comportamiento interpersonal** (ítems 19-27). Evalúa aspectos de las relaciones sociales y comportamentales, incluyendo la tendencia al liderazgo, la popularidad, la preferencia por interactuar con personas mayores, la autosuficiencia y las habilidades sociales.
- **Área de intereses y actitudes** (ítems 28-36). Recoge indicadores como la curiosidad intelectual, el placer por aprender, el cuestionamiento de normas, la exploración activa y la orientación a metas.

Cada ítem se valora mediante una escala tipo Likert de 9 puntos, donde 1 indica un nivel bajo de presencia del rasgo observado, 5 representa un nivel medio y 9, un nivel alto. Se recomienda a los evaluadores ubicar al alumno preferentemente en los extremos de la escala, reservando las puntuaciones intermedias únicamente para situaciones de duda o ambivalencia. Esta modalidad de respuesta permite obtener perfiles detallados del alumnado, favoreciendo una evaluación precisa de las características asociadas a la superdotación.

La EO SP constituye un instrumento validado y publicado que ofrece una herramienta fiable para el estudio de la excepcionalidad en el contexto escolar (Ribeiro, 2013).

Procedimiento y análisis de datos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante la administración *online* de la escala observacional de superdotación para profesorado (EO SP) digitalizada mediante la plataforma Qualtrics. Esta herramienta permitió la distribución del cuestionario a los profesionales de la educación a través de un enlace enviado por correo electrónico, optimizado para su acceso tanto desde ordenadores como desde dispositivos móviles. Cada participante podía evaluar entre uno y tres alumnos de Educación Primaria seleccionados conforme a los criterios establecidos en el estudio.

Una vez recopilados los datos, se procedió al procesamiento y análisis mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 29, complementado en algunas tareas de organización de datos con Microsoft Excel. El análisis de datos se estructuró en dos fases principales:

- **Análisis descriptivo.** Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para describir las características generales de la muestra y las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas de la EO SP. Asimismo, se verificó el ajuste de las variables a una distribución normal a través de pruebas de normalidad.
- **Análisis inferencial.** Dado que no se cumplieron los criterios de normalidad en las puntuaciones, se emplearon técnicas no paramétricas, como la prueba U de Mann-Whitney, para contrastar diferencias de medias entre grupos (chicos y chicas) en

las puntuaciones totales y en cada una de las dimensiones evaluadas.

Las puntuaciones analizadas correspondieron al sumatorio de los ítems de la escala, cuyos valores individuales oscilaban entre 1 y 9. La escala completa, compuesta por 36 ítems, permite obtener una puntuación total mínima de 36 y máxima de 324. Cada subescala específica presenta un rango de puntuaciones entre 9 y 81.

Resultados

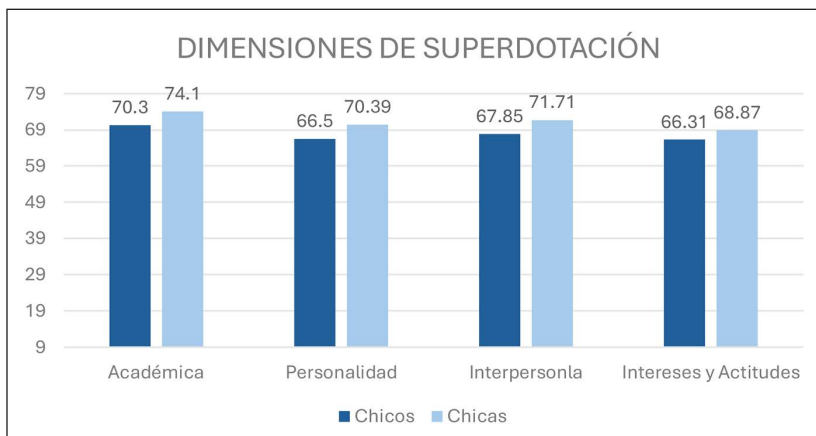
En primer lugar, se realizó un análisis de las puntuaciones medias obtenidas en las distintas dimensiones de la escala observacional de superdotación para profesorado (EOSP) según el sexo del alumnado. Los resultados descriptivos se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la EOSP según el sexo

		N	Mínimo	Máximo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
Académica	Chicos	98	33	81	70,30	8,49	-1,731	4,027
	Chicas	62	42	81	74,10	6,78	-2,247	7,743
Personalidad	Chicos	98	15	81	66,50	10,47	-1,558	4,492
	Chicas	62	33	81	70,39	9,30	-1,925	4,759
Interpersonal	Chicos	98	35	81	67,85	9,63	-1,075	1,266
	Chicas	62	31	81	71,71	7,98	-2,523	10,563
Intereses y actitudes	Chicos	98	28	81	66,31	11,19	-1,013	0,881
	Chicas	62	25	81	68,87	8,93	-2,314	9,059
Total	Chicos	98	155	81	270,95	35,55	-1,113	1,304
	Chicas	62	131	81	285,06	29,61	-2,531	10,980

Tal como muestra la figura 1, las chicas obtuvieron puntuaciones medias ligeramente superiores que los chicos en todas las dimensiones evaluadas, especialmente en las áreas académica y de personalidad.

Figura 1. Medias de los alumnos en las dimensiones de la EOSP según el sexo



Antes de realizar el análisis inferencial, se comprobó el ajuste de las puntuaciones a la distribución normal mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov, cuyos resultados se recogen en la tabla 4.

Tabla 4. Prueba de Kolmogorov-Smirnov de las dimensiones de la escala EOSP

	Z	Sig.
EOSP total	0,120	<0,001
Académica	0,159	<0,001
Personalidad	0,142	<0,001
Interpersonal	0,123	<0,001
Intereses y actitudes	0,121	<0,001

Como se puede observar, en todos los casos, los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,001$), indicando que las puntuaciones no siguen una distribución normal. Por este motivo, se optó por utilizar pruebas no paramétricas para el análisis inferencial.

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los chicos y las chicas en las puntuaciones de la EOSP, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Estos resultados se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Prueba U de Mann-Whitney de la escala EOSP en función del sexo

	Suma de rangos		U	Z	P
	Chicos	Chicas			
EOPS completa	1950,00	10930,00	1515,00	-1,703	0,089
Académica	1985,50	10894,50	1550,50	-1,549	0,121
Personalidad	1961,50	10918,50	1526,50	-1,654	0,098
Interpersonal	1950,50	10929,50	1515,50	-1,703	0,089
Intereses y actitudes	1986,50	10893,50	1551,50	-1,543	0,123

Podemos comprobar que, en todos los casos, los valores de p fueron superiores a 0,05, lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la EOSP en función del sexo del alumnado. Estos resultados apoyan la hipótesis planteada en este estudio, según la cual la detección de altas capacidades mediante la EOSP no presenta sesgos de género.

Discusión y conclusiones

El presente estudio confirma que la escala observacional de superdotación para profesorado (EOSP) constituye un instrumento válido y equitativo para la identificación de altas capacidades en el alumnado de Educación Primaria. Además de cumplir con los estándares psicométricos, la EOSP minimiza los posibles sesgos de género al abordar la superdotación desde una perspectiva multidimensional, valorando no solo el rendimiento académico, sino también rasgos de personalidad, habilidades interpersonales e intereses (Del Agua, 2006; Sánchez, 2013). Este enfoque coincide con las propuestas de Serrat y Celdrán (2022), quienes destacan la importancia de considerar distintas áreas, como la aptitud intelectual general, la aptitud académica, la creatividad y la personalidad.

Los resultados obtenidos corroboran la hipótesis planteada, ya que no se encontraron diferencias significativas en la detección de altas capacidades en función del sexo del alumnado. Aunque investigaciones previas han documentado variaciones

en las áreas de excelencia entre niños y niñas –como un mayor rendimiento en matemáticas y ciencias en los varones y superioridad en lenguaje en las mujeres (Sánchez, 2013; Pérez, 2018)–, tales diferencias no parecen afectar a la identificación general de superdotación realizada mediante la EOSP. Este hallazgo respalda las afirmaciones de Martínez-Otero et al. (2020), quienes sostienen que la escala evalúa indicadores generales de superdotación sin requerir diferenciaciones por sexo ni edad.

No obstante, cabe señalar que en la muestra de estudio la proporción de chicas evaluadas fue inferior (38,7 %) a la de chicos (61,3 %), lo cual sugiere una menor visibilidad de las niñas en la identificación inicial. Este fenómeno ha sido señalado en la literatura previa (Gómez, 2018; Sanz, 2014), donde se destaca que los estereotipos de género y la presión social pueden llevar a las niñas con altas capacidades a ocultar su potencial para favorecer su aceptación social (Pérez, 2018). A pesar de estos factores socioculturales, los resultados de esta investigación indican que la EOSP permite una detección equitativa cuando las niñas son observadas, lo que evidencia su eficacia como herramienta inclusiva.

Este estudio también refuerza la necesidad de fomentar la formación del profesorado en la identificación temprana y precisa de altas capacidades para que presten especial atención a los factores psicosociales que pueden afectar a la manifestación del talento, particularmente en las niñas. Aunque el contexto educativo actual promueve la diversidad y la atención a las diferencias individuales, persisten resistencias en muchos centros escolares para reconocer y atender adecuadamente al alumnado superdotado (Sanz, 2014). La falta de diagnóstico oportuno limita el desarrollo del potencial intelectual y emocional de estos estudiantes en detrimento tanto de su bienestar personal como de su contribución futura a la sociedad (Almeida et al., 2016; Reche, 2019).

En relación con la perspectiva de género, los resultados de esta investigación se alinean con un cambio de paradigma que abandona concepciones obsoletas de supremacía intelectual masculina (Mercante, 1908). Sin embargo, persiste la necesidad de visibilizar y apoyar a las mujeres con altas capacidades, quienes, influenciadas por presiones sociales, expectativas de perfección y fenómenos como el «miedo al éxito» (Horner, 1972), pueden tender a ocultar su talento. Es fundamental seguir trabajando en el reconocimiento de estas dinámicas para promover

entornos educativos que favorezcan el pleno desarrollo de todas las capacidades en condiciones de igualdad y sin sesgos.

Desde una perspectiva social, la identificación temprana y adecuada de las altas capacidades no solo impacta positivamente en el desarrollo individual de los estudiantes, sino que también contribuye al progreso social. La correcta detección y apoyo al talento desde las primeras etapas educativas facilita la formación de futuros agentes de cambio, innovación y liderazgo en diversos campos.

Limitaciones y perspectivas de futuro

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados:

- **Tamaño de la muestra.** La muestra de participantes fue relativamente reducida. Para futuras investigaciones, sería recomendable trabajar con muestras más amplias y representativas, comparando los resultados con la población general de Educación Primaria para observar posibles diferencias y poder utilizar análisis paramétricos, los cuales pueden ofrecer mayor precisión estadística.
- **Contexto cultural.** Sería enriquecedor extender la aplicación de la EOSP a diferentes contextos culturales, evaluando así su validez transcultural y su capacidad para medir de manera consistente en distintos entornos educativos y sociales.
- **Evaluación realizada por un único observador.** La valoración de cada alumno fue realizada por un único docente, lo que podría haber introducido sesgos subjetivos. Para futuros estudios, sería recomendable incorporar evaluaciones de múltiples informantes.
- **Instrucciones de aplicación.** Las directrices para seleccionar a los alumnos sin diagnóstico formal podrían formularse de manera más precisa para minimizar la subjetividad en la identificación de indicadores de altas capacidades.

Además, sería de gran interés diseñar estudios longitudinales que permitan seguir la evolución del talento a lo largo del tiempo y evaluar el impacto de intervenciones educativas específicas para este alumnado. De esta forma, se podría avanzar hacia una

educación más inclusiva, transformadora y consciente del valor del talento diverso en el desarrollo de una sociedad más justa.

Más allá de los datos, este trabajo constituye una invitación a construir un sistema educativo sensible, humano y justo, en el que cada alumno, y en particular aquellos con altas capacidades, pueda desarrollar plenamente su potencial y dejar una huella positiva en su entorno y en la sociedad.

Referencias

- Aguilera, E., Aracama, I., Marko, B., Goikoetxea, A., Jorajuria, D. y Juarena, B. (2022). *Modelo de intervención con el alumnado con altas capacidades en Navarra*. Gobierno de Navarra, Departamento de Educación.
- Almeida, L., Araújo, A., Sainz-Gómez, M. y Prieto, M. D. (2016). Challenges in the identification of giftedness: Issues related to psychological assessment. *Anales de Psicología*, 32(3), 621-627. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.259311>
- Del Agua, A. (2006). El diagnóstico en educación como principio de identificación en el ámbito de la superdotación intelectual. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 17(1), 59-74. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.17.num.1.2006.11337>
- Feenstra, C. (2004). *El niño superdotado. Cómo reconocer y educar al niño con altas capacidades*. Ediciones Mediciot.
- Gardner, H. (1983). *Estructuras de la mente: la teoría de las Inteligencias Múltiples*. Fondo de Cultura Económica.
- Gómez, M. (19 de marzo de 2018). *La mujer Superdotada. El silencio de las niñas y mujeres con Altas Capacidades*. Asociación Española para Superdotados y con Talento (AEST). <https://www.altas capacidades y talentos.com/mujer-y-superdotacion/>
- Horner, M. S. (1972). Toward an understanding of achievement-related conflicts in women. *Journal of Social Issues*, 28(2), 157-175.
- López Barranco, M. E. (2021). EO SP. Escala Observacional de Superdotación para Profesorado. *Revista Iberoamericana de Educación*, 86(2), 189-190. <https://doi.org/10.35362/rie8624710>
- Martín Lobo, M. P. (2004). *Niños inteligentes. Guía para desarrollar sus talentos y altas capacidades*. Ediciones Palabra.
- Martínez-Otero, V., Ribero, U. y Gaeta, L. (2020). *Escala Observacional de Superdotación para Profesorado (EO SP)*. CEPE Editorial.

- Mercante, V. (1908). La mujer moderna. *Archivos de Pedagogía y Ciencias Afines*, 4(12), 374-385. http://www.memoria.fahce.unlp.ed.ar/art_revistas/pr.1502/pr.1502.pdf
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pérez, R. E. (2018). La Medición de la Inteligencia y las Aptitudes en la Identificación del Talento. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología*, 3(3), 359-368. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20741>
- Reche, G. (2019). *Altas capacidades intelectuales: conceptualización, identificación, evaluación y respuesta educativa*. Consejería de Educación y Cultura.
- Ribeiro, U. (2013). *Validação de uma Escala de Observação de Sobredotados para Professores* [Tesis doctoral]. Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/57246>
- Sánchez, A. (2013). *Altas capacidades intelectuales: sobredotación y talentos. Detección, evaluación, diagnóstico e intervención educativa y familiar*. Formación Alcalá.
- Sanz, C. (2014). *La maldición de la inteligencia*. Plataforma Actual.
- Sastre-Riba, S. (2020). Moduladores de la expresión de la alta capacidad intelectual. *Medicina Buenos Aires*, 80(2), 53-57.
- Serrat, R. y Celdrán, M. (2022). *Claves para la comprensión de la inteligencia humana*. Editorial Síntesis.
- Sternberg, R. J. (1984). Toward a triarchic theory of human intelligence. *The Behavioral and Brain Sciences*, 7(2), 269-315. <http://doi.org/10.1017/S0140525X00044629>
- Terman, L. M. (1925). *Genetic studies of genius. Mental and physical traits of a thousand gifted children*. Stanford University Press.

Autoridad frente a la vulnerabilidad en el entorno universitario

AMALIA LÓPEZ DíEZ

LUCÍA MENÉNDEZ MARTÍN

ADRIANA FERNÁNDEZ MORALES

PAULA MARTÍN ALARCÓN

LUCÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

Universidad Francisco de Vitoria (Madrid, España)

Resumen

Este estudio investiga la influencia de la autoridad sobre personas vulnerables en el entorno universitario, centrandó su análisis en la relación persona-grupo, el sentido de pertenencia y los valores institucionales. Se examinan también factores como el temperamento de los estudiantes, su disposición a expresar opiniones y el respeto percibido por parte de los profesores considerando variables como sexo y curso universitario. Para contextualizar, se toman como base tres experimentos clave: el de Milgram, sobre obediencia, el de la cárcel de Stanford, sobre roles y abuso de poder, y el de Lewin, sobre estilos de liderazgo. El objetivo principal es analizar cómo la identificación con los valores universitarios influye en el sentido de pertenencia y cómo variables como el temperamento afectan la disposición a participar en clase. La muestra consistió en 80 universitarios de la Universidad Francisco de Vitoria y la Universidad Complutense de Madrid, y se emplearon cuestionarios con escalas de Likert. Las pruebas estadísticas utilizadas incluyeron la correlación de Spearman, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y ANOVA factorial. Los resultados indicaron que la identificación con los valores universitarios fortalece el sentido de pertenencia, pero no se encontraron diferencias significativas en la satisfacción entre universidades. Además, el temperamento no influyó en la participación en clase, y el respeto percibido por los profesores dependió más de la dinámica interpersonal que de características como el sexo o el curso. En conclusión, el estudio subraya la importancia de un entorno inclusivo y respetuoso en las universidades.

Palabras clave: autoridad, universitarios, influencia

Introducción

Este trabajo investiga la influencia de personas con mayor autoridad sobre otras más vulnerables, específicamente en la relación persona-grupo, destacando su relevancia en los ámbitos académico y social. Se analizan datos de dos universidades evaluando la pertenencia a la institución, la coincidencia de valores y el temperamento, relacionándolos con la comodidad de expresar opiniones en clase.

Se basa en tres experimentos clave. Primero, el de Milgram, que explora cómo las figuras autoritarias inducen a las personas a cometer actos moralmente cuestionables bajo obediencia. En este experimento, se reclutaron voluntarios para administrar descargas eléctricas a un «aprendiz» (en realidad, un cómplice) con el objetivo de demostrar la disposición de los participantes a seguir órdenes a pesar del sufrimiento evidente (Milgram, 1974; Salomone y Fariña, 2013).

El segundo experimento es el de la prisión de Stanford de Zimbardo, que ilustra cómo los roles sociales y el entorno pueden alterar el comportamiento. Los participantes fueron asignados a roles de prisioneros o guardias, y se observaron abusos por parte de los guardias, lo que llevó a la interrupción del estudio. Este experimento muestra cómo el poder puede resultar en abuso y deshumanización (Zimbardo, 1900; Marcelo, 2015).

El tercer experimento, de Kurt Lewin, evaluó cómo diferentes estilos de liderazgo afectan a los alumnos. Se asignaron tres estilos de liderazgo: autocrático, liberal y democrático. El estilo democrático promovió mejores resultados académicos y cooperativismo, mientras que los otros estilos mostraron efectos negativos (Lewin et al., 1939). Además, investigaciones recientes, como la de Bochenki (1979) y Gadamer (1990), sugieren que la autoridad es relacional y depende del reconocimiento que los demás le otorgan. Bar-Tal et al. (1991) y Kruglanski (1989) indican que el conocimiento se construye a través del intercambio con fuentes confiables. Perry (1970) y Belenky et al. (1986) describen etapas tempranas del desarrollo epistemológico en las que el conocimiento se concibe como absoluto y procedente de autoridades externas, lo que limita la capacidad de cuestionamiento y pensamiento crítico.

Estos estudios son clave en el ámbito educativo, ya que las creencias sobre la autoridad influyen en cómo los estudiantes

asumen su rol en el aprendizaje. En contextos de vulnerabilidad, la dependencia de fuentes externas puede reforzar desigualdades y afectar la autonomía. Por ello, comprender cómo se construye la autoridad en el conocimiento es fundamental para fomentar el pensamiento crítico y la independencia intelectual (Gutiérrez y Ahumada, 2016).

Marco conceptual

A continuación, se presentan una serie de conceptos clave relacionados con la temática, con el objetivo de facilitar la comprensión del artículo.

La *autoridad* es un concepto clave en las relaciones sociales y emocionales, entendida como una conexión entre personas que ocupan posiciones desiguales. Representa una forma de control que regula comportamientos dentro de un grupo o comunidad, siendo fundamental para la organización y el orden, ya sea en el ámbito familiar, laboral o político. La autoridad implica poder, pero también está vinculada a la confianza, el respeto y la protección. Sin embargo, cuando se lleva al extremo, puede convertirse en una herramienta de opresión, limitando la autonomía de los individuos y generando tensiones en las relaciones (Crochick et al., 2025). Además, la autoridad no es solo una imposición externa, sino una experiencia relacional que se construye en contextos tanto formales como informales. Desde la psicología, implica procesos afectivos como la confianza, el respeto y la necesidad de seguridad, y su legitimidad depende del reconocimiento interno por parte de quienes la aceptan. Surge de la historia personal, la cultura y los vínculos, pudiendo fomentar el cuidado y la cooperación, pero también la sumisión si se percibe como una amenaza a la autonomía (Arendt, 1954; Foucault, 1975).

El *temperamento* es la manera básica en que un individuo enfrenta y reacciona ante una situación determinada; comprende los componentes de la personalidad que son heredados y estables. Aunque tiene una base biológica, se desarrolla y adapta en función del contexto, el entorno y factores familiares, como el estilo de crianza y experiencias personales. Algar et al. (2023) explican cómo está directamente relacionada con la sociabilidad, la reactividad emocional y la autorregulación. Diversos estudios corroboran cómo el estilo educativo de los niños puede

modelar su temperamento de forma que afecte a cómo estos responden ante las figuras de autoridad y a cómo gestionan la ansiedad social (Yasui et al., 2017), además de influir en su propia capacidad de liderazgo. Tanto es así, que en un estudio de 84 niños tomados como muestra, resultó que el estilo de crianza junto con el temperamento explicaba el 69 % de las diferencias en trastornos de ansiedad infantil que experimentaban la mitad de ellos (Sahithya y Raman, 2021).

El *sentido de pertenencia* es un sentimiento de identificación con un grupo o lugar a partir del cual se generan lazos afectivos y actitudes positivas hacia ese entorno (Harris et al., 2022). Este sentimiento cumple una función importante en el desarrollo psicológico y social, ya que está ligado a necesidades como la aceptación, la seguridad y el reconocimiento. Desde la psicología, se entiende como una experiencia relacional que influye en la autoestima, la motivación y el compromiso con los demás. En contextos educativos, el sentido de pertenencia tiene un papel central. Según Izaguirre et al. (2023), los estudiantes que se sienten integrados en su entorno escolar tienden a mostrar actitudes más positivas, una mejor convivencia con sus compañeros y profesores y un mayor rendimiento académico. La investigación demuestra que factores como el apoyo emocional, el respeto mutuo y la participación en la vida del centro refuerzan este vínculo, promoviendo climas escolares más cooperativos y reduciendo los conflictos.

Los *valores institucionales* constituyen los principios éticos y morales que moldean la identidad y la cultura de una universidad. Estos valores orientan su comportamiento y toma de decisiones, asegurando la coherencia entre su misión educativa y su responsabilidad social. A través de ellos, se promueve la excelencia en ámbitos fundamentales como la docencia, la investigación y la educación continua (Rodríguez et al., 2006). Además, los valores institucionales desempeñan un papel clave en la consolidación de la cultura organizacional al proporcionar un marco ético que refuerza la identidad colectiva y orienta las acciones de la comunidad universitaria. Su influencia se extiende también a los procesos de comunicación e integración interna, fortaleciendo la participación, la cohesión social y el sentido de pertenencia entre sus miembros (Kraatz et al., 2020).

Población y muestra

Para llevar a cabo esta investigación, se ha utilizado una muestra compuesta por 80 universitarios que estudian en instituciones académicas localizadas en Madrid, en concreto, en la Universidad Francisco de Vitoria y en la Universidad Complutense. Se ha tenido en cuenta tanto el sexo como el curso académico del grado que estudian. Para la recogida de esta información, se ha enviado un formulario por medio de las redes sociales tratando de alcanzar el máximo de respuestas posibles dentro de la población universitaria.

El 53,75 % de la muestra estudia en la Universidad Complutense de Madrid y el 46,25 % restante estudia en la Universidad Francisco de Vitoria. Se ha escogido una muestra exclusivamente universitaria porque se puede ver con facilidad el nivel de influencia que tienen, en este caso, sus profesores sobre ellos (la autoridad sobre los más vulnerables). La muestra es de tipo no probabilístico dado que no toda la población ha podido responder el formulario enviado. Estaba dirigido exclusivamente a estudiantes universitarios que actualmente cursan estudios académicos. Dentro del muestreo no probabilístico, esta investigación ha empleado la técnica conocida como «bola de nieve». Este método consiste en enviar el formulario a un grupo de universitarios, quienes luego lo enviaron a otro grupo de universitarios y así sucesivamente.

Variables del estudio, hipótesis e instrumento

El proyecto de investigación se centra en el análisis de la influencia ejercida por individuos considerados con mayor autoridad sobre otros más vulnerables, en la relación persona-grupo, dentro de la población universitaria. En concreto, la investigación se ha centrado en la influencia y la autoridad ejercida por los profesores sobre los alumnos de dos universidades escogidas. Para abordar esto, se han identificado y considerado diversas variables entre las que se incluyen el sexo, la edad, el tipo de universidad, el temperamento y la percepción de influencia del profesor sobre los estudiantes.

En lo que respecta a las hipótesis teóricas, se han formulado cuatro proposiciones fundamentales. La primera hipótesis, cen-

trada en la correlación, busca evaluar la existencia de una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de identificación con los valores de la universidad y el sentimiento de pertenencia. En este contexto, la variable «nivel de identificación con los valores de la universidad» se considera cuantitativa, discreta y de razón, mientras que el «sentimiento de pertenencia» se aborda, igualmente, como una variable cuantitativa, discreta y de razón. La segunda hipótesis, basada en la prueba U de Mann-Whitney, muestra la presencia de diferencias significativas entre los alumnos de la Universidad Francisco de Vitoria y los de la Universidad Complutense con respecto a su nivel de satisfacción con el centro. En este caso, la variable «nivel de satisfacción con el centro» se clasifica como cuantitativa, discreta y de razón, y el «tipo de universidad» como una cualitativa dicotómica nominal. La tercera hipótesis, que se fundamenta en la prueba de Kruskal-Wallis, propone diferencias estadísticamente significativas y positivas entre el tipo de temperamento y la disposición de los universitarios a expresar sus opiniones. Aquí, la variable «tipo de temperamento» se identifica como cualitativa politómica nominal, mientras que la «disposición a expresar opiniones» sería cuantitativa discreta y de razón. Por último, la cuarta hipótesis, integrada en un diseño de ANOVA factorial, sugiere una diferencia estadísticamente significativa y positiva entre el respeto percibido por parte de un profesor que no comparte una opinión específica e individual considerando variables como el sexo y el curso universitario. En este caso, «sexo» y «curso universitario» se clasifican como cualitativas dicotómicas nominal y ordinal, respectivamente. Se ha elaborado un formulario, el cual aborda cada variable específica y utiliza escalas de Likert del 1 al 5 para medir las respuestas de los participantes. Se incluyen preguntas de selección múltiple o elección única, lo que facilita la recopilación de datos. El cuestionario consta de ocho preguntas cuidadosamente elaboradas para tratar cada una de las variables y proporcionar respuestas cuantitativas y cualitativas que permitan un análisis profundo.

Fiabilidad y confiabilidad del cuestionario

El cuestionario realizado para este estudio fue diseñado con base en el criterio de las investigadoras sin recurrir a otras preguntas

de otros cuestionarios, por lo que, a continuación, se enuncia el objetivo de cada pregunta realizada para una mayor comprensión. La primera pregunta permite saber el sexo de la persona, en función de si hay distinción de percepción o actitud ante esa diferencia de sexo con los otros ítems del cuestionario. En la segunda pregunta, se evalúa únicamente la universidad, comparando satisfacción entre diferentes universidades. En la tercera, se valora si el curso universitario en el que se encuentra el alumno influye con el compromiso, la experiencia y la disposición a opinar en el ámbito educativo.

El resto de preguntas tienen una respuesta en escala Likert del 1 al 5 y consultan el grado de identificación del estudiante con los valores de la universidad, el nivel de satisfacción general en relación con la experiencia universitaria, si el tipo de temperamento influye en la disposición de un alumno a su participación en clase, la valía de dar una opinión propia en clase y la percepción del estudiante sobre el respeto que recibe de los maestros cuando hay desacuerdo en una situación académica. Se optó por la escala Likert para las respuestas debido a su facilidad tanto para la respuesta de los participantes como para su posterior análisis; el baremo del 1-5 es óptimo, ya que más respuestas podrían causar fatiga. Además, no limita a la persona a responder de manera dicotómica, «sí» o «no», sino que calcula el grado de acuerdo de la persona con lo que se le pregunta.

Justificación de los análisis estadísticos escogidos

Para comprobar las hipótesis del estudio, se seleccionaron pruebas que permiten medir con precisión las diferencias, relaciones o influencias entre variables.

La primera hipótesis busca determinar si existe una relación significativa entre el nivel de identificación con los valores de la universidad y el nivel de comodidad en ella. Se comprueba primero el supuesto de normalidad mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Según el valor de p , se escoge una prueba paramétrica ($p > 0,001$) o no paramétrica ($p < 0,001$). Si se asume la hipótesis nula, se usa la correlación de Pearson; si se rechaza, se emplea la de Spearman. En ambos casos, si $p < 0,001$, se interpreta el coeficiente para analizar la dirección e intensidad de la relación.

La segunda hipótesis compara el nivel de satisfacción entre alumnos de la Universidad Francisco de Vitoria y la Complutense. Tras revisar la normalidad, se escoge entre pruebas paramétricas o no paramétricas. Si se mantiene la hipótesis nula, se aplica la *t* de Student para grupos independientes, verificando antes la homocedasticidad. Si no se cumple, se opta por una prueba no paramétrica. Si $p < 0,001$, se revisan las medias y se interpreta el tamaño del efecto. Si se asume una hipótesis alternativa, se aplica la U de Mann-Whitney, reportando el valor Z y los rangos promedios.

La tercera hipótesis analiza si el temperamento influye en la disposición a opinar en clase. Tras comprobar la normalidad, si $p > 0,001$, se emplea ANOVA simple. Se analiza la significación, la eta al cuadrado y la potencia observada. Si se rechaza la hipótesis nula, se usan pruebas *post hoc*: Tukey si hay homocedasticidad, Games Howell si no. En caso de no normalidad, se usa Kruskal-Wallis, y si $p < 0,001$, se aplican comparaciones dos a dos con Mann-Whitney.

La cuarta hipótesis examina si el respeto percibido por parte de un profesor que no comparte valores varía según el sexo y el curso del estudiante. Se utiliza una ANOVA de dos factores, asumiendo normalidad. Se analiza la significación, tamaño del efecto y potencia observada. Si $p < 0,001$, se revisan medias y desviaciones. Si hay variables politómicas, se aplica la prueba *post hoc* de Bonferroni.

Resultados

El análisis de los resultados de la investigación, se organizó según las hipótesis previamente planteadas. En cuanto al análisis de la primera hipótesis, se empezó por identificar las variables: el nivel de identificación con los valores de la universidad y el nivel de sentimiento propio de pertenencia, ambas de naturaleza cuantitativa. La naturaleza de la hipótesis buscaba establecer una relación positiva y significativa entre estas dos variables, indicando la necesidad de una prueba de correlación. Al no asumir la normalidad de los datos observados en la tabla 1, tanto en Kolmogorov-Smirnov como en Shapiro-Wilk, se optó por la prueba de correlación no paramétrica de Spearman ($p < 0,001$) que no requiere la comprobación de otro supuesto.

Tabla 1. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadísticos	df	Sig.	Estadísticos	df	Sig.
Me siento identificado con los valores de mi universidad (H1)	0,186	80	<0,001	0,910	80	<0,001
Me siento cómodo/satisfecho en la universidad (H1 y H2)	0,241	80	<0,001	0,851	80	<0,001

Nota. Significación con corrección de Lilliefors para el test de Kolmogorov-Smirnov.

Una vez elegida la prueba, se analizó la información utilizando el programa SPSS. La significatividad de la prueba (tabla 2) evidenció una relación estadísticamente significativa entre la identificación con los valores de la universidad y el sentimiento de comodidad en la misma ($RS = 0,622$; $p < 0,001$). Los estadísticos descriptivos confirmaron una relación positiva y una intensidad media-alta entre ambas variables.

Tabla 2. Tabla de correlación

		Me siento identificado con los valores de mi universidad (H1)	Me siento cómodo/satisfecho en la universidad (H1 y H2)
Spearman's rho	Me siento identificado con los valores de mi universidad (H1)	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,622*
		N	<0,001
		80	80
	Me siento cómodo/satisfecho en la universidad (H1 y H2)	Coeficiente de correlación	0,622**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	<0,001
		80	80

Nota. *La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Finalmente, al evaluar si se cumplía la hipótesis teórica, se concluyó que, de acuerdo con los resultados obtenidos ($RS = 0,622$; $p < 0,001$), la hipótesis se cumplió en el sentido esperado. En otras palabras, se confirmó que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la identificación con los valores de la universidad y el nivel de satisfacción en la misma.

Se experimentará un mayor sentimiento de comodidad y satisfacción en el entorno universitario cuanto mayor sea la identificación con los valores de la universidad.

En la segunda hipótesis, se observó una inferencia con una variable categórica dicotómica (Universidad Complutense/Francisco de Vitoria) y una cuantitativa (nivel de satisfacción). El objetivo principal fue la comparación de ambos grupos, siendo necesario comprobar el supuesto de normalidad (tabla 3) para determinar el tipo de prueba que se debe de llevar a cabo. No se asumió el supuesto de normalidad en el nivel de satisfacción ($p < 0,001$), tanto en Kolmogorov-Smirnov como en Shapiro-Wilk.

Tabla 3. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadísticos	df	Sig.	Estadísticos	df	Sig.
Me siento cómodo/satisfecho en la universidad (H1 y H2)	0,241	80	<0,001	0,851	80	<0,001

Nota. Significación con corrección de Lilliefors para el test de Kolmogorov-Smirnov.

Dado que no se asumió el supuesto de normalidad, la prueba adecuada fue U Mann-Whitney (tablas 4 y 5), que no requiere la comprobación de otro supuesto.

Tabla 4. Tabla de rangos promedios

	Universidad (H2)	N	Media de los rangos	Suma de los rangos
Me siento cómodo/satisfecho en la universidad (H1 y H2)	1	37	43,47	1608,5
	2	43	37,94	1631,50
Total		80		

Nota: Universidad Francisco de Vitoria (1) /Universidad Complutense (2).

Tabla 5. Tabla de estadísticos^a

Me siento cómodo/satisfecho en la universidad (H1 y H2)	
Mann-Whitney U	685,500
Wilcoxon X	1631,500
Z	-1,132
Asymp.Sig. (2-tailed)	0,258
Asymp. Sig.	0,258

a. Variable: 2 Universidad (H2)

Nota: $p > 0,001$

El análisis de los datos reveló que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción entre los estudiantes. Como consecuencia, la hipótesis alternativa planteada en el estudio no se confirmó, lo que sugiere que las variaciones esperadas en la satisfacción no se evidencian dentro de la muestra analizada ($Z = -1,132$; $p > 0,001$).

Los participantes de la Universidad Francisco de Vitoria ($N = 37$) presentaron un nivel de satisfacción, respecto a su universidad, similar al de la Universidad Complutense ($N = 43$). Al no ser significativa, no se revisaron los rangos promedios.

La tercera hipótesis tenía como variables el tipo de temperamento y la disposición de los estudiantes a dar su opinión (tabla 6). El objetivo de esta hipótesis consistió en comparar ambas variables. En primer lugar, se revisó el supuesto de normalidad; al ser $p < 0,001$ no se asume.

Tabla 6. Prueba de normalidad

Estadísticos	df	Sig.	Shapiro-Wilk			
			Estadísticos	df	Sig.	
Cómo estoy de dispuesto a dar mi opinión en clase (H3)	0,202	80	<0,001	0,907	80	<0,001

Nota. a. Corrección de significancia de Lilliefors.

Al no darse la normalidad, se realizó la prueba de Kruskal-Wallis (tablas 7 y 8). En este tipo de pruebas, no es necesario revisar otros supuestos.

Tabla 7. Tabla de estadísticos^{a, b}

Cómo estoy de dispuesto a dar mi opinión en clase (H3)	
Kruskal-Wallis H	0,930
df	3
Asymp. Sig.	0,818

Nota a. Prueba de Kruskal Wallis. b. Grouping Variable: tipo de temperamento (H3).
 $p > 0,001$

Tabla 8. Tabla de rangos promedios

Tipo de temperamento (H3)		N	Media de rangos
Cómo estoy de dispuesto a dar mi opinión en clase (H3)	1	37	39,22
	2	11	46,23
	3	17	38,97
	4	15	41,20
	Total	80	

Nota: 1 (sanguíneo) / 2 (flemático) / 3 (colérico) / 4 (melancólico).

Revisando la significatividad de la prueba, se comprobó que no existe un efecto significativo entre el tipo de temperamento y dar la opinión en clase ($Z = 0,930$; $p < 0,001$).

En conclusión, no se cumple la hipótesis teórica, puesto que no se ha comprobado que el tipo de temperamento de una persona influya en la disposición a dar la opinión en clase ($Z = 0,930$; $p < 0,001$).

En la cuarta hipótesis, se observó una inferencia con más de una variable categórica politómica (sexo: hombre o mujer / curso universitario: 1.º o 2.º; 3.º, 4.º o 5.º) y una cuantitativa (respeto por parte de un profesor que no comparte los mismos valores). El objetivo fue la comparación de grupos de variables diferentes para ver si existe un efecto de interacción entre las variables independientes. En esta prueba, se debe asumir el supuesto de normalidad, ya que no existe la prueba no paramétrica. En este estudio, por la poca representatividad de la muestra, resulta una prueba no paramétrica, obteniendo una $p < 0,001$. Se realizó la prueba de ANOVA factorial (tabla 9).

Tabla 9. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estadísticos	df	Sig.	Estadísticos	df	Sig.
Cómo me siento de respetado por parte de un profesor que no comparte mi opinión (H4)	0,182	80	<0,001	0,913	80	<0,001

Nota. a. Corrección de significancia de Lilliefors.

Se requirió la comprobación del supuesto de homocedasticidad ($p < 0,001$). Para ello, se revisaron los valores de Levene (tabla 10), que permiten comprobar la dispersión, pero en esta prueba no se toman decisiones a partir del supuesto. Los grupos no se pudieron considerar homogéneos, por lo que, aunque se prosigue con la prueba, este supuesto se tomará como una limitación.

Tabla 10. Prueba de Levene para la igualdad de varianzas

		Estadístico de Levene			
		Estadístico	df1	df2	Sig.
Cómo me siento de respetado por parte de un profesor que no comparte mi opinión (H4)	Basado en media	4,388 ^a	3	76	0,007
	Basado en mediana	3,926	3	76	0,012
	Basado en la	3,926	3	65,404	0,012
	Basado en la media recortada	4,447	3	76	0,006

Nota. a. Variable dependiente: cómo me siento de respetado por parte de un profesor que no comparte mi opinión (H4).

Se contrastó la hipótesis nula de igualdad de varianzas del error de la variable dependiente entre los grupos.

Tabla 11. Efecto de interacción entre variables cualitativas. Pruebas de efectos entre sujetos

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	df	Cuadrado medio	F.	Sig.	Eta cuadrado parcial	Parámetro no centrado	Potencia observada
Modelo corregido	4,096	3	1,365	1,013	0,392 ^b	0,038 ^a	3,040	0,265

Intercepto	344,505	1	344,505	255,708	<0,001	0,771	255,708	1
Género	0,211	1	0,211	0,157	0,693	0,002	0,157	0,068
Curso universitario	2,635	1	2,635	1,956	0,166	0,025	1,956	0,282
Género + Curso universitario	2,816	1	2,816	2,090	0,152	0,027	2,090	0,298
Error	102,392	76	1,347					
Total	945,000	80						
Total corregido	106,488	79						

Nota. a. R cuadrado = 0,038 (R cuadrado ajustado = 0,001). b. Calculado usando alfa = 0,05; $p > 0,001$

Al haber obtenido una hipótesis nula y no existir una interacción significativa entre las variables independientes sexo y curso universitario ($p > 0,001$), se observó que no se cumple la hipótesis alternativa formulada del principio (tabla 11). No hizo falta revisar las pruebas de Bonferroni, las medias o la potencia observada.

Discusión

A continuación, se comprueba si se ha cumplido cada hipótesis planteada en el estudio previo. La primera hipótesis se cumple, existiendo una relación estadísticamente significativa y positiva; es decir, en el contexto específico del estudio, las variables analizadas se influyen mutuamente de una manera significativa, lo que valida las hipótesis iniciales. Sin embargo, en las restantes, la segunda, tercera y cuarta hipótesis, no se cumplen las hipótesis teóricas planteadas al no existir para ello diferencias o interacción entre las variables. Este resultado sugiere que los factores considerados no tienen la relación esperada o que las variables no interactúan de manera anticipada, lo que abre la puerta a futuras investigaciones que puedan considerar variables adicionales o modificar el enfoque metodológico.

Se ha investigado acerca de otros estudios que consideran variables relacionadas a este. En la investigación llevada a cabo por

Castillo et al. (2006), se exploraron las estrategias de enseñanza y su impacto en el aprendizaje de los estudiantes. Este estudio enfatiza la importancia del rol del profesor en los diversos aspectos de la experiencia educativa. Una de las conclusiones a las que se llegó es que la influencia del docente en la motivación y atención de los estudiantes en el aula es muy significativa, lo que refuerza la idea de que un profesor comprometido y capacitado puede generar un entorno que favorezca la participación activa y la reflexión crítica entre los estudiantes. La manera en la que los profesores llevan a cabo su trabajo es esencial para captar el interés de los estudiantes, siendo un factor crucial que afecta directamente al nivel de participación y compromiso de los alumnos con el proceso educativo (Castillo et al., 2006).

En comparación con la investigación del trabajo presente, se observa una relación positiva entre los valores que se comparten con el profesor y la forma en la que da sus clases con el interés y compromiso que pongan los alumnos. En el momento en el que los docentes son facilitadores de un ambiente educativo enriquecedor y, además, respetan o comparten las opiniones de los alumnos, es más probable que estos desarrollen un sentido de pertenencia y conexión con el centro en el que estudian (Castillo et al., 2006).

Otro estudio que comparte una de las hipótesis planteadas es el de Barroso y Gonzalez-Monteaudo, (2018). El estudio se enfoca en las perspectivas de estudiantes universitarios brasileños sobre autoridad, poder y ética de profesores y su impacto en la enseñanza-aprendizaje. La investigación revela que la imposición ideológica por parte de los profesores es común y afecta a la autonomía de los estudiantes, que adoptan la perspectiva de este para aprobar. Esta imposición produce también la limitación del contenido de la asignatura según las preferencias del profesor y la restricción a desarrollar sus propias ideas. En conclusión, el estudio muestra que algunos profesores imponen creencias en el aula, afectando a la libertad de los estudiantes, lo que limita las diferentes perspectivas y afecta a su aprendizaje.

Del mismo modo que se han hallado relaciones significativas entre las distintas variables que afectan en la educación y percepción del alumno universitario, se han podido establecer algunas directrices acerca de cómo fomentar un buen desarrollo de la actividad académica. Lo primero para combatir el poder de la au-

toridad negativa es el fomento y desarrollo del pensamiento crítico. Son varios los estudios que muestran la relevancia de este factor en los jóvenes. Escribano-Muñoz et al. (2024) lo relacionan con el ámbito de las redes sociales, donde ve una gran fuente de información ambigua y altamente influyente para los jóvenes. Es por ello que resaltan la falta de atención a políticas educativas orientadas a una alfabetización mediática o crítica digital. Por otro lado, Mora-Ramírez (2023) también propone una estrategia de afrontar este problema desde el uso de paradojas. Estas ayudan a sacar deducciones y poner en duda principios que *a priori* se tendrían claros, invitando al individuo a opinar y entrar en discusión con sus compañeros, generando un fuerte pensamiento crítico.

Otra recomendación para conseguir este objetivo, aludiendo al artículo mencionado anteriormente de Lewin, es el uso de un estilo democrático en la enseñanza, de manera que el profesor permite que sus alumnos debatan, pregunten y opinen sobre los temas expuestos alcanzando un diálogo que incluya a los jóvenes activamente en el proceso de aprendizaje (Lewin et al., 1939).

Por otro lado, Pedraja-Rejas y Rodríguez-Cisterna (2023) abogan por la innovación constante, por parte del profesorado, de estrategias comunicativas y prácticas a la hora de aprender. Defienden el fomento de la cooperación y el uso de los cinco sentidos en las tareas para lograr captar y mantener la atención. Explican la importancia de crear con estas técnicas un ambiente de respeto y motivación donde cada alumno se sienta cómodo dando su punto de vista.

Limitaciones de la investigación y sugerencias para futuras investigaciones

El estudio presenta varias limitaciones relacionadas con las decisiones metodológicas. La muestra, obtenida por conveniencia y mediante el efecto «bola de nieve», no es representativa, lo que puede generar sesgos y limitar la generalización de los resultados. Además, las preguntas cerradas del cuestionario condicionan las respuestas y hubiera sido útil incluir preguntas abiertas para una comprensión más profunda.

También se identifican variables no controladas, como las diferencias culturales o sociales entre los participantes, y factores,

como el acuerdo social, que pueden haber influido en las respuestas. El tamaño reducido de la muestra impidió aplicar pruebas estadísticas más potentes como la ANOVA, y la corta duración del estudio limitó el alcance y la diversidad de las respuestas.

Faltó información sobre variables relevantes como la edad y grado universitario. Estas limitaciones sugieren la necesidad de diseños más rigurosos en futuras investigaciones, así como ampliar el enfoque a otros contextos como el laboral, social o político, y a variables como la modalidad de enseñanza o factores socioeconómicos.

Tras analizar las limitaciones del estudio, se proponen diversas mejoras metodológicas. En primer lugar, sería conveniente utilizar un muestreo probabilístico para lograr mayor representatividad de la población. También se sugiere ampliar la cantidad de preguntas y complementar los cuestionarios con entrevistas, lo que permitiría obtener datos más precisos. Asimismo, un estudio más extenso y prolongado en el tiempo permitiría controlar mejor las variables y aumentar el tamaño de la muestra.

Conclusiones e implicación para el fenómeno de estudio

Esta investigación explora cómo la figura de autoridad del profesor influye en los alumnos dentro del entorno universitario, considerado un espacio de vulnerabilidad para estos últimos. Se analizaron variables como el temperamento, la comodidad en la universidad y la percepción del respeto por parte del profesorado.

Los resultados mostraron una relación significativa entre la identificación con los valores universitarios y el sentimiento de pertenencia, pero no se hallaron diferencias en la satisfacción según universidad, sexo o curso. Tampoco se observaron interacciones entre el respeto percibido y el temperamento o la disposición a opinar.

Aunque se usó una escala de Likert, la subjetividad y el sesgo social pudieron afectar la validez de las respuestas. A pesar de las limitaciones –como el tamaño reducido de la muestra y la dificultad de abarcar todas las variables– el estudio aporta información útil para mejorar la experiencia universitaria y ofrece una

base para futuras investigaciones sobre la relación entre autoridad y vulnerabilidad en contextos educativos.

Referencias

- Algar, A. M., García, R. y De Miguel, A. (2023). La tríada oscura desde una perspectiva transdiagnóstica: Rasgos sociales de temperamento, regulación emocional y metacognición. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28(3), 213-223. <https://doi.org/10.5944/rppc.38800>
- Arendt, H. (1996). *Entre el pasado y el futuro: ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Península.
- Bar-Tal, D., Raviv, A., Raviv, A., & Brosh, M. E. (1991). Perception of epistemic authority and attribution of knowledge to teacher. *European Journal of Social Psychology*, 21(6), 477-492. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420210602>
- Barroso Tristán, J. M. y González-Montegudo, J. (2018). Perspectivas de estudiantes universitarios sobre autoridad, ética e ideología. *Perfiles educativos*, 40(161), 69-86. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982018000300069
- Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., & Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. Basic Books.
- Bochenski, J. M. (1979). *¿Qué es la autoridad?* Herder.
- Castillo V., Yahuita J. y Garabito R. (2006). Estrategias para un aprendizaje significativo. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 51(1), 96-101. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762006000100015&script=sci_arttext
- Crochick, J. L., Rufo, D. S., Reginaldo, F., Paschoaleto, M. A. y Pucci, R. (2025). Autoridade e autonomia no contexto da violência escolar. *Educação & Sociedade*, 46. <https://doi.org/10.1590/es.286612>
- Escribano-Muñoz, C., Gil-Fernández, R. y Calderón-Garrido, D. (2024). Confluencias entre pensamiento crítico y redes sociales en el ámbito educativo. Mapeo de experiencias y detección de desafíos a través de una revisión sistemática. *Revista Complutense de Educación*, 35(2), 363-379. <https://doi.org/10.5209/rced.85615>
- Fernández-Menor, I. (2023). El enganche y sentido de pertenencia escolar en Educación Secundaria: conceptos, procesos y líneas de actuación. *Revista de Investigación En Educación*, 21(2), 156-171. <https://doi.org/10.35869/reined.v21i2.4597>

- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Gadamer, H. G. (1990). *Verdad y método* (Vol. 1). Sígueme. (Obra original publicada en 1960)
- Gutiérrez, E. y Ahumada, J. V. (2016). Creencias epistemológicas de estudiantes universitarios y reconocimiento de autoridad epistémica al docente. *IRICE*, 31, 11-43. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/102961>
- Harris, P. E., Gordon, A. M., Dover, T. L., Small, P. A., Collins, N. L., & Major, B. (2022). Sleep, emotions, and sense of belonging: A daily experience study. *Affective Science*, 3(2), 295-306. <https://doi.org/10.1007/s42761-021-00088-0>
- Hermida, C. (2000). Poder y autoridad. *Isomía*, 13, 179-190. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182000000200179
- Izaguirre, L. A., Rodríguez-Fernández, A., y Fernández-Zabala, A. (2023). Perceived academic performance explained by school climate, positive psychological variables and life satisfaction. *British Journal of Educational Psychology*, 93, 318-332. <https://doi.org/10.1111/bjep.12557>
- Kraatz, M. S., Flores, R. y Chandler, D. (2020). The Value of Values for Institutional Analysis. *Academy Of Management Annals*, 14(2), 474-512. <https://doi.org/10.5465/annals.2018.0074>
- Kruglanski, A. W. (1989). *Lay epistemics and human knowledge: Cognitive and motivational bases*. Plenum Press.
- Lewin, K., Lippitt, R. y White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created 'social climates'. *The Journal of Social Psychology*, 10(2), 271-299. https://tu-dresden.de/mn/psychologie/ipep/lehrlern/ressourcen/dateien/lehre/lehramt/lehrveranstaltungen/Lehrer_Schueler_Interaktion_SS_2011/Lewin_1939_original.pdf?lang=de
- Marcelo, D. S. (28 de mayo de 2015). El experimento Stanford. *Revista pensamiento penal*. <https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/41348-experimento-stanford>
- Milgram, S. (1974). *Obediencia a la autoridad*. Capitan Swing.
- Mora-Ramírez, R. F. (2023). Uso de las paradojas como recursos didácticos que desarrollan el pensamiento crítico en los estudiantes. *Sophia*, 35, 249-279. <https://doi.org/10.17163/soph.n35.2023.08>
- Pardo, A., Ruiz M. A. y San Martín, R. (2015). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud* (2.ª ed.). Editorial Síntesis.

- Pedraja-Rejas, L. y Rodríguez-Cisterna, C. (2023). Habilidades del pensamiento crítico y liderazgo docente: propuesta con perspectiva de género para la formación inicial. *Revista Venezolana de Gerencia*, 28(104), 1667-1684. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.28.104.17>
- Perry, W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years: A scheme*. Holt, Rinehart and Winston.
- Rodríguez, E. M., Vázquez, E. B. y Rodríguez, A. A. B. (2006). La comunicación interna como proceso dinamizador para fomentar valores institucionales y sustento de una identidad universitaria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40(5), 1-9. <https://doi.org/10.35362/rie4052488>
- Sahithya, B. y Raman, V. (2021). Parenting Style, Parental Personality, and Child Temperament in Children with Anxiety Disorders—A Clinical Study from India. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 43(5), 382-391. <https://doi.org/10.1177/0253717620973376>
- Salomone, G. y Fariña, J. (2013). El experimento de Stanley Milgram: cuestiones éticas y metodológicas. *Aesthethika*, 9(1), 7-14. <https://www.aesthethika.org/El-experimento-de-Stanley-Milgram-cuestiones-eticas-y-metodologicas>
- Yasui, M., Pottick, K. J. y Chen, Y. (2017). Conceptualizing Culturally Infused Engagement and Its Measurement for Ethnic Minority and Immigrant Children and Families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(3), 250-332. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0229-2>
- Zimbardo, P. (1900). *El efecto de Lucifer: el porqué de la maldad*. Paidós.

Ciudadanía activa e ideología en la encrucijada de la izquierda: entre el marxismo conservador y el populismo de izquierda

EDGAR JOSÉ CAMACHO RANGEL
Universidad Francisco de Vitoria (Madrid, España)

Resumen

Este trabajo analiza la encrucijada teórica de la izquierda contemporánea europea a partir del debate entre Slavoj Žižek y Ernesto Laclau; es decir, dos paradigmas opuestos: el marxismo conservador y el populismo de izquierda. El objetivo principal es proponer un modelo epistemológico basado en las nociones de *poiesis*, *prâxis* y *theoría* como herramientas analíticas para evaluar las formas actuales de participación ciudadana en clave ideológica. Metodológicamente, se sigue un enfoque crítico-interpretativo basado en el análisis filosófico de textos que expresan las propuestas de estos autores y la forma en la que chocan entre ellos, así como en el análisis del discurso y documentos de los dos partidos que se toman como referencia: Syriza y Podemos. Los resultados arrojan que la *poiesis*, como aspecto económico, se ha transformado bajo el populismo en un instrumento discursivo, mientras que la *prâxis*, cuando los partidos han llegado al poder, se ha revelado contradictoria: los partidos hacen cosas distintas a las que dicen. La *theoría*, como herramienta de reflexión, destaca los límites de ambos enfoques: el populismo busca el éxito estratégico en antagonismos simbólicos en detrimento de la lucha de clases, mientras que el marxismo conservador de Žižek, aunque objetivo y radical, carece de posibilidades prácticas. La conclusión, a su vez, detalla que la ciudadanía activa, comprendida como fuerza para la transformación, desaparece en ambas propuestas ideológicas. La izquierda, por su parte, enfrenta una dicotomía entre eficacia táctica (ganar elecciones) y profundidad estratégica (verdaderos cambios), dejando al marxismo como una especie de cáscara vacía.

Palabras clave: ciudadanía activa, *poiesis-prâxis-theoría*, populismo de izquierda, marxismo conservador.

Introducción

La izquierda política europea ha transitado un complejo proceso de redefinición ideológica y estratégica desde hace décadas, enfrentando el desafío de reconstruir su legitimidad frente a la crisis de representación, la hegemonía del capitalismo y la fragmentación de su sujeto político (por ejemplo, Habermas, 1991). En este contexto, dos paradigmas han emergido como núcleos que buscan dar sentido a esta disputa teórica contemporánea: por un lado, el marxismo conservador representado por Slavoj Žižek, quien propone una relectura radical de la tradición marxista a través del psicoanálisis lacaniano y una crítica profunda al populismo como aspiración política y, por otro, el populismo de izquierda formulado por Ernesto Laclau, que entiende la construcción hegemónica como articulación discursiva de particularidades con tendencias a la universalización.

La presente investigación parte de esta encrucijada para problematizar el concepto de ciudadanía activa en cuanto a la interpretación que se hace desde la ideología, en este caso, desde la izquierda representada en esos dos autores. Este debate no se ha quedado en la mera cuestión teórica, sino que ha tenido consecuencias prácticas que aún hoy siguen vivas, como queda demostrado con la aparición de Syriza en Grecia y Podemos en España, experiencias que han servido como laboratorio práctico del pensamiento laclaudiano en detrimento del žižekiano.

La propuesta de este trabajo no es solo teórico-comparativa, sino que propone un modelo epistemológico basado en las categorías de *poiesis* (producción), *prâxis* (acción política) y *theoría* (reflexión), una herramienta que permite examinar integralmente las dinámicas entre estructuras materiales, acción (política) y discurso. Utilizando todos estos elementos, se pretende facilitar tanto la lectura comparativa de las propuestas de Žižek y Laclau como la evaluación crítica de los resultados obtenidos por los movimientos/partidos políticos mencionados. Así entendido, el presente capítulo busca delimitar los alcances y las limitaciones de dichas teorías, así como ofrecer una herramienta teórica para repensar el papel de la ciudadanía en el marco político contemporáneo visto desde la izquierda.

Las categorías mencionadas obedecen a las herramientas conceptuales que maneja Marx como pensador de su tiempo, here-

dero de una tradición intelectual occidental que parte del conocimiento clásico de los griegos. Los griegos entendían y organizaban sus polis en función de estos tres órdenes, *techné/poiesis*, *prâxis* y *theoría*, definidos como la actividad del artesano y su producción, la actividad definida en hábitos y costumbres sociales y la contemplación y reflexión propias de la capacidad analítica del hombre. Estos elementos llegan a Marx a través del pensamiento de la Ilustración, la economía inglesa, el socialismo francés y, en especial, del idealismo de Hegel.

Metodología

Diseño

En el presente trabajo se adoptó un diseño de investigación cualitativo de tipo exploratorio y analítico, sustentado en una metodología crítica-interpretativa. Por medio del diseño, se examinó el pensamiento de Žižek y Laclau, mientras que el aspecto crítico-interpretativo buscó establecer la relación de ese pensamiento con el fenómeno de la participación ciudadana y su aplicación en experiencias políticas concretas.

Participantes

Al tratarse de un estudio teórico y documental, los sujetos de análisis son los textos de los autores que participan del debate (Žižek y Laclau), así como su influencia en los movimientos/partidos Syriza (Grecia) y Podemos (España), en tanto expresiones políticas que sirven como ejemplo de esa lucha interna en la izquierda y que buscan movilizar a la ciudadanía hacia un cambio.

Instrumentos

Los principales instrumentos utilizados son las categorías de análisis basadas en el modelo epistemológico propuesto, *poiesis-prâxis-theoría*, con el fin de sistematizar los elementos encontrados en la práctica política.

Procedimientos

El proceso metodológico parte con la elección y revisión de las principales obras de Slavoj Žižek y Ernesto Laclau, así como un texto compartido que es muy importante para el debate *Contingencia, hegemonía, universalidad: diálogos contemporáneos en la izquierda* (2000) y estudios secundarios relevantes. Posteriormente, se realizó un análisis de escritos fundacionales y las propuestas políticas de Syriza y Podemos, tomando en cuenta tanto sus inicios como movimientos y luego su organización como partidos y relativo triunfo electoral. Finalmente, se procede a integrar los hallazgos teóricos y empíricos en una estructura sintética basada en el modelo epistemológico *poiesis-prâxis-theoría*.

Análisis de datos

El análisis tiene tres niveles. Primero, se interpretaron los fundamentos ideológicos de Žižek y Laclau, contrastando sus postulados sobre ideología, hegemonía y emancipación. En segundo lugar, se aplicó el modelo epistemológico propuesto para interpretar las propuestas políticas de Syriza y Podemos, atendiendo a la dimensión productiva (*poiesis*), organizativa (*prâxis*) y reflexiva (*theoría*). Por último, se sintetizaron los resultados para identificar tensiones, límites y potencialidades de ambos enfoques, en especial, dando la vuelta a la cuestión, ya no viendo la teoría como fuente que informa a la práctica, sino a la práctica mostrando la realidad a la teoría.

Resultados

- La *poiesis* (producción) juega un rol clave en la construcción del discurso populista en Syriza y Podemos, solo que esta idea economicista, de origen marxiano, es atravesada por la idea de narrativa, muy cercana a la *theoría*, y de *prâxis*, especialmente, en la idea de acción política y movimientos sociales que aúnan particularidades para generar una hegemonía. Ejemplo de ello es la lucha contra la troika de Syriza y pueblo contra la casta de Podemos.

- La *prâxis* (acción política) es el eje central de la propuesta que, siguiendo los postulados laclaudianos, tuvo a ambos partidos siguiendo una estrategia populista: con Syriza enfrentando la contradicción entre su retórica antiausteridad y la negociación con la Unión Europea, y Podemos apostando por una institucionalización progresiva.
- La *theoría* (reflexión) tiene un papel central por la cercanía con los postulados postmarxistas de Laclau y, en menor medida, de Mouffe.
- Žižek queda relegado al papel de un intelectual de izquierda, importante en sus aportes, pero cuyas propuestas de acción no son seguidas por considerarse radicales.

En el caso de Syriza (Grecia), los resultados serían los siguientes:

- Syriza representa un caso paradigmático donde la *poiesis* populista se manifestó en una retórica antiausteridad que capturó la indignación social tras la crisis financiera de 2008.
- La *prâxis* política, sin embargo, mostró los límites de esta estrategia cuando, tras el referéndum de 2015 contra el rescate financiero, el partido se vio obligado a aceptar las condiciones de la troika, generando una fractura con su base social.

Desde la *theoría*, este caso demuestra la tensión entre la construcción hegemónica y las restricciones estructurales del capitalismo global, sugiriendo que cualquier estrategia de transformación política debe considerar no solo la articulación discursiva, sino también la capacidad material de resistir presiones externas.

En el caso de Podemos (España), se pueden brindar los siguientes resultados:

- La estrategia de Podemos está estrechamente relacionada con el populismo propuesto por Laclau.
- La utilización de la *poiesis* en la construcción discursiva del antagonismo entre la gente y la casta determina su estrategia de participación ciudadana.
- En términos de *prâxis*, la transición del movimiento 15M a un partido institucionalizado ha generado tensiones entre su base activista y la dirección política, revelando los límites del populismo en la transformación del Estado.

- Desde la *teoría*, se observa que Podemos ha tenido dificultades para mantener su identidad política a medida que ha asumido responsabilidades gubernamentales, sobre todo en lo que atañe a su intención de considerarse socialista, lo que confirma la advertencia de Žižek sobre el populismo como una estrategia insuficiente para un cambio estructural profundo. Esto lo explica muy bien Žižek cuando analiza el papel de Lenin entre la Revolución de Febrero y Octubre de 1917, donde existe un desajuste entre la forma y el contenido, ya que se hizo la revolución, pero no se cambió nada, por lo que había que hacer la verdadera revolución y no solo contentarse con el éxito de un partido; la crítica del filósofo esloveno implica una distancia radical con Podemos y Laclau.

¿Y si el partido «bueno» gana las elecciones libres y lleva a cabo «legalmente» la transformación socialista? La expresión más clara de esta ilusión, rayando el ridículo, la tenemos en la tesis de Karl Kautsky, formulada en la década de los veinte, de que la forma política lógica de la primera fase del socialismo, del paso del capitalismo al socialismo, es la coalición parlamentaria de partidos burgueses y proletarios. (Žižek, 2004).

Discusión

Marx organiza la sociedad de una manera topográfica, donde la base/estructura se representa en las fuerzas productivas y la superestructura se representa en la política y los relatos religiosos y filosóficos; es decir, en Marx la cuestión sería así: *poiesis/estructura*, sosteniendo a *prâxis-teoría/superestructura*. Esta interpretación conlleva a entender a la sociedad como una suerte de organización piramidal donde unos pocos disfrutan, materialmente, de la realidad creada por los muchos. En este sentido, la sociedad deviene injusta, organizada en clases y definida de tal forma que el *status quo* no se toque. Este es el punto de partida de ambos autores trabajados aquí, solo que la interpretación de tal cuestión ha pasado por filtros muy distintos, tanto en Žižek como en Laclau. Se podría comenzar por Laclau: en uno de sus primeros escritos, cuando intentaba deslastrarse de la izquierda hegeliana, Marx escribió su *Contribución a la crítica*

de la filosofía del derecho de Hegel (1844), en la que plantea lo siguiente:

Para que la revolución de una nación y la emancipación de una clase particular de la sociedad civil coincidan, para que una clase sea reconocida como la clase de toda la sociedad, todos los defectos de la sociedad deben concentrarse a la inversa en otra clase, una clase particular debe ser el escollo general, donde se resuman los obstáculos generales, una esfera social particular debe ser considerada como el crimen manifiesto de toda la sociedad, de modo que la liberación de esa esfera aparezca como la autoliberación general. Para que una clase sea por excelencia la clase de la liberación, otra debe ser, a la inversa, la clase evidentemente opresora. (Marx, 1975, p. 185)

Sobre este pequeño extracto, Laclau indica «que podría considerarse como el grado cero de la hegemonía» (Laclau, 2000, p. 49). La razón de ser de ello estriba en que las condiciones que Marx propone en su visión topográfica no toman en cuenta los efectos universalizantes de una particularidad en un momento dado de la política, es decir, cuando una particularidad hegemoniza de alguna forma el poder en la sociedad y la controla. En la teoría de Marx, la *poiesis*, aquello que se produce y quien lo controla, ejerce un poder central que deviene en una dicotomía que simplifica las cosas en la historia: proletarios y burgueses, todas las demás clases (campesinos, clase media industrial, pequeños burgueses) colapsan en uno u otro lado sin remedio (según Marx, la mayoría colapsará en proletarios). Esto implica que tanto la *prâxis* como la *theoría* estén sujetas a este acontecimiento; sin embargo, en el caso que propone Marx, que es el que toma Laclau, la realidad no se explica en ese colapso futuro, sino que tiene una mediación política importante, una participación muy destacada de la *prâxis*:

la emancipación, en el primer caso, conduce a una plenitud sin mediación: la recuperación de una esencia que no requiere externalidad alguna para ser lo que es. En el segundo caso, por el contrario, para construir el discurso emancipatorio se necesitan dos mediaciones: primero, la transformación de los intereses particulares del sector dominante ascendente en discurso emancipatorio de toda la so-

ciudad; y segundo, la presencia de un régimen de sujeción, que es la condición misma de tal transformación. (Laclau, 2000, p. 51)

Para Laclau, la emancipación pasa por una especie de conjunción, de unión de particularidades que devienen en una posibilidad de universalización mediada por cuestiones políticas. No hay clase llamada a ser la que libere a todas las clases, no hay razón de ser de la historia ni posición objetiva de nadie en la esfera socio-política; la contingencia, la coyuntura y demás cuestiones propias de la organización política de la sociedad son las formas de generar una posibilidad de transformación de la misma. En ese sentido, lo importante radica en la idea de construir pueblo, en lo que para Laclau resulta ser el populismo: la construcción del pueblo a través del discurso y las cadenas de equivalencia que se encuentran en las particularidades sujetas a la opresión del sistema.

En los casos que se han propuesto, la manifestación de la idea laclaudiana de populismo se expresa en documentos como *Mover ficha*, donde Podemos planteaba convertir la indignación en cambio político. Este documento combinaba, tal como Laclau, la idea de *poiesis* como elemento central, pero no en el sentido objetivo que le daba Marx, sino como herramienta discursiva, es decir, una herramienta para la *prâxis*. Así lo comentan en el primer artículo de este documento: «es la ciudadanía la que tiene que decidir, no la minoría egoísta que nos ha traído hasta aquí. Primero van las necesidades de la gente. La austeridad y los recortes ahogan la economía y nuestras vidas» (Monedero et al., 2014). La cuestión radica en que las cuestiones económicas (la *poiesis*) sirvan para el desarrollo de un discurso que valga para aunar la indignación como punto de partida para alcanzar el poder político. En ese sentido planteaban:

La casta nos conduce al abismo por su propio beneficio egoísta. Solo de la ciudadanía puede venir la solución, como han venido la protección del empleo, la defensa de las familias frenando desahucios o la garantía de los servicios públicos, pequeñas pero significativas victorias. (Monedero et al., 2014)

El antagonismo casta-gente hace la labor de dividir a la sociedad en ese planteamiento de Marx interpretado por Laclau: que una clase sea el crimen manifiesto de toda la sociedad para que

otra sea la clase que represente a los oprimidos por dicho crimen. Lo mismo pasa con Syriza, aunque de forma más radical, puesto que este partido se involucró con una estrategia directa basada en las ideas de Laclau en lo que se podría llamar conocimiento de causa, es decir, que sabían que, en el contexto griego, dadas las condiciones sociopolíticas, había oportunidad de aprovechar la brecha tan amplia que se habría cada vez más entre las instituciones y el pueblo. Esta brecha tenía a Grecia sumida en grandes manifestaciones y movimientos relativamente espontáneos:

Estos incluían los llamados «Aganaktismenoi», que siguieron a las manifestaciones contra la austeridad del homónimo «Indignados» en España. De hecho, SYRIZA fue probablemente el único partido que se involucró con las demandas de los manifestantes y se unió a ellos en las calles. Es allí donde se empezó a formar una cadena de equivalencias entre diferentes grupos y reivindicaciones a través de una oposición compartida frente a las estructuras políticas europeas y griegas, más tarde interpeladas por SYRIZA representando a «el pueblo» contra «ellos». (Siomos y Stavrakakis, 2019, p. 139)

Aquí es factible verificar las mismas condiciones que en Podemos, de ahí que los autores del estudio citado usen la terminología laclaudiana de cadena de equivalencias que une a un sector (desvalido por cuestiones económicas o no) frente a aquellos que les someten, que en este caso serían los mismos que en Podemos: los políticos griegos a favor de las políticas de austeridad o que no hacen nada para impedirla, las instituciones europeas y mundiales (como el FMI) y las empresas privilegiadas por el sistema. En su discurso convocando a referéndum del 27 de junio de 2015, de la misma forma que Podemos en su *Mover ficha*, Tsipras utiliza estos elementos luego de mencionar cuáles son las medidas de austeridad propuestas desde Europa:

Estas propuestas violan directamente los derechos sociales y fundamentales de Europa: demuestran que, respecto al trabajo, la igualdad y la dignidad, en la mira de algunos de los socios e instituciones no existe un acuerdo viable y beneficioso para todas las partes, que no sea la humillación de todo el pueblo griego. (Mundo Obreiro, 2015)

El papel del pueblo griego es el mismo que el de la gente en Podemos, los cuales se lanzan a una cruzada contra sus enemigos, los enemigos del pueblo, que quedan representados en todos aquellos que no son pueblo doliente. En este sentido, se vuelve a verificar el grado cero de Laclau: una clase que representa el crimen manifiesto de toda la sociedad y otra que se une en bloque, en una cadena de equivalencias que construyen un pueblo que se enfrenta a ese crimen manifiesto. Esta es una decisión estratégica, un plan que seguir de manera consciente usando las herramientas teóricas que otorga Laclau; de allí que desde la izquierda se planteó la dicotomía entre el marxismo conservador y el populismo de izquierda, donde el último sale victorioso en tanto las líneas seguidas por estos partidos, cuya incursión en la política ha sido tan relevante para los últimos años de esta tradición teórica y política:

cuando SYRIZA se dio cuenta de que podía potencialmente representar a la mayoría de estos sujetos y grupos (al menos a aquellos que albergaban sensibilidades más o menos igualitarias), quedó claro que un solo significante del reservorio semiótico de la modernidad política europea y de la historia griega podía establecer tal relación de representación y garantizar el reajuste: el significante *λαός*, «el pueblo». Lo que permitió a SYRIZA saltar de ser una coalición marginal de izquierda a un partido próximo a la conquista del poder parece ser precisamente la aceptación de esta tarea de representación. (Siomos y Stavrakakis, 2019, p. 140)

Estos dos casos son paradigmáticos para representar el camino estratégico de la izquierda porque ambos usan el poder histórico que tiene la cuestión económica en los discursos socialdemócratas/socialistas/comunistas, pero atravesada por aspectos discursivos que son los que permiten, a los políticos y movimientos asociados a estas ideas, aspirar al poder. En las palabras que se vienen usando, la *poiesis* queda relegada a un sentido utilitario dentro de la *prâxis*. Sin embargo, esto no lo hace la propia *prâxis*, sino que deviene de un análisis, de una contemplación teórica de las condiciones de posibilidad y éxito para llevar a cabo los objetivos históricos de la izquierda, lo que equivale a plantear que la *theoría* marxista, en la visión de Laclau, debe abandonar ciertos objetivos propios de su núcleo para llegar

efectivamente al éxito. Esto se consigue a través de la hegemonía que, a su vez, se construye a través de un bloque histórico integrado por una serie de particularidades que aspiran a representar a otras particularidades en la lucha contra el crimen manifiesto que es el sistema capitalista.

Ahora bien, los años y la participación de gobierno han desgastado a estos partidos en tanto agentes revolucionarios de cambio y representación frente al pueblo. Esto no ha significado un detrimento en sus intenciones de seguir por las líneas políticas establecidas por Laclau, pero sí que permite incluir al olvidado Žižek en el debate. Žižek, desde sus primeros años como pensador, con sus incisivos argumentos, ha atacado al populismo laclaudiano por considerarlo blando frente a las verdaderas cuestiones que importan, porque, efectivamente, no ha habido ninguna revolución, ningún cambio drástico en el sistema político: España y Grecia siguen perteneciendo al mundo liberal-socialdemócrata cuyo parlamentarismo y estructuras institucionales representan los rasgos más característicos. No ha habido democracia radical tal como la plantearon Laclau y Mouffe en *Hegemonía y estrategia socialista* (1987) y estos partidos poco a poco se han venido desmoronando a lo interno, perdiendo cada vez más credibilidad. La crítica de Žižek comienza con una interpretación del populismo laclaudiano:

El populismo no es un movimiento político específico, sino lo político en estado puro: la «inflexión» del espacio social que puede afectar a cualquier contenido político. Sus elementos son puramente formales, transcendentales, no ónticos: el populismo aparece cuando determinadas demandas «democráticas» (en pro de una mejor seguridad social, mejores servicios de salud, menores impuestos, reclamaciones antibélicas, etc.) se encadenan en una serie de equivalencias, y de este concatenamiento surge «el pueblo» como sujeto político universal. Lo que caracteriza al populismo no es el contenido óntico de esas demandas, sino el mero hecho formal de que, a través de su concatenamiento, el pueblo emerge como sujeto político y todas las luchas y antagonismos particulares toman la forma de un enfrentamiento entre «nosotros» (el pueblo) y «ellos». De nuevo, el contenido del «nosotros» y el «ellos» no está previamente determinado, pero constituye precisamente la señal de la lucha por la hegemonía: incluso elementos ideológicos tales como el racismo o

antisemitismo descarnados pueden concatenarse en una serie de equivalencias de naturaleza populista, según el sentido en que el «ellos» esté construido. (Žižek, 2010, p. 80)

Esto tiene un contraste muy fuerte con la idea de Žižek sobre el sistema y su funcionamiento. Mientras que para Laclau el sujeto revolucionario no existe como un ente óptico y objetivo que realiza la lucha revolucionaria, sino que lo revolucionario es un espacio abierto a la fisura del sistema político al que una particularidad asalta por mera contingencia, para Žižek «la lucha de clases es la Forma de lo Social: cada fenómeno social está sobre-determinado por ella, lo cual significa que es imposible permanecer neutral ante ella» (Žižek, 2004, p. 34); es decir, la lucha de clases no es una de las luchas, sino la lucha; es, en este sentido, el enfrentamiento y debate entre Žižek y Laclau, ya que el primero considera que la proposición populista del segundo no llega realmente al meollo del asunto, a lo importante, a lo real. La posición de Žižek, aunque bañada de diferentes cuestiones psicoanalíticas y filosóficas posteriores, es una que defiende el postulado nuclear de Marx: es en la *poiesis* (en lo económico) donde está el problema, el quiebre o la fisura del sistema se halla en la forma que ha tomado la labor humana de transformar el entorno en el sistema capitalista. Así lo analiza el mismo Žižek cuando se refiere a una frase de Lacan que reza «Marx inventó el síntoma». Con esta frase deviene la oportunidad de mantener el centro del análisis marxiano vivo, sin necesidad de recurrir a estrategias populistas:

La respuesta es que hay una homología fundamental entre el procedimiento de interpretación de Marx y el de Freud. Para decirlo con mayor precisión, entre sus análisis respectivos de la mercancía y de los sueños. En ambos casos se trata de eludir la fascinación propiamente fetichista del «contenido» supuestamente oculto tras la forma: el «secreto» que develar mediante el análisis no es el contenido que oculta la forma (la forma de las mercancías, la forma de los sueños) sino, en cambio, el «secreto» de esta forma. La inteligencia teórica de la forma de los sueños no consiste en penetrar desde el contenido manifiesto a su «núcleo oculto», a los pensamientos oníricos latentes. Consiste en la respuesta a la pregunta ¿por qué los pensamientos oníricos latentes han adoptado esta forma, por qué

se traspusieron en forma de sueño? Sucede lo mismo con las mercancías: el problema real no es penetrar hasta el «núcleo oculto» de la mercancía –la determinación del valor que tiene por cantidad de trabajo consumido en su producción–, sino explicar por qué el trabajo asumió la forma del valor de una mercancía, por qué el trabajo puede afirmar su carácter social sólo en la forma mercancía de su producto. (Žižek, 2003, p. 329)

En este punto exacto se ubica la encrucijada de la izquierda en estos momentos históricos: entre el autor que sostiene que la lucha de clases es la forma de lo social y otro que plantea que la lucha de clases es solo una de las formas de lo social y que debe recorrer el mismo camino que la lucha feminista, LGBT, antinuclear, antirracial, antiespecista o ecologista; si pretende representar a la idea de clase oprimida, debe saber aunar en sí misma las demandas provenientes de otros subgrupos que no están fundamentados, necesariamente, en cuestiones económicas. La clase es entendida por Laclau como un bloque hegemónico contextualizado políticamente, no como un ente en el sentido ontológico-formal que le da Žižek. Este último explica muy bien su propia diatriba con el populismo de izquierda:

Ahora queda claro por qué Laclau prefiere el populismo a la lucha de clases: el populismo proporciona la matriz neutra y trascendental de una lucha abierta, cuyos contenidos y señas están definidos en sí mismos por una lucha ocasional por la hegemonía, mientras que la «lucha de clases» presupone un grupo social en particular (la clase trabajadora) como agente político privilegiado. (Žižek, 2010, p. 80)

Aquí es posible entender la crítica que viene del lado žižekiano, de ese marxismo conservador, a movimientos asociados al populismo de izquierda. El mismo Žižek hace un recuento del momento populista griego a mediados de 2019, en un pequeño artículo de prensa, a lo que él llama «la verdad del populismo»: «su incapacidad para confrontar la realidad del capital. El momento populista supremo (la victoria en el referéndum) inmediatamente transformado en capitulación, en confesión de impotencia en la relación con el orden capitalista» (Žižek, 2019). Algo que no va muy lejos de otros comentarios que se pueden ver sobre Podemos en prensa, al que ha llamado «narcisista»

(Maldonado, 2017); aunque de alguna forma Podemos tome cuestiones de Žižek en sus análisis antisistema y en el papel que le da a la lucha de clases, esta deviene, como se ha visto, en una simple instrumentalización de la *poiesis* en función de la narrativa que permita una construcción populista de la estrategia.

La encrucijada está, entonces, en lo siguiente: siguiendo el análisis de Žižek, se puede llegar a la conclusión que llega Laclau de que la contingencia debe ser trabajada y vista como una oportunidad y no como una afectación a la lucha objetiva del proletariado. Ahora, esto solo sirve a nivel estratégico, es decir, para construir y enfrentar una hegemonía a otra, pero nada asegura que esa lucha lleve a derribar el sistema capitalista o a hacer una gran revolución hacia el comunismo, y es allí donde la crítica de Žižek toma mucha fuerza: seguir el camino propuesto por Laclau a lo único que conlleva es a crear estructuras de poder vaciadas de cualquier contenido (y claramente sin contenido socialista-comunista ni marxiano), que no buscan más que la organización momentánea entre grupos tan dispares como los musulmanes y la comunidad LGBT, aliados contingentes en una cadena de equivalencias. Así, para Žižek, no se hace una revolución ni se genera ningún verdadero cambio ni lucha contra el capital. Sin embargo, visto desde la perspectiva de Laclau, la verdad es que son las alternativas populistas las que han alcanzado cierto éxito político en los últimos 20 años de renacer de la izquierda, y que a través de la lucha política es que han aparecido oportunidades para luchar contra el capital.

Entendido esto, la encrucijada se expresa en el sentido político en esta forma pasmada del accionar: 1. Laclau, seguir un camino populista de izquierda que conlleva a ciertas victorias, pero no a la victoria final, basada únicamente en la cadena de equivalencias establecida de manera contingente por particularidades con tendencias universalizantes, o 2. Žižek, luchar por una acción política estrechamente relacionada con el antagonismo real, la lucha de clases, en sus diferentes formas y versiones, para hacer un verdadero acto revolucionario. Esto lo expresa muy bien Žižek en la siguiente afirmación que realiza al analizar el acto de Lenin en octubre de 1917:

Con Lenin, al igual que con Lacan, la revolución *ne s'autorise que d'elle-même* [sólo se autoriza por sí misma] se debería asumir el

ACTO revolucionario sin la cobertura del gran Otro: el miedo a tomar el poder «prematuramente», la búsqueda de garantías, es el miedo al abismo del acto. (Žižek, 2004, p. 11)

La revolución no necesita de aprobación por parte de nadie más que de la misma revolución. En ese sentido, el papel de los movimientos sociales, incluso de los mismos ciudadanos, tiene una doble relación: 1. Si es en el caso del populismo, los ciudadanos quedan instrumentalizados, tal como la *poiesis*, en medio de un discurso que busca aunarlos en una lucha hegemónica en la que ellos son particularidades que buscan la universalización, o 2. Si es el caso del acto revolucionario žižekiano, el ciudadano desaparece en aras de una revolución que lo hace sin su aprobación, pero en nombre de su bienestar. En ambos casos, el ciudadano desaparece de alguna forma, deja de tener importancia el cambio social en tanto acción ciudadana en pos de una acción colectiva abstracta, ya sea la hegemonía de particularidades del populismo de izquierda o el acto revolucionario del marxismo conservador.

Conclusión

La izquierda tiene como eje central el pensamiento de Marx, que en tanto eje aglutinador de referencias sigue teniendo una vigencia y relevancia para esta tradición con una fuerza que no mella. Sin embargo, su preeminencia obedece a su capacidad de ser filtrado a través de diferentes referencias y aunado a distintas teorías, investigaciones y posiciones filosóficas que han venido apareciendo a lo largo de los años. Žižek y Laclau son referentes de esos filtros que representa el marxismo, entendido como el crisol de interpretaciones que día a día se encuentran del pensamiento del filósofo de Tréveris. Son referentes porque ambos expresan dos líneas que otros autores siguen de una manera u otra: la modificación del pensamiento de Marx para que el marxismo tenga éxito o la profundización del pensamiento de Marx para que el marxismo tenga éxito (la línea que separa a estos dos caminos es ínfima). Una es ese populismo de izquierda, la otra el marxismo conservador; la primera domina el escenario político, la segunda está en plena reconstrucción en búsqueda de apoyo.

La primera ha encontrado su expresión en movimientos populistas como Syriza y Podemos; la segunda aún no se manifiesta realmente en una situación política, pero esto es por su radicalidad interna: cuando se manifieste será, tal como lo plantea el mismo Žižek, un repetir a Lenin. Una revolución violenta, un cambio realmente radical en el que se llevan a cabo acciones que sacan de raíz las instituciones que hasta ese momento regirán. Esa fue la predicción de Marx en su *Crítica al programa de Gotha*, algo que hereda el marxismo conservador de hoy en día y que aún no encuentra su lugar de expresión. La izquierda populista domina a la izquierda conservadora, incluso se podría decir que la instrumentaliza, se sirve de la *poiesis* como elemento aglutinador de necesidades para concentrar toda su fuerza en la *prâxis*. Tal como Laclau lo hace, tanto Syriza como Podemos se sirven del pensamiento de Marx, de manera utilitaria, para tener un núcleo aglutinador del discurso, pero solo eso, una especie de significante vacío que sirve para reunir en él las esperanzas de las demandas particulares que permitan construir un bloque hegemónico.

En ese sentido, hay un juego dialéctico entre izquierda dominante e izquierda dominada en el que el populismo representa ese agente dominador y el marxismo conservador ese agente dominado; o, en palabras que se vienen usando en este escrito, es la *prâxis* en completa dominación de la *poiesis*. El eterno debate en el marxismo, la superestructura (política-derecho-religión-filosofía) con mayor relevancia sobre la estructura (las fuerzas productivas y las relaciones de producción) o la económica como la base que genera el resto: la *poiesis* que informa a la *prâxis* y la *teoría*. A lo que Marx responde claramente con una pregunta retórica «¿Están las relaciones económicas reguladas por los conceptos jurídicos o, por el contrario, las relaciones jurídicas surgen de las relaciones económicas?» (Marx, 1989, p. 84).

Referencias

- Habermas, J. (1991). *La necesidad de revisión de la izquierda*. Tecnos.
- Laclau, E. (2000). Identidad y hegemonía: el rol de la universalidad en la constitución de lógicas políticas. En J. Butler, E. Laclau y S. Žižek, *Contingencia, hegemonía, universalidad: diálogos contemporáneos en la izquierda* (pp. 49-93). Fondo de Cultura Económica.

- Laclau, E. y Mouffe, C. (2015). *Hegemonía y estrategia socialista: Hacia una radicalización de la democracia*. Siglo XXI Editores.
- Maldonado, L. G. (29 de junio de 2017). El filósofo Slavoj Žižek: “Estoy harto de la irresponsabilidad narcisista de Podemos”. *El Español*. https://www.elespanol.com/cultura/20170629/227478152_0.html
- Marx, K. (1975). Contribution to the critique of Hegel’s philosophy of law. Introduction. En K. Marx y F. Engels, *Collected Works* (Vol. 3, pp. 175-187). Lawrence & Wishart.
- Marx, K. (1989). Critique of the Gotha programme. En K. Marx y F. Engels, *Collected Works: Marx and Engels 1874-1883* (Vol. 24, pp. 75-99). Lawrence & Wishart.
- Monedero, J. C., San Juan, A., Sibina, M., Alba Rico, S., González Carnero, C., Asens, J., Dante-Fachin, A., Riechman, J., Pastor, J., Salazar-Alonso, C., Rodríguez, T., Camacho, F. Mingorance, L., Jaén, J., San José, C., Cordon, J., Casado, S., Gómez Reino-Valera, A., Moruno, J. ... García, A. (29 de mayo de 2014). Mover ficha: convertir la indignación en cambio político. El manifiesto por una candidatura que dio origen a Podemos. *Sociología crítica*. <https://sociologiacritica.es/2014/05/29/mover-ficha-convertir-la-indignacion-en-cambio-politico-el-manifiesto-por-una-candidatura-que-dio-origen-a-podemos/>
- Mundo Obrero (27 de junio de 2015). Histórico discurso de Alexis Tsipras de convocatoria de un referéndum en Grecia sobre la propuesta de las instituciones europeas. <https://mundoobrero.es/2015/06/27/historico-discurso-de-alexis-tsipras-de-convocatoria-de-un-referendum-en-grecia-sobre-la-propuesta-de-las-instituciones-europeas/>
- Siomos, T. y Stavrakakis, Y. (2019). El populismo de SYRIZA: verificación y extensión de una perspectiva de la Escuela de Essex. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, (53), 131-156.
- Žižek, S. (2003). ¿Cómo inventó Marx el síntoma? En S. Žižek (Ed.), *Ideología: un mapa de la cuestión* (pp. 329-370). Fondo de Cultura Económica.
- Žižek, S. (2004). *Repetir Lenin*. Ediciones Akal.
- Žižek, S. (2010). Un gesto leninista hoy. Contra la tentación populista. En S. Budgen, S. Žižek y S. Kouvelakis (Eds.), *Lenin reactivado: Hacia una política de la verdad* (pp. 75-97). Ediciones Akal.
- Žižek, S. (19 de julio de 2019). Una comedia griega del absurdo. <https://thephilosophicalsalon.com/should-the-lefts-answer-to-rightist-populism-really-be-a-me-too-part-i/>

El papel de la microbiota intestinal en las enfermedades neurodegenerativas: una revisión de la literatura

MARTA BONILLA PRIETO

Universidad Francisco de Vitoria (Madrid, España)

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el papel de la microbiota intestinal en el desarrollo y progresión de enfermedades neurodegenerativas, con especial atención al alzhéimer y al párkinson, así como explorar las posibles estrategias terapéuticas basadas en la modulación del eje intestino-cerebro. Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos y ensayos clínicos publicados entre 2020 y 2024, consultando bases de datos como PubMed, SCOPUS, ScienceDirect y Cochrane. Se priorizó la evidencia sobre la composición microbiana en pacientes, los efectos de intervenciones como probióticos, prebióticos y dieta y el papel de los metabolitos microbianos en la neurofisiología. Los resultados muestran una asociación significativa entre la disbiosis intestinal y la presencia de neuroinflamación, deterioro de la barrera hematoencefálica y acumulación de proteínas neurotóxicas. Además, se observan alteraciones microbianas específicas en pacientes con alzhéimer y párkinson. Diversas estrategias terapéuticas, como el uso de probióticos, trasplante de microbiota fecal y dieta mediterránea, han demostrado efectos positivos en modelos animales y algunos ensayos clínicos en humanos, aunque aún se requieren estudios más amplios. Se concluye que la microbiota intestinal puede constituir tanto un biomarcador temprano como un objetivo terapéutico emergente en el abordaje de enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, se necesita más investigación para establecer una relación causal directa y validar intervenciones clínicas eficaces.

Palabras clave: microbiota intestinal, enfermedades neurodegenerativas, alzhéimer, párkinson, eje intestino-cerebro.

Introducción

En los últimos años, el estudio de la microbiota intestinal ha cobrado un protagonismo sin precedentes en el ámbito de la medicina y la neurociencia. Este conjunto inmenso y diverso de microorganismos que habita en nuestro tracto digestivo ha pasado de ser considerado un mero agente digestivo a ser identificado como un actor fundamental en procesos metabólicos, inmunológicos e, incluso, neurológicos.

La creciente evidencia científica sugiere que existe una conexión directa entre el intestino y el cerebro, conocida como el eje intestino-cerebro, una vía de comunicación bidireccional a través de la cual la microbiota intestinal puede influir en la función cerebral y viceversa. Esta interacción abre nuevas perspectivas para comprender el origen y desarrollo de enfermedades neurológicas y neurodegenerativas que, hasta hace poco, se creían exclusivas del sistema nervioso central.

Entre estas patologías, el alzhéimer y el párkinson destacan por su alta prevalencia, su impacto en la calidad de vida de los pacientes y el desafío que representan para la medicina actual. La posibilidad de que la microbiota intestinal desempeñe un papel relevante en su fisiopatología no solo representa un cambio de paradigma, sino también una oportunidad para desarrollar estrategias terapéuticas innovadoras basadas en la modulación del ecosistema microbiano intestinal.

Este capítulo tiene como objetivo presentar el problema de investigación, justificando la necesidad de estudiar en profundidad la relación entre microbiota y neurodegeneración. Asimismo, se expondrán los objetivos principales de esta obra, que incluyen explorar los mecanismos que vinculan ambos sistemas, revisar las evidencias científicas más recientes y analizar las posibles intervenciones dietéticas, farmacológicas y terapéuticas enfocadas en el microbioma humano.

En un contexto donde las enfermedades neurodegenerativas siguen sin cura definitiva, este enfoque multidisciplinar puede marcar el inicio de una nueva etapa en la medicina personalizada y preventiva.

Metodología

Diseño del estudio

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica de tipo narrativa y exploratoria. Se seleccionaron estudios recientes que analizan la relación entre la microbiota intestinal y las enfermedades neurodegenerativas, enfocándose principalmente en la enfermedad de alzhéimer y la enfermedad de párkinson. El objetivo fue reunir evidencia científica que permita establecer conexiones entre estos trastornos y el eje intestino-cerebro, así como evaluar el potencial terapéutico de la modulación de la microbiota.

Participantes

Al tratarse de una revisión bibliográfica, no se incluyeron participantes humanos directamente. Sin embargo, los estudios analizados incluyeron una amplia gama de poblaciones: desde modelos animales de neurodegeneración hasta ensayos clínicos con pacientes diagnosticados con alzhéimer o párkinson y estudios de cohortes observacionales en humanos sanos.

Instrumentos

Se utilizaron artículos científicos obtenidos de bases de datos internacionales como PubMed, SCOPUS, ScienceDirect y Cochrane Library. Para la selección de estudios, se utilizaron filtros por idioma (inglés y español), tipo de estudio (revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios experimentales) y fecha de publicación (años 2020-2024).

Procedimientos

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante términos clave relacionados con «microbiota intestinal», «enfermedades neurodegenerativas», «alzhéimer», «párkinson», «eje intestino-cerebro», «probióticos» y «prebióticos». Se aplicaron criterios de inclusión basados en la relevancia temática, rigurosidad metodológica y novedad científica. Se excluyeron estudios duplicados, de baja calidad metodológica o sin relación directa con el objetivo del trabajo.

Análisis

La información fue analizada de forma cualitativa, identificando patrones comunes, resultados relevantes y posibles mecanismos fisiopatológicos compartidos entre los estudios revisados. Se organizaron los hallazgos en función de las temáticas principales: alteraciones de la microbiota en pacientes, impacto de los tratamientos y mecanismos de comunicación entre intestino y cerebro.

Resultados

Los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica revelan un conjunto de hallazgos clave que refuerzan la hipótesis de que la microbiota intestinal desempeña un papel relevante en la fisiopatología de las enfermedades neurodegenerativas. A continuación, se detallan los principales resultados organizados por temáticas:

Alteraciones microbianas en pacientes con enfermedades neurodegenerativas

Los pacientes con alzhéimer y párkinson presentan perfiles microbianos significativamente diferentes a los de individuos sanos (Heravi et al., 2023; Mincic et al., 2024). Entre las principales alteraciones se destacan:

- Reducción de bacterias antiinflamatorias como *Faecalibacterium prausnitzii*, *Eubacterium rectale*, *Bifidobacterium* y *Lachnospiraceae* (Heravi et al., 2023; Mincic et al., 2024).
- Aumento de bacterias proinflamatorias como *Escherichia/Shigella*, *Collinsella*, *Akkermansia*, *Veillonella* y *Streptococcus* (Heravi et al., 2023; Mincic et al., 2024).
- En párkinson, se observó incremento de *Akkermansia*, *Verrucomicrobiaceae* y *Lactobacillaceae*, así como disminución de *Prevotellaceae* y *Ruminococcaceae* (Heravi et al., 2023; Mincic et al., 2024).

Asociación entre microbiota y genética (alzhéimer)

Un estudio basado en datos del consorcio MiBioGen encontró que diez géneros bacterianos presentan una correlación genética significativa con el alzhéimer (Cammann et al., 2023):

- *Collinsella* y *Veillonella* asociados al alelo APOE rs429358, potenciando riesgo (Cammann et al., 2023).
- *Eubacterium fissicatena* y *Gordonibacter* parecen ejercer un efecto protector al generar metabolitos beneficiosos para la salud cerebral e intestinal (Cammann et al., 2023).

Impacto de la disbiosis en la barrera hematoencefálica y la neuroinflamación

Se ha evidenciado que la disbiosis intestinal puede:

- Aumentar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica (Mincic et al., 2024; Panaitescu et al., 2024).
- Favorecer la translocación de endotoxinas bacterianas hacia el SNC (Mincic et al., 2024; Panaitescu et al., 2024).
- Activar la microglía y los astrocitos, incrementando la inflamación neurodegenerativa (Mincic et al., 2024; Panaitescu et al., 2024).
- Estimular la acumulación de proteínas patológicas como beta-amiloide (en alzhéimer) y alfa-sinucleína (en párkinson) (Mincic et al., 2024; Panaitescu et al., 2024).

Psicobióticos y metabolitos microbianos

- Probióticos con efectos psicobióticos, como *Lactobacillus plantarum*, han mostrado:
 - Mejora de memoria y función cognitiva (Beltrán-Velasco et al., 2024; Skowron et al., 2022).
 - Reducción de la activación microglial (Beltrán-Velasco et al., 2024; Skowron et al., 2022).
 - Modulación positiva de la respuesta inmune (Beltrán-Velasco et al., 2024; Skowron et al., 2022).
- Los ácidos grasos de cadena corta (especialmente butirato) tienen un efecto neuroprotector al:

- Estimular la plasticidad sináptica (Tran y Mohajeri, 2021).
- Reducir el estrés oxidativo (Tran y Mohajeri, 2021).
- Mejorar la neurogénesis y el metabolismo de neurotransmisores como la serotonina (Tran y Mohajeri, 2021).

Dieta como modulador de la microbiota y la neurodegeneración

- La dieta mediterránea promueve una microbiota más diversa y saludable (Solch et al., 2022; Xu Lou et al., 2023).
- Se ha observado:
 - Reducción de bacterias proinflamatorias (*Escherichia/Shigella*, *Bilophila*) (Solch et al., 2022; Xu Lou et al., 2023).
 - Aumento de géneros beneficiosos (*Roseburia*, *Lachnoclostridium*, *Faecalibacterium*) (Solch et al., 2022; Xu Lou et al., 2023).
 - Asociación con mejor función cognitiva y menor riesgo de deterioro neurológico (Solch et al., 2022; Xu Lou et al., 2023).

Intervenciones terapéuticas basadas en la microbiota

- Probióticos y simbióticos: en modelos animales, han mejorado síntomas motores y cognitivos (Chui et al., 2024; Nassar et al., 2022; Mentxakatorre et al., 2024; Xu Lou et al., 2023).
- Trasplante de microbiota fecal (TMF): resultados preliminares muestran mejoras cognitivas en alzhéimer y menor inflamación en EP (Chui et al., 2024; Nassar et al., 2022; Mentxakatorre et al., 2024; Xu Lou et al., 2023).
- Dieta cetogénica y omega-3: han demostrado efectos neuroprotectores en fases tempranas del alzhéimer (Chui et al., 2024; Nassar et al., 2022; Mentxakatorre et al., 2024; Xu Lou et al., 2023).

Hallazgos moleculares: miRNA y glutamato

- Se han identificado microARN alterados en pacientes con alzhéimer y párkinson que pueden regular la expresión bacteriana intestinal, influir en la inflamación y modificar la progresión de la enfermedad (Chang et al., 2020).

- Alteraciones en el metabolismo del D-glutamato asociadas al microbioma también se han vinculado con deterioro cognitivo (Chang et al., 2020).

Como se observa en la tabla 1, los principales hallazgos de esta revisión reflejan un patrón consistente entre la disbiosis intestinal y los mecanismos implicados en la neurodegeneración, destacando el papel de la inflamación, los metabolitos microbianos y factores genéticos modulados por el microbioma (Heravi et al., 2023; Cammann et al., 2023).

Tabla 1. Resumen de hallazgos clave sobre microbiota intestinal y enfermedades neurodegenerativas

Hallazgo	Descripción	Referencia
1 Alteraciones microbianas en alzhéimer y párkinson	Aumento de bacterias proinflamatorias y reducción de bacterias beneficiosas	Heravi et al., 2023; Mincic et al., 2024
2 Asociación microbiota-genética en alzhéimer	Relación entre géneros bacterianos (<i>Collinsella</i> , <i>Veillonella</i>) y el alelo APOE rs42935	Cammann et al., 2023
3 Disbiosis y neuroinflamación	Disbiosis aumenta permeabilidad de la BHE y activa neuroinflamación	Mincic et al., 2024; Panaitescu et al., 2024
4 Efecto de los psicobióticos y SCFA	SCFA como el butirato mejoran plasticidad sináptica y reducen estrés oxidativo	Beltrán-Velasco et al., 2024; Tran y Mohajeri, 2021; Skowron et al., 2022
5 Dieta mediterránea y neuroprotección	Mejora de la diversidad microbiana, menor riesgo de alzhéimer y párkinson	Solch et al., 2022; Xu Lou et al., 2023
6 Terapias microbianas (probióticos, TMF)	Probióticos, simbióticos y TMF mejoran síntomas cognitivos y motores	Chui et al., 2024; Nassar et al., 2022; Mentxakatorre et al., 2024
7 miRNA y metabolismo del glutamato	MicroARN y glutamato alterados: inflamación y neurodegeneración	Hewel et al., 2019; Chang et al., 2020

Nota: elaboración propia a partir de los estudios analizados en esta revisión

Discusión

Los hallazgos de esta revisión consolidan la creciente evidencia de que la microbiota intestinal no solo desempeña un papel clave en la homeostasis digestiva, sino que también influye directamente en la función y estructura del sistema nervioso central a través del eje intestino-cerebro. Esta conexión se vuelve especialmente relevante al observar el aumento de investigaciones que vinculan la disbiosis con la progresión de enfermedades neurodegenerativas como el alzhéimer y el párkinson.

Una de las observaciones más consistentes es la presencia de un perfil microbiano alterado en pacientes con alzhéimer y párkinson, caracterizado por la reducción de bacterias beneficiosas, como *Faecalibacterium* y *Lachnospiraceae*, y el aumento de bacterias proinflamatorias, como *Escherichia/Shigella* y *Collinsella* (Hervani et al., 2023; Mincic et al., 2024). Estas modificaciones parecen favorecer un entorno intestinal propenso a la inflamación sistémica, aumentando la permeabilidad de la barrera intestinal y permitiendo la translocación de toxinas y endotoxinas hacia la circulación sistémica.

Una vez atravesada la barrera hematoencefálica (cuya integridad también se ve comprometida por la disbiosis), estas sustancias pueden inducir la activación de células inmunes cerebrales como la microglía, provocando una respuesta neuroinflamatoria crónica (Panaitescu et al., 2024). Esta cascada de eventos se ha relacionado con la acumulación de proteínas neurotóxicas como la beta-amiloide en alzhéimer o la alfa-sinucleína en párkinson, contribuyendo así al deterioro neuronal progresivo (Tran y Mohajeri, 2021).

Una dimensión novedosa en esta línea de investigación es la asociación entre la microbiota y factores genéticos. El estudio de Cammann et al. (2023) reveló que ciertos géneros bacterianos, como *Veillonella* y *Collinsella*, presentan correlación genética con el alelo APOE rs429358, un reconocido marcador de riesgo para alzhéimer. Este hallazgo sugiere que la microbiota podría no ser solo un actor ambiental, sino también un modulador epigenético capaz de amplificar o atenuar riesgos hereditarios.

En relación con las terapias, las intervenciones dirigidas a modular el ecosistema intestinal han mostrado resultados prometedores. Probióticos, simbióticos y el trasplante de microbio-

ta fecal (TMF) han demostrado reducir la inflamación y mejorar síntomas tanto motores como cognitivos, especialmente en etapas iniciales de la enfermedad (Chui et al., 2024; Nassar et al., 2022). Estos efectos se han observado con cepas específicas como *Lactiplantibacillus plantarum*, que ha mejorado la memoria, la neurogénesis y la integridad mitocondrial en modelos animales (Beltrán-Velasco et al., 2024).

Por su parte, la dieta mediterránea se posiciona como un factor protector de gran valor. Se ha asociado con una reducción significativa en el riesgo de desarrollar Alzheimer (41 %) y Parkinson (25 %), probablemente gracias a su capacidad para enriquecer la microbiota beneficiosa y reducir bacterias asociadas con inflamación y neurodegeneración (Solch et al., 2022; Xu Lou et al., 2023).

Además, estudios recientes han comenzado a explorar moléculas mediadoras de esta comunicación microbiota-cerebro. Por ejemplo, los microARN parecen actuar como intermediarios entre el genoma humano y el genoma microbiano intestinal, influyendo en la expresión bacteriana y la inflamación cerebral (Hewel et al., 2019). Otro enfoque interesante es el metabolismo del glutamato, un neurotransmisor clave cuyo equilibrio puede verse afectado por bacterias intestinales e incidir en el deterioro cognitivo observado en pacientes con Alzheimer (Chang et al., 2020).

La medicación puede influir notablemente en la composición de la microbiota intestinal, especialmente en personas con enfermedades crónicas como el Parkinson o el Alzheimer. Algunos fármacos comúnmente utilizados, como la levodopa, han demostrado alterar el equilibrio microbiano, reduciendo la diversidad o favoreciendo el crecimiento de bacterias menos beneficiosas, lo cual puede intensificar procesos inflamatorios o deteriorar funciones cognitivas (Cirstea et al., 2020; Chui et al., 2024). Este fenómeno genera un posible círculo vicioso, donde el tratamiento necesario para los síntomas empeora el estado de la microbiota y, a su vez, esta disbiosis puede influir negativamente en la evolución de la enfermedad (Vich Vila et al., 2020).

Por ello, ha comenzado a desarrollarse un enfoque más holístico en el tratamiento de estas patologías promoviendo terapias «microbiota-friendly» que reduzcan el impacto negativo de la medicación sobre el ecosistema intestinal. Estas estrategias inclu-

yen el uso combinado de probióticos, dietas específicas y otros moduladores del microbioma como medio de protección o compensación frente a los efectos secundarios de los fármacos (Mao y Zhang, 2018; Chui et al., 2024).

A pesar de los avances, es importante destacar las limitaciones metodológicas que persisten en la literatura: muchos estudios presentan tamaños muestrales reducidos, falta de controles adecuados o periodos de seguimiento cortos. También se requiere mayor estandarización en los protocolos para el análisis de microbiota y una mejor definición de lo que se considera una «microbiota saludable».

Finalmente, uno de los grandes retos sigue siendo establecer la direccionalidad de la relación entre disbiosis y neurodegeneración. ¿Es la disbiosis una causa o una consecuencia del proceso neurodegenerativo? Probablemente, como sugiere la literatura más reciente, la relación sea bidireccional, y la modulación de la microbiota ofrezca una oportunidad para intervenir terapéuticamente de forma temprana.

Conclusiones

Esta revisión bibliográfica ha evidenciado el papel fundamental que desempeña la microbiota intestinal en el desarrollo y progresión de enfermedades neurodegenerativas, especialmente en la enfermedad de alzhéimer y la enfermedad de párkinson. Los hallazgos sugieren que el desequilibrio microbiano, conocido como disbiosis, puede contribuir a procesos como la neuroinflamación, la disfunción de la barrera hematoencefálica y la acumulación de proteínas neurotóxicas, elementos clave en la fisiopatología de estos trastornos.

Se ha demostrado que la composición de la microbiota intestinal en pacientes con alzhéimer y párkinson difiere significativamente de la observada en individuos sanos, con un predominio de bacterias proinflamatorias y una disminución de especies beneficiosas. Asimismo, emergen datos prometedores sobre la asociación entre ciertas bacterias intestinales y factores genéticos, como el alelo APOE rs429358 en alzhéimer, lo que sugiere que el microbioma podría actuar como modulador epigenético del riesgo neurodegenerativo.

Desde una perspectiva terapéutica, las intervenciones dirigidas a modular la microbiota –incluyendo probióticos, simbióticos, trasplante fecal y estrategias nutricionales como la dieta mediterránea– han mostrado efectos beneficiosos en estudios preclínicos y en humanos, especialmente en etapas tempranas de la enfermedad. Estos enfoques se perfilan como herramientas complementarias con gran potencial dentro de una medicina personalizada e integrativa.

No obstante, esta revisión también destaca algunas limitaciones importantes. La heterogeneidad metodológica de los estudios, los tamaños muestrales reducidos, la falta de seguimiento a largo plazo y la escasez de ensayos clínicos controlados dificultan la extrapolación de resultados y la validación de intervenciones. Además, no se ha establecido aún una relación causal directa entre disbiosis y neurodegeneración, lo que sigue siendo un punto crítico para futuras investigaciones.

A pesar de ello, las implicaciones de estos hallazgos son significativas. La microbiota intestinal podría no solo actuar como biomarcador temprano de estas enfermedades, sino también constituir una diana terapéutica modulable. En este sentido, se abre una línea de investigación innovadora que plantea un cambio de paradigma en el abordaje de los trastornos neurodegenerativos, tradicionalmente centrado en el cerebro, hacia una visión sistémica e integradora que incluye al intestino como órgano clave.

En adelante, será imprescindible diseñar estudios longitudinales, multicéntricos y con poblaciones diversas que permitan esclarecer los mecanismos causales, validar las terapias emergentes y definir perfiles microbianos de riesgo. Así será posible traducir estos hallazgos en intervenciones clínicas eficaces y personalizadas que mejoren la calidad de vida de los pacientes y frenen la progresión de estas devastadoras enfermedades.

Referencias

Álvarez, J., Fernández Real, J. M., Guarner, F., Gueimonde, M., Rodríguez, J. M., Saenz de Pipaon, M. y Sanz, Y. (2021). Microbiota intestinal y salud. *Gastroenterología y Hepatología*, 44(7), 519-535. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.01.009>

- Arata, G. y Bellabarba, S. A. M. (2015). Genómica nutricional y enfermedad de alzheimer. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 13(1), 1-3.
- Ayres, L. F. A., Barreto, D. S. y Henriques, B. D. (s. f.). *Gabriela Diniz Pinto Coelho*.
- Beltrán-Velasco, A. I., Reiriz, M., Uceda, S. y Echeverry-Alzate, V. (2024). *Lactiplantibacillus (Lactobacillus) plantarum* as a Complementary Treatment to Improve Symptomatology in Neurodegenerative Disease: A Systematic Review of Open Access Literature. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(5), 3010. <https://doi.org/10.3390/ijms25053010>
- Biocodex Microbiota Institute (2025). *La microbiota intestinal*. Recuperado 21 de enero de 2025, de <https://www.biocodexmicrobiotainstitute.com/es/la-microbiota-intestinal>
- Cammann, D., Lu, Y., Cummings, M. J., Zhang, M. L., Cue, J. M., Do, J., Ebersole, J., Chen, X., Oh, E. C., Cummings, J. L. y Chen, J. (2023). Genetic correlations between Alzheimer's disease and gut microbiome genera. *Scientific Reports*, 13(1), 5258. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-31730-5>
- Castillo Álvarez, F. y Marzo Sola, M. E. (2022). Papel de la microbiota intestinal en el desarrollo de diferentes enfermedades neurológicas. *Elsevier*, 37(6), 421-512. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.03.017>
- Cirstea, M. S., et al. (2020) Cirstea, M. S., Yu, A. C., Golz, E., Sundvick, K., Klinger, D., Bahreini, N., Wlodarska, M., Macklaim, J. M., Gloor, G. B., Patel, V., Arrieta, M. C., y Bhatt, D. L. (2020). Microbiota composition and metadata factors associated with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 35(7), 1153-1163. <https://doi.org/10.1002/mds.28052>
- Chang, C. -H., Lin, C. -H. y Lane, H. -Y. (2020). D-glutamate and Gut Microbiota in Alzheimer's Disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(8), 2676. <https://doi.org/10.3390/ijms21082676>
- Chui, Z. S. W., Chan, L. M. L., Zhang, E. W. H., Liang, S., Choi, E. P. H., Lok, K. Y. W., Tun, H. M. y Kwok, J. Y. Y. (2024). Effects of microbiome-based interventions on neurodegenerative diseases: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 14, 9558. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59250-w>
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (2023). *La conexión entre el intestino y el cerebro puede proteger la salud mental*. Recuperado 23 de enero de 2025 de <https://www.csic.es/es/actualidad-del-csic/la-conexion-entre-el-intestino-y-el-cerebro-puede-proteger-la-salud-mental>

- del Campo-Moreno, R., Alarcón-Cavero, T., D'Auria, G., Delgado-Palacio, S. y Ferrer-Martínez, M. (2018). Microbiota en la salud humana: Técnicas de caracterización y transferencia. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(4), 241-245. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.02.007>
- de Rijke, T. J., Doting, M. H. E., van Hemert, S., De Deyn, P. P., van Munster, B. C., Harmsen, H. J. M. y Sommer, I. E. C. (2022). A Systematic Review on the Effects of Different Types of Probiotics in Animal Alzheimer's Disease Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 879491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.879491>
- Flórez, L. V. y Kaltenpoth, M. (2017). Symbiont dynamics and strain diversity in the defensive mutualism between *Agria* beetles and *Burkholderia*. *Environmental Microbiology*, 19(9), 3674-3688. <https://doi.org/10.1111/1462-2920.13868>
- Gómez-López, A. (2019). Microbioma, salud y enfermedad: Probióticos, prebióticos y simbióticos. *Biomédica*, 39(4), 617-621.
- Heravi, F. S., Naseri, K. y Hu, H. (2023). Gut Microbiota Composition in Patients with Neurodegenerative Disorders (Parkinson's and Alzheimer's) and Healthy Controls: A Systematic Review. *Nutrients*, 15(20), 4365. <https://doi.org/10.3390/nu15204365>
- Hernández-Granados, M. J. y Franco-Robles, E. (2020). Postbiotics in human health: Possible new functional ingredients? *Food Research International (Ottawa, Ont.)*, 137, 109660. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2020.109660>
- Hewel, C., Kaiser, J., Wierczeiko, A., Linke, J., Reinhardt, C., Endres, K. y Gerber, S. (2019). Common miRNA Patterns of Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease and Their Putative Impact on Commensal Gut Microbiota. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 113. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00113>
- Jimenez-García, A. M., Villarino, M. y Arias, N. (2024). A systematic review and meta-analysis of basal microbiota and cognitive function in Alzheimer's disease: A potential target for treatment or a contributor to disease progression? *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 16(4), e70057. <https://doi.org/10.1002/dad2.70057>
- Khan, M. T., Dwibedi, C., Sundh, D., Pradhan, M., Kraft, J. D., Caesar, R., Tremaroli, V., Lorentzon, M. y Bäckhed, F. (2023). Synergy and oxygen adaptation for development of next-generation probiotics. *Nature*, 620(7973), 381-385. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06378-w>

- Korenblik, V., Brouwer, M. E., Korosi, A., Denys, D., Bockting, C. L. H., Brul, S. y Lok, A. (2023). Are neuromodulation interventions associated with changes in the gut microbiota? A systematic review. *Neuropharmacology*, 223, 109318. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2022.109318>
- Martínez-Fernández., R., Gasca-Salas C., C., Sánchez-Ferro, Á. y Ángel Obeso, J. (2016). Actualización en la enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 363-379. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.06.010>
- Mao, Y. K., y Zhang, K. (2018). Gut microbiota and neurological disorders. *Neuroscience Letters*, 668, 48-56.
- Mayo Clinic (2025). *Probióticos y prebióticos: Lo que debes saber*. Recuperado 21 de enero de 2025 de <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/expert-answers/probiotics/faq-20058065>
- Medicine Plus (s.f.) *Enfermedades neurodegenerativas*. Recuperado 21 de enero de 2025 de <https://medlineplus.gov/spanish/degenerativeneurodiseases.html>
- Mentxakatorre, N. A., Tijero, B., Acera, M. Á., Fernández-Valle, T., Ruiz-Lopez, M., Gómez-Esteban, J. C. y Del Pino, R. (2024). Implication of nutrition in severity of symptoms and treatments in quality of life in Parkinson's disease: A systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1434290. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1434290>
- Mincic, A. M., Antal, M., Filip, L. y Miere, D. (2024). Modulation of gut microbiome in the treatment of neurodegenerative diseases: A systematic review. *Clinical Nutrition*, 43(7), 1832-1849. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.05.036>
- Munteanu, C., Galaction, A. I., Turnea, M., Blendea, C. D., Rotariu, M. y Poștaru, M. (2024). Redox Homeostasis, Gut Microbiota, and Epigenetics in Neurodegenerative Diseases: A Systematic Review. *Antioxidants*, 13(9), 1062. <https://doi.org/10.3390/antiox13091062>
- Naomi, R., Embong, H., Othman, F., Ghazi, H. F., Maruthey, N. y Bahari, H. (2021). Probiotics for Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Nutrients*, 14(1), 20. <https://doi.org/10.3390/nu14010020>
- Nassar, S. T., Tasha, T., Desai, A., Bajgain, A., Ali, A., Dutta, C., Pasha, K., Paul, S., Abbas, M. S. y Venugopal, S. (2022). Fecal Microbiota Transplantation Role in the Treatment of Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Cureus*, 14(10), e29968. <https://doi.org/10.7759/cureus.29968>
- National Human Genome Research Institute (2026). *Microbioma*. <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Microbioma>

- National Institutes of Health (s.f.). *Probióticos*. Recuperado 21 de enero de 2025 de https://ods.od.nih.gov/factsheets/Probiotics-DatosEnEspanol/?utm_source=chatgpt.com
- National Institute on Aging (s.f.). *La enfermedad de Parkinson: Causas, síntomas y tratamientos*. Recuperado 24 de enero de 2025 de <https://www.nia.nih.gov/espanol/parkinson/enfermedad-parkinson-causas-sintomas-tratamientos>
- Nutribiotica (s.f.) *¿Qué es la microbiota? ¿Cómo cuidarla?* <https://nutribiotica.es/microbiota-y-disbiosis/microbiota-que-es/>
- O'Connell, G. C. y Smothers, C. G. (2020). Optimized methodology for product recovery following emulsion PCR: Applications for amplification of aptamer libraries and other complex templates. *Journal of Biological Methods*, 7(1), e128. <https://doi.org/10.14440/jbm.2020.316>
- Olveira, G. y González-Molero, I. (2016). Actualización de probióticos, prebióticos y simbióticos en nutrición clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 63(9), 482-494. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.006>
- Palex (10 de junio de 2020). *La importancia del equilibrio en nuestra Microbiota Intestinal*. <https://ivd.palexmedical.com/innovacion-laboratorio-clinico/la-importancia-del-equilibrio-en-nuestra-microbiota-intestinal/>
- Panaitescu, P. -Ş., Răzniceanu, V., Mocrei-Rebrean, Ş. -M., Neculicioiu, V. S., Dragoş, H. -M., Costache, C. y Filip, G. A. (2024). The Effect of Gut Microbiota-Targeted Interventions on Neuroinflammation and Motor Function in Parkinson's Disease Animal Models—A Systematic Review. *Current Issues in Molecular Biology*, 46(5), 3946-3974. <https://doi.org/10.3390/cimb46050244>
- Porras-García, E., Fernández-Espada Calderón, I., Gavala-González, J. y Fernández-García, J. C. (2023). Potential neuroprotective effects of fermented foods and beverages in old age: A systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1170841. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1170841>
- Purina Institute (s.f.). *Eje intestino-cerebro*. Purina Institute. Recuperado 23 de enero de 2025 de <https://www.purinainstitute.com/es-mx/science-of-nutrition/promoting-gastrointestinal-health/gut-brain-axis>
- ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer? | *Alzheimers.gov*. (s. f.). Recuperado 21 de enero de 2025, de <http://www.nia.nih.gov/es/alzheimer-demencias/enfermedad-alzheimer>
- Radlinski, L. y Conlon, B. (2018). Antibiotic efficacy in the complex infection environment. *Current Opinion in Microbiology*, 42, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.mib.2017.09.007>

- Reyes Esparza, J. A. y Rodríguez Fragoso, L. (2012). Los probióticos: ¿cómo una mezcla de microorganismos hacen un gran trabajo? *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 43(1), 7-17.
- Sanz, Y. (2023). Turning cooperative bacteria into probiotics for human health. *Nature*, 620(7973), 283-284. <https://doi.org/10.1038/d41586-023-02407-w>
- Skowron, K., Budzyńska, A., Wiktorczyk-Kapischke, N., Chomacka, K., Grudlewska-Buda, K., Wilk, M., Wałęcka-Zacharska, E., Andrzejewska, M. y Gospodarek-Komkowska, E. (2022). The Role of Probiotics in Supporting the Treatment of Disturbances in the Functioning of the Nervous System—A Systematic Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(14), 7820. <https://doi.org/10.3390/ijms23147820>
- Solch, R. J., Aigbogun, J. O., Voyiadjis, A. G., Talkington, G. M., Darenbourg, R. M., O'Connell, S., Pickett, K. M., Perez, S. R. y Maragano, D. M. (2022). Mediterranean diet adherence, gut microbiota, and Alzheimer's or Parkinson's disease risk: A systematic review. *Journal of the Neurological Sciences*, 434, 120166. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2022.120166>
- Sugawara, T., Sawada, D., Ishida, Y., Aihara, K., Aoki, Y., Takehara, I., Takano, K. y Fujiwara, S. (2016). Regulatory effect of paraprobiotic *Lactobacillus gasseri* CP2305 on gut environment and function. *Microbial Ecology in Health and Disease*, 27, 30259. <https://doi.org/10.3402/mehd.v27.30259>
- Thiele, K., Smalla, K., Kropf, S. y Rabenstein, F. (2012). Detection of *Acidovorax valerianellae*, the causing agent of bacterial leaf spots in corn salad [*Valerianella locusta* (L.) Laterr.], in corn salad seeds. *Letters in Applied Microbiology*, 54(2), 112-118. <https://doi.org/10.1111/j.1472-765X.2011.03181.x>
- Tran, S. M. -S. y Mohajeri, M. H. (2021). The Role of Gut Bacterial Metabolites in Brain Development, Aging and Disease. *Nutrients*, 13(3), 732. <https://doi.org/10.3390/nu13030732>
- Trejo-Castro, A. I., Carrion-Alvarez, D., Martinez-Torteya, A. y Rangel-Escareño, C. (2022). A Bibliometric Review on Gut Microbiome and Alzheimer's Disease Between 2012 and 2021. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 804177. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.804177>
- Vich Vila, A., et al. (2020) Vich Vila, A., Collij, V., Sanna, S., Sinha, T., Imhann, F., Bourgonje, A. R., Mooiweer, J., Iacono, W. G., McGue, M., van Duyn, C. M., Wijmenga, C., Fu, J., Kurilshikov, A., Campmans-Kuijpers, M. J. E., & Weersma, R. K. (2020). Impact of commonly

- used drugs on the composition and metabolic function of the gut microbiota. *Nature Communications*, 11(1), 362. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-14177-z>
- Xu Lou, I., Ali, K. y Chen, Q. (2023). Effect of nutrition in Alzheimer's disease: A systematic review. *Frontiers in Neuroscience*, 17, 1147177. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1147177>
- Zacharias, H. U., Kaleta, C., Cossais, F., Schaeffer, E., Berndt, H., Best, L., Dost, T., Glüsing, S., Groussin, M., Poyet, M., Heinzl, S., Bang, C., Siebert, L., Demetrowitsch, T., Leyboldt, F., Adelung, R., Bartsch, T., Bosy-Westphal, A., Schwarz, K. y Berg, D. (2022). *Microbiome and metabolome insights into the role of the gastrointestinal-brain axis in neurodegenerative diseases: Unveiling potential therapeutic targets* (No. arXiv:2208.09338). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2208.09338>
- Zhou, X. -P., Sun, L. -B., Liu, W. -H., Zhu, W. -M., Li, L. -C., Song, X. -Y., Xing, J. -P. y Gao, S. -H. (2025). The complex relationship between gut microbiota and Alzheimer's disease: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 104, 102637. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102637>

Un dolor invisible: prevalencia, detección y factores de riesgo de la depresión posparto en España

BLANCA PERAL CABRERA¹

REBECA PARDO-CEBRIÁN²

BELÉN FERNÁNDEZ-CASTILLA²

¹Universidad Europea de Madrid (Madrid, España)

²Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED, España)

Resumen

La depresión posparto (DPP) es una afección poco reconocida a pesar de sus consecuencias graves y duraderas para la salud de las mujeres, sus hijos y sus parejas. Este estudio examinó la prevalencia y las tasas de diagnóstico de la DPP y la relación de tres factores psicosociales con su aparición, apoyo social, diagnóstico anterior de depresión y primiparidad, por medio de un estudio descriptivo correlacional transversal con metodología de encuesta. La muestra estuvo formada por mujeres en los 12 meses siguientes al parto y residentes en España (N = 1147). La prevalencia se midió por medio de la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS). Se halló una prevalencia de DPP de 66,1%, mientras que la tasa de diagnóstico del SNS en la misma muestra había sido de 11,4%. Las puntuaciones en la EPDS correlacionaron con el apoyo social percibido y con un diagnóstico previo de depresión. La prevalencia de la DPP en España parece muy superior al número de casos diagnosticados en el SNS. Deben asignarse recursos acordes a su prevalencia, tanto para medidas preventivas (acciones de sensibilización sobre la DPP y sobre la necesidad de apoyo social durante todo el periodo del posparto) como a medidas correctivas (detección sistemática en los primeros 12 meses después del parto y formación específica del personal de atención primaria de salud) para mejorar las tasas de diagnóstico y tratamiento de los casos efectivos de DPP. También es necesario asignar recursos para investigaciones metodológicamente sólidas con el fin de identificar tratamientos eficaces y seguros para la depresión posparto.

Palabras clave: depresión posparto, factores psicosociales, infradiagnóstico, prevalencia, salud de la mujer.

Introducción

La depresión posparto (DPP) es una forma de depresión de especial interés para las mujeres y su diagnóstico diferencial depende de un único criterio, el momento de su aparición, es decir, el periodo del posparto (APA, 2013; OMS, 2019).

Sin embargo, a día de hoy no se ha llegado a una definición homogénea para este único criterio, no existe acuerdo sobre la duración del posparto entre los propios organismos de clasificación, ni entre esos organismos y las autoridades nacionales de salud.

La 5.ª edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (APA, 2013) se refiere a un «Trastorno depresivo, de inicio en el periparto», sin distinguir entre preparto y posparto, y lo define como el que se produce desde el inicio de la gestación hasta cuatro semanas después del parto, a más tardar.

Por su parte, la 11.ª edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)* (OMS, 2019) incluye la depresión posparto dentro de los «Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio», y la define como el trastorno depresivo que ocurre dentro de las seis semanas posteriores al parto.

Aunque con variaciones del plazo, ambas definiciones parecen restringir el periodo de inicio de la DPP al puerperio definido por criterios biomédicos, es decir, a las cuatro o seis semanas de loquios después del parto («cuarentena»).

Por su parte, el National Health Service (NHS) (Servicio Nacional de Salud) del Reino Unido (2025) y el National Institute of Mental Health (NIMH) (Instituto Nacional de Salud Mental) de los Estados Unidos (2022) definen la depresión posparto como cualquier depresión que comience en los 12 meses siguientes al parto. Un estudio publicado por el NIMH halla, incluso, que la prevalencia de la depresión posparto aumenta a partir de los seis meses siguientes al alumbramiento (Shorey et al., 2018).

En cambio, existe pleno acuerdo sobre las consecuencias de la DPP en ausencia de su detección y atención tempranas: sufrimiento de la madre, riesgo de depresión crónica, interrupción de la lactancia materna, suicidio e infanticidio (APA, 2013), dete-

rioro del vínculo madre-hijo, problemas cognitivos, conductuales e interpersonales en niños pequeños y adolescentes (Liu et al., 2017; Sanger et al., 2015), así como depresión paterna, que correlaciona en un 24-50% con la aparición previa de DPP materna (Wang et al., 2021), y otros problemas en la pareja y la familia (Lasheras et al., 2014; Layton et al., 2021). La secuela de la DPP más respaldada por la evidencia en la progenie son las deficiencias cognitivas en la primera infancia, identificándose también la DPP materna como un factor de riesgo para la aparición del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en el niño (Sanger et al., 2015; Slomian et al., 2019).

A la vista de las graves consecuencias de esta afección, las investigadoras buscaron conocer su prevalencia. Sorprendentemente, en muchas instituciones los datos de la DPP no se desglosan de las estadísticas generales sobre depresión. La propia Organización Mundial de la Salud no publica datos de prevalencia del trastorno depresivo asociado al embarazo, el parto o el puerperio, a pesar de que la entidad nosológica está definida en la CIE-11 (OMS, 2019).

La búsqueda bibliográfica realizada para este estudio tampoco permitió encontrar estimaciones oficiales recientes de prevalencia en España, donde una publicación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España hace referencia a cifras globales de una antigua revisión sistemática (Gavin et al., 2005, citado en Rodríguez-Muñoz et al., 2017), afirmando que la prevalencia de DPP puede alcanzar 19,4%.

Una revisión sistemática y metaanálisis más reciente publicado por el NIMH (Shorey et al., 2018) estima la prevalencia mundial de la depresión posparto en 13%, mientras que el NHS del Reino Unido la calcula en 10% (2025).

Sin embargo, esas cifras son cuestionadas por numerosos autores, que señalan una importante infraestimación de la DPP (Faisal-Cury et al., 2021; Glavin y Leahy-Warren, 2013; Lasheras et al., 2014). Esta infraestimación se debe, en primer lugar, a factores metodológicos como la ausencia de procedimientos de detección sistemática; la heterogeneidad de los periodos considerados para su diagnóstico diferencial, que no solo dificulta establecer plazos para su detección, sino que dificulta también determinar y comparar de forma consistente datos de prevalencia referidos a diferentes marcos temporales, y, por último, la fal-

ta de acuerdo en los puntos de corte estimados para el diagnóstico (Glavin y Leahy-Warren, 2013; Slomian et al., 2019). En el caso de España, un factor añadido es la falta de formación de los profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) para detectar y atender las afecciones de salud mental en general (Araña-Suárez, 2009; Pastor-Sirera, 2008), al igual que ocurre con los profesionales de salud mental de otros países respecto de la DPP (Grissette et al., 2018).

Además de los factores metodológicos, varias razones psicosociales dificultan también la detección de la DPP al impedir la petición de ayuda por parte de las madres que la padecen: la falta de información sobre la propia existencia del trastorno (Dennis y Chung-Lee, 2006; Grissette et al., 2018), el «doble estigma» que recae sobre las mujeres como enfermas de depresión y madres inadecuadas (McLoughlin, 2013; NICE, 2020) y la trivialización del concepto de *baby blues*, que normaliza los signos del trastorno depresivo en los entornos familiar, social y sanitario (Bass y Bauer, 2018).

Aún a pesar de estos factores de subestimación, las tasas de DPP siguen duplicando la prevalencia de la depresión en población general (que era de 6,7% en 2017 en España según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). Este simple dato debería ser motivo de un interés activo en su detección como primer e imprescindible paso para su tratamiento eficaz.

Frente a la escasez anterior de estudios y datos sobre prevalencia de la DPP en España, la pandemia de COVID-19 parece haber marcado un punto de inflexión. Solo en el año 2021 se publicaron ocho estudios sobre los efectos de la pandemia en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en el embarazo y periparto en España, aunque todos ellos adolecían de limitaciones metodológicas en cuanto a tamaño muestral, representatividad geográfica o uso de instrumentos no validados para evaluar la depresión (Motrico et al., 2022). En su estudio publicado en 2022 sobre los efectos de la pandemia en la depresión y ansiedad perinatal en España, Motrico y sus colaboradores encuentran una prevalencia de DPP del 49% en los seis meses posteriores al parto, estimando que la pandemia ha aumentado considerablemente las tasas de esa afección.

De hecho, un estudio anterior de la UE señala las razones del significativo aumento de la ansiedad y la depresión perinatales

(desde el embarazo hasta seis meses después del parto) en varios países a raíz de la pandemia: la propia amenaza pandémica, el confinamiento con sus efectos secundarios de soledad y aislamiento social, las barreras para pedir ayuda, las restricciones prolongadas del contacto social, el deterioro de la atención sanitaria, la dificultad del acceso a los servicios sanitarios, el aumento de la violencia doméstica, la incertidumbre en el empleo, la reducción de los ingresos y las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar (Motrico et al., 2020).

Un estudio publicado por el NIMH sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la ansiedad y la depresión en Canadá (Zhang et al., 2022) halló que en todo el periodo del periparto, la ansiedad y la depresión solo aumentaban significativamente (2,6 veces) durante el posparto, definido como las seis a diez semanas posteriores al parto.

Por último, a diferencia del resto de hallazgos sobre el impacto de la pandemia en la DPP, un estudio reciente en un centro de salud de los Estados Unidos (Waschmann et al., 2022) encontró una incidencia estable de DPP (18,1 %) en los tres primeros meses tras el parto, a pesar de un aumento de la prevalencia general de trastornos del estado de ánimo previos al parto debido a la pandemia.

Cabe señalar, sin embargo, que el interés por el deterioro de la salud mental provocado por la pandemia no se ha traducido en la asignación de medios suficientes para mejorar el modelo de atención a la salud mental en España (Salgado Ruiz, 2022).

Llegados a este punto de la búsqueda bibliográfica, las autoras tomaron conciencia de una evidencia: a pesar de su inclusión en las clasificaciones internacionales de enfermedades, a pesar de su elevada y, probablemente, subestimada prevalencia, a pesar de la disponibilidad de un instrumento de detección sencillo y fiable [la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) (Levis et al., 2020)] y a pesar de los datos reunidos sobre sus graves consecuencias para la salud física y mental de las madres, de los niños y de las familias en general, la depresión posparto parece ser desestimada por la comunidad clínica e investigadora.

En efecto, no existen esfuerzos de armonización basados en la evidencia para lograr una definición homogénea del plazo que permita su diagnóstico diferencial; apenas se producen datos oficiales precisos sobre su prevalencia; no se aplica ningún protoco-

lo de cribado sistemático para poder tratar el sufrimiento que provoca esta afección, y no se realizan ensayos suficientes, ni en número ni en calidad metodológica, sobre la eficacia y seguridad de los tratamientos de la DPP (Brown et al., 2021; Cuijpers et al., 2015).

Las autoras del presente estudio identificaron, así, un caso de sesgo de género en las ciencias de la salud, definido como un sesgo que lleva a desestimar o descuidar en la investigación y la clínica las formas de enfermar o sanar propias de un género, muy probablemente el femenino, aunque sus consecuencias afectan, en última instancia, a ambos géneros (Tasa-Vinyals et al., 2015). De hecho, la aparición de DPP en la madre correlaciona fuertemente (24 % a 50 %) con la posterior depresión de la pareja, que se produce entre 1,25 % y el 25,5 % de los casos (Wang et al., 2021), en los que la falta de apoyo social es también un factor de riesgo significativo (Bielawska-Batorowicz y Kossakowska-Petrycka, 2006).

Por lo tanto, el presente estudio ha incorporado la perspectiva de género al estructurar su trabajo de investigación. En efecto, al igual que la APA, formulan esta recomendación el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE) y, a escala nacional, el Ministerio de Ciencia e Innovación de España, que advierte a la comunidad investigadora del peligro de la *ceguera de género*, «consistente en no considerar la dimensión de género como categoría significativa para el abordaje e interpretación de los problemas de investigación» (Caprile, 2012, p. 6).

En este mismo sentido, desde 1992, Frank y Frank indican que el enfoque de género puede arrojar luz sobre la etiología de una afección frente al mero concepto de *enfermedad*, que saca del campo de visión del investigador los posibles condicionantes sociales y económicos que conducen al fenómeno objeto de estudio.

Por lo tanto, por razones epistemológicas, teóricas y éticas, el presente estudio ha incorporado a los objetivos de su investigación la valoración de factores psicosociales que puedan correlacionarse con los resultados hallados.

De hecho, importantes revisiones sistemáticas y metaanálisis han explorado los factores contextuales que predicen la DPP. Los predictores psicosociales más comúnmente identificados fueron la escasez de apoyo social percibido, un diagnóstico previo de

depresión y los acontecimientos vitales estresantes (Hutchens y Kearney, 2020; Yim et al., 2015). Curiosamente, un reciente estudio longitudinal identifica la reducción del apoyo social tras el parto como un factor de riesgo de depresión más significativo que el valor absoluto de dicho apoyo, en referencia al patrón de alto apoyo social percibido durante el embarazo hasta el parto y su brusco descenso tras el alumbramiento (Seymour-Smith et al., 2021).

Con arreglo a estas consideraciones previas, se establecieron tres objetivos de investigación para el estudio: la prevalencia de DPP en una muestra de mujeres residentes en España, basada en el periodo completo de 12 meses de posparto y en la puntuación de corte de la EPDS a efectos de prevalencia epidemiológica validada para España (García-Esteve et al., 2003) (objetivo 1); la detección efectiva de casos de DPP en el Sistema Nacional de Salud español (SNS), (objetivo 2), y las posibles correlaciones de la DPP con factores psicosociales (objetivo 3).

De acuerdo con estos tres objetivos, hipotetizamos que la prevalencia de depresión posparto en una muestra de mujeres en España, evaluada por medio de la EPDS, sería superior a las estimaciones oficiales (hipótesis 1); un elevado número de mujeres que padecen depresión posparto no habían sido diagnosticadas ni tratadas por los profesionales sanitarios del SNS (hipótesis 2), y un escaso apoyo social percibido, un diagnóstico previo de depresión y la primiparidad como acontecimiento vital estresante serían factores de riesgo de DPP (hipótesis 3).

Además, al estudiar los datos recogidos en la encuesta, se plantearon dos nuevas preguntas de investigación que no se habían formulado ni hipotetizado inicialmente. Dado que estas preguntas de investigación no se especificaron *a priori*, las denominamos preguntas de investigación *exploratorias*.

La primera de esas dos preguntas era si se producía un aumento en las puntuaciones de la EPDS y en la prevalencia de la DPP después de tres y seis meses del parto. Esta pregunta se formuló para interpretar nuestros resultados frente a los de Waschmann et al. (2022), que encontraron que la incidencia de DPP se mantuvo estable durante la pandemia en los tres meses posteriores al parto, y frente a los resultados de Motrico et al. (2022), que encontraron una prevalencia de DPP en España muy superior a las demás estimaciones en un periodo de seis meses des-

pués del parto, pero significativamente inferior a la de este estudio en una muestra seleccionada de forma similar.

Una segunda pregunta de investigación exploratoria era si el diagnóstico de DPP en el SNS dependía de la gravedad de la DPP o de otros factores relacionados con el médico o el paciente.

Métodología

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo correlacional transversal basado en la metodología de encuesta.

Participantes

Se accedió a la muestra mediante una técnica de muestreo no probabilístico o de conveniencia. En total, 1527 mujeres de entre 19 y 52 años cumplimentaron voluntariamente el cuestionario. Todas ellas cumplían el criterio de inclusión de la mayoría de edad, 63 fueron excluidas por no cumplir el criterio relativo al lugar de residencia (España) y 308 por no cumplir el criterio de responder a la encuesta en los 12 meses siguientes a la fecha del parto.

Por último, se excluyó a nueve participantes por haber recibido otros diagnósticos de salud mental distintos de la depresión en el SNS.

Para las 1147 participantes restantes, las fechas medias se establecieron en el 18/2/2022 para determinar el final del primer trimestre tras el parto y en el 17/11/2021 para el final del primer semestre posparto, con el fin de poder dividir la muestra en función de estos criterios. Los datos sociodemográficos de las participantes figuran en la tabla 1. El perfil típico de la muestra es el de una mujer de 34 años, casada o conviviente de hecho, con estudios superiores, asalariada con empleo indefinido, residente en zona urbana y primípara. Entre las participantes se observa una frecuencia relativa de 11,4 % de casos de DPP diagnosticados en el SNS, cerca del extremo inferior de las cifras registradas a nivel europeo (10-15 %) antes de la pandemia.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes (N = 1147)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Primiparidad		
Sí	905	78,9 %
No	242	21,1 %
Estado civil		
Soltera	266	23,2 %
Casada o conviviente de hecho	863	75,3 %
Separada o divorciada	14	1,2 %
Viuda	0	0,0 %
Prefiero no contestar	3	0,3 %
Nivel de estudios		
Sin estudios	2	0,2 %
Secundaria	55	4,8 %
Formación profesional	234	20,4 %
Superiores	855	74,5 %
Prefiero no contestar	1	0,1 %
Ocupación		
Asalariada con contrato indefinido	726	63,3 %
Asalariada con contrato temporal	104	9,1 %
Trabajadora por cuenta propia	100	8,7 %
Dedicada a las labores del hogar, al cuidado de niños u otras personas	93	8,1 %
Parada	114	9,9 %
Estudiante	10	0,9 %
Zona de residencia		
Rural	189	16,5 %
Urbana	958	83,5 %
Diagnóstico de DPP en el SNS		
Sí	131	11,4 %
No	1016	88,6 %
Diagnóstico anterior de depresión		
Sí	212	18,5 %
No	935	81,5 %
Otros	9	0,8 %

Nota: DT: desviación típica

Procedimiento e instrumentos

El instrumento global, un formulario propio compuesto de los instrumentos que se relacionan a continuación, fue una encuesta *online* elaborada en Google Forms a la que las participantes respondieron de forma autoaplicada.

Datos sociodemográficos

Los datos sobre edad, nivel de estudios, ocupación y estado civil se registraron según las categorías establecidas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para sus encuestas (2022).

Factores psicosociales

Los tres factores psicosociales elegidos son los tres principales predictores de DPP (apoyo social percibido, diagnóstico previo de depresión y acontecimientos vitales estresantes) identificados en el *Postpartum depression predictors inventory-revised (versión prenatal)* validado en población española (Rodríguez-Muñoz et al, 2017), tomando la primiparidad como acontecimiento vital estresante (Kingston et al., 2012) debido a la facilidad de recogida de ese dato y también a la frecuencia creciente de dicho factor: en la población residente en España, el número de hijos por mujer era de 1,10 en 2024 [Instituto Nacional de Estadística (INE), 2024].

Los ítems para evaluar el apoyo social se tomaron de los tres factores subyacentes identificados en tres cuestionarios sobre apoyo social validados en población española: *Medical Outcome Study (MOS)* (De la Revilla-Ahumada y Bailón-Muñoz, 2014), con una consistencia interna adecuada (entre 0,84 a 0,91 para las diferentes subescalas), y un alfa de Cronbach total de 0,93; *Arizona Social Support Interview Scale (ASSIS)*, con una fiabilidad de 0,82 (López Verdugo et al., 2007) y vínculos interpersonales de apoyo (VIDA), con un valor del alfa de Cronbach entre 0,94 y 0,96 (Calvo-Francés y Alemán-Ruiz, 2017).¹

Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)

Para explorar un posible infradiagnóstico de la depresión posparto, se utilizó el instrumento más reconocido para la detección de la DPP, la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), que consta de diez ítems para responder en una escala

1. Los autores pueden facilitar la encuesta completa previa solicitud.

tipo Likert de 4 puntos (0 a 3), en su versión validada en población española (García-Esteve et al., 2003). La puntuación de la prueba varía entre 0 y 30. En la versión validada para la población española, el punto de corte se establece en 10/11 para depresión mayor y menor combinadas, con una sensibilidad del 79 % y una especificidad del 95,5 %, un valor predictivo positivo del 63,2 % y negativo del 97,7 % (García-Esteve et al., 2003). El punto de corte ≥ 11 está validado para determinar la prevalencia epidemiológica en la población española (Terrén et al., 2003) y proporciona la mejor combinación de especificidad (81 %) y sensibilidad (88 %) (Levis et al., 2020). En nuestra muestra, la fiabilidad (alfa de Cronbach) de este instrumento fue de 0,90.

Difusión del cuestionario propio

Tras la aprobación de la investigación por el Comité de Ética de la Universidad Europea (CIPI/22.154), y previamente a su difusión a través de Google Forms, el cuestionario se sometió a un pilotaje por una doctora en psicología experta en metodología y una psicóloga sanitaria experta en psicología y género. Los objetivos eran evaluar la pertinencia de los ítems para cubrir los objetivos de datos que recoger para su posterior análisis, la claridad de la redacción, la adecuación de las opciones de respuesta y la idoneidad de la encuesta en su conjunto.

Tras recibir los resultados del pilotaje, el cuestionario se ajustó en consecuencia. A continuación, el formulario en línea se difundió por correo electrónico a asociaciones relacionadas con el puerperio y a través de una cuenta dedicada de Instagram, a otras cuentas relacionadas con el puerperio en esa red social. Para aumentar el número de respuestas, tras las dos primeras semanas se contrató en Instagram la promoción de una publicación que presentaba la investigación y remitía al enlace de la encuesta en el segmento de población «mujeres, de 18 a 50 años, residentes en España, intereses: “maternidad”, “bebés”». Se eligió Instagram por ser la red social con mayor representación de la población objetivo en España (The Social Media Family, 2022). Se consiguió así un aumento muy significativo de respuestas. Todas las participantes voluntarias recibieron un enlace de internet al cuestionario de Google Forms. La encuesta estuvo abierta durante 31 días, del 9 de mayo al 8 de junio de 2022.

A continuación, los datos recogidos en el formulario se descargaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y se categori-

zaron para su posterior análisis con el paquete estadístico SPSS v. 28 para Mac. El nivel de significación considerado fue $\alpha = 0,05$.

Análisis estadísticos

Para obtener la prevalencia de DPP en la muestra, se calculó la proporción de mujeres del conjunto de datos que habían obtenido una puntuación ≥ 11 en la EPDS. Para determinar si la proporción era significativamente mayor que otras estimaciones a escala mundial y española (13 %, Shorey et al, 2018; 49 %, Motrico et al., 2022), se aplicó una prueba unilateral de proporciones ($\alpha = 0,05$) de una muestra.

Para comprobar nuestra segunda hipótesis, calculamos la proporción de mujeres de nuestra muestra con una puntuación ≥ 11 en la EPDS que no habían sido diagnosticadas de DPP en el SNS.

Por último, para comprobar la tercera hipótesis, se obtuvieron coeficientes de correlación de Pearson entre las variables «apoyo social percibido» y «EPDS», y coeficientes de correlación biserial entre la variable «primiparidad», «diagnóstico previo de depresión» y «EPDS». Las variables que se correlacionaron significativamente con las puntuaciones de la EPDS se introdujeron después en una regresión de mínimos cuadrados ordinarios para determinar su poder explicativo de las puntuaciones de la EPDS. Las variables continuas se centraron antes de los análisis de regresión.

En relación con nuestras preguntas exploratorias de investigación, aplicamos un análisis de varianza (ANOVA) para evaluar las diferencias en las puntuaciones medias de la EPDS de las mujeres en el primer trimestre, el segundo trimestre y el segundo semestre después del parto.

Cuando se detectaron diferencias significativas entre los grupos en el ANOVA, se llevaron a cabo pruebas de medias *post hoc* aplicando la corrección de Bonferroni, si se podía suponer una varianza igual, o la corrección de Dunnett, si no se podía suponer una varianza igual. Se calcularon los tamaños del efecto (diferencias de medias estandarizadas, también conocidas como *d* de Cohen) para interpretar la magnitud de la diferencia en las puntuaciones de la EPDS entre los grupos. Estas diferencias de medias estandarizadas se interpretaron según las directrices de Cohen (1988): un valor de 0,2 indica una diferencia pequeña, 0,5 una diferencia moderada y 0,8 una diferencia grande entre los grupos.

Para determinar si la prevalencia de DPP aumentaba a lo largo de los tres intervalos posparto (primer trimestre, segundo trimestre y segundo semestre), se aplicaron tres pruebas unilaterales de proporciones de dos muestras, comparando cada vez la prevalencia de DPP en dos de estos intervalos de tiempo. También se aplicó la corrección de Bonferroni en los análisis para controlar el error de tipo I, considerando un nivel de significación de $\alpha = 0,018$, que corresponde al nivel de significación considerado (0,05), dividido por el número de comparaciones realizadas (3).

Por último, para la segunda pregunta exploratoria de la investigación, se aplicó una prueba *t* de muestras independientes que comparaba las puntuaciones EPDS de las mujeres que habían recibido un diagnóstico de DPP en el SNS y las que no lo habían recibido. También se proporciona el tamaño del efecto *d* de Cohen para cuantificar la magnitud de la diferencia entre la puntuación media de la EPDS de estos grupos.

Resultados

En cuanto a la prevalencia de DPP en una muestra de mujeres en España (hipótesis 1), hallamos que 758 mujeres de las 1147 encuestadas tenían una puntuación ≥ 11 en la EPDS, es decir, el 66,1 % de la muestra.

La prueba unilateral de proporciones de una muestra mostró que esta proporción, 0,66, era significativamente mayor que la proporción de mujeres diagnosticadas con DPP según la revisión de Shorey et al. (2018), que es 0,13 ($Z = 53,59$, valor *p* unilateral $< 0,001$). Además, una segunda prueba unilateral de proporciones de una muestra mostró que la proporción de mujeres diagnosticadas de DPP fue significativamente mayor en la muestra del presente estudio que la informada por Motrico et al., (2022), que fue de 0,49 ($Z = 11,57$, valor *p* unilateral $< 0,001$).

Con respecto a la hipótesis 2, que proponía que un elevado número de mujeres que padecían DPP no habían sido diagnosticadas ni tratadas por los profesionales sanitarios, encontramos que el 54,8 % de las mujeres de la muestra no habían sido diagnosticadas de DPP en el SNS a pesar de tener una puntuación EPDS indicativa de DPP (≥ 11). Otro 11,4 % de las mujeres de nuestro conjunto de datos habían sido diagnosticadas de DPP en el SNS y tenían una

puntuación EPDS ≥ 11 . Solo el 0,2% de las mujeres ($n = 2$) diagnosticadas de DPP en el SNS no cumplían los criterios para el diagnóstico por su puntuación EPDS (véase tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de las variables «diagnóstico de DPP en el SNS» y «diagnóstico de DPP por puntuación EPDS»

		EPDS < 11	EPDS ≥ 11	Total
Diagnóstico de DPP en el SNS	No	387 (33,7%)	629 (54,8%)	1016 (88,6%)
	Sí	2 (0,2%)	129 (11,2%)	131 (11,4%)
	Total	389 (33,9%)	758 (66,1%)	1147 (100%)

Finalmente, en nuestra hipótesis 3, consideramos que el «apoyo social percibido», el «diagnóstico anterior de depresión» y la «primiparidad» como acontecimiento vital estresante podrían ser factores de riesgo de la depresión posparto. En la tabla 3 se muestran los coeficientes de correlación de Pearson y biserial puntual entre el «apoyo social percibido», el «diagnóstico anterior de depresión», la «primiparidad» y las puntuaciones de DPP según la EPDS. El «apoyo social percibido» correlacionó inversamente con las puntuaciones en la EPDS ($r = -0,142$; $p < 0,001$), aunque la magnitud de la correlación es baja. Asimismo, el «diagnóstico anterior de depresión» correlacionó positivamente con las puntuaciones en la EPDS ($r = 0,191$; $p < 0,001$), si bien la magnitud también fue pequeña. No se encontró correlación entre la «primiparidad» y la puntuación en la EPDS.

Tabla 3. Coeficientes de correlación de Pearson y biserial puntual entre las variables de interés

	Apoyo social percibido	Depresión anterior	Primiparidad	EPDS
Apoyo social percibido	-			
Depresión anterior	-0,055	-		
Primiparidad	0,022	-0,007	-	
EPDS	-0,142**	0,191**	0,028	-

Notas: Dx = diagnóstico; *valor $p < 0,05$; **valor $p < 0,01$; ***valor $p < 0,001$

Las variables «diagnóstico anterior de depresión» y «apoyo social percibido» se introdujeron como variables predictoras en una regresión de mínimos cuadrados ordinarios y las puntuaciones EPDS se introdujeron como variable dependiente. Los resultados de esa regresión mostraron que, a mayor apoyo social percibido correspondían menores puntuaciones EPDS ($B = -0,50$; $t = -4,57$; $p < 0,001$). Por cada aumento de una unidad en el apoyo social percibido, se observa una disminución de 0,50 unidades en las puntuaciones de DPP. Además, la puntuación media de DPP en las mujeres con un diagnóstico anterior de depresión ($M = 16,17$) fue estadísticamente diferente de la puntuación media de las mujeres sin ese diagnóstico ($M = 13,19$; $t = 6,37$; $p < 0,001$). Estas variables explicaron el 5,4% de la varianza de las puntuaciones de DPP.

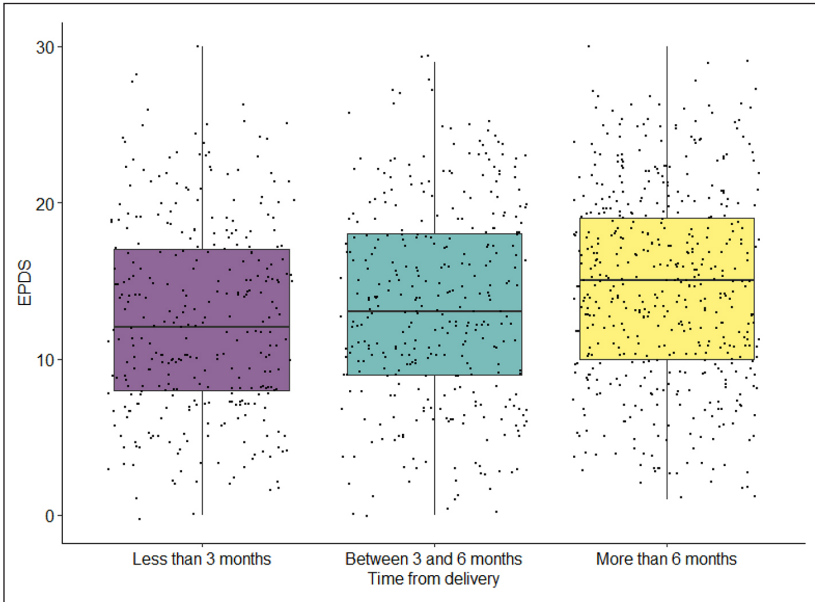
Resultados de los análisis exploratorios

La primera pregunta exploratoria relacionada con la hipótesis 1 era si las puntuaciones medias en la EPDS y la prevalencia de DPP aumentaban a partir de los tres y seis meses del posparto. En lo que respecta a las puntuaciones de la EPDS, se podía suponer que existían varianzas iguales en las observaciones de los tres grupos (prueba de Levene: 0,241; $p = 0,786$). El ANOVA mostró que existían diferencias significativas entre las medias ($F = 11,25$; $p < 0,001$; parcial $\eta^2 = 0,019$; véase la figura 1). La prueba *post hoc* de Bonferroni mostró que la puntuación media de la EPDS era significativamente mayor en las mujeres que habían dado a luz más de seis meses antes ($M = 14,64$; $DT = 6,18$; $n = 492$) que en las mujeres que habían dado a luz entre tres y seis meses antes ($M = 13,54$; $DT = 6,35$; $n = 341$; $p = 0,039$; d de Cohen = 0,18) y menos de tres meses antes ($M = 12,54$; $DT = 6,22$; $n = 324$; $p < 0,001$; d de Cohen = 0,34). La magnitud de la diferencia es respectivamente pequeña y moderada, como muestran los valores d de Cohen. No se encontraron diferencias entre las medias de puntuación EPDS de las mujeres que habían dado a luz menos de tres meses antes y de tres a seis meses antes ($p = 0,118$).

La primera prueba unilateral de proporciones de dos muestras mostró que la prevalencia de DPP era significativamente mayor en las mujeres que habían dado a luz entre tres y seis meses antes (66,6%) que en las mujeres que habían dado a luz me-

nos de tres meses antes (55,9%; $Z = -2,83$; $p = 0,002$). Sin embargo, la prevalencia de DPP en mujeres que habían dado a luz hacía más de seis meses (72,4%) no fue significativamente mayor que la observada en mujeres que habían dado a luz entre tres y seis meses antes de la encuesta (66,6%; $Z = -1,79$; $p = 0,037$).²

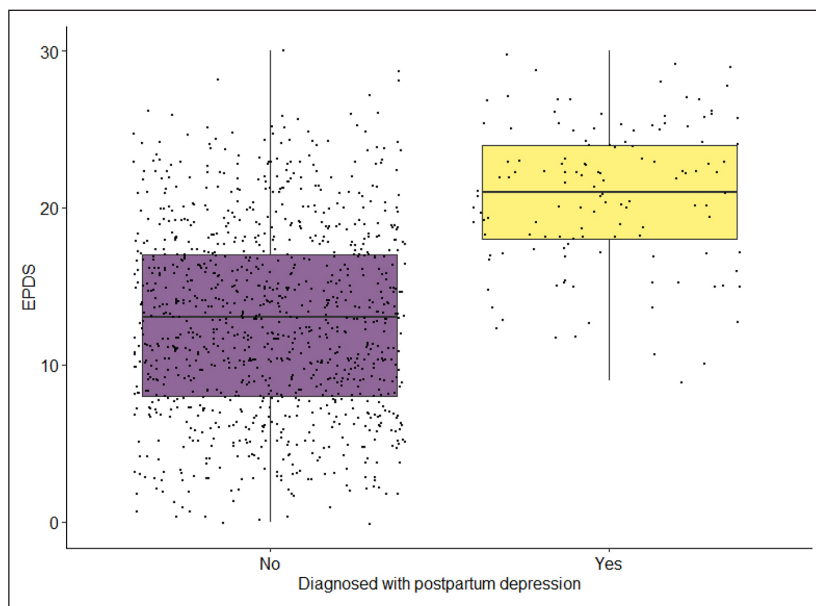
Figura 1. Diagramas de caja de las puntuaciones EPDS en función del tiempo transcurrido desde el parto. (<3 meses, >3 y <6 meses, > 6 meses)



La segunda pregunta exploratoria relacionada con la hipótesis 2 era si las mujeres diagnosticadas de DPP en el SNS tenían una puntuación media en la EPDS más alta que las mujeres que no habían sido diagnosticadas. Una prueba *t* de Student de muestra independiente indicó que las mujeres diagnosticadas de DPP en el SNS tenían puntuaciones significativamente más altas en la EPDS ($M = 20,76$; $DE = 4,51$; $n = 131$) que las que no lo habían sido ($M = 12,83$; $DE = 5,92$; $n = 1035$; $t = -7,94$; $p < 0,001$; *d* de Cohen = 5,77). La magnitud de la diferencia es muy grande, como muestra el gran tamaño del efecto *d* de Cohen (véase la figura 2).

2. Téngase en cuenta que el nivel de significación de estos análisis es de 0,018 para evitar errores de tipo I con efectos inflados.

Figura 2. Diagramas de caja de las puntuaciones EPDS de las mujeres diagnosticadas con DPP en el SNS y el resto de la muestra



Discusión

El presente estudio ha aportado datos significativos sobre la situación actual de la DPP en España: una prevalencia superior a la estimada en una amplia muestra transversal, bajas tasas de detección y tratamiento, relación de dos de los factores psicosociales considerados (apoyo social percibido y diagnóstico previo de depresión) con la puntuación de depresión posparto y nula relación con el tercero (primiparidad). Por último, se ha observado que la prevalencia de la DPP aumenta significativamente a partir de los tres meses de posparto, así como su gravedad más allá de los seis meses.

En cuanto a nuestra hipótesis 1 (la prevalencia de depresión posparto en una muestra de mujeres en España, evaluada por medio de la EPDS, es superior a las estimaciones oficiales), se ha encontrado que las tasas de DPP en la muestra son significativamente superiores a los datos de las estimaciones oficiales mundiales. El resultado de una prevalencia de depresión posparto del

66,1 % en la población encuestada está muy por encima de la cifra del 10-15 % estimada poco antes de la pandemia (NICE, 2020; Shorey et al., 2018), muy por encima también de la prevalencia del 14,11 % encontrada por Zhang et al. (2022), significativamente por encima, incluso, del 49 % encontrado en un estudio anterior sobre prevalencia de DPP en España en 2020 (Motrico et al., 2022) y también muy por encima de la incidencia estable del 18,1 % encontrada por Waschmann et al. (2022).

Este exceso de prevalencia en la muestra del estudio frente a todas las demás estimaciones debe interpretarse a la luz de tres factores.

El primero es el mencionado obstáculo metodológico de la heterogeneidad en cuanto a la definición del periodo de inicio de la DPP y a los puntos de corte estimados para el diagnóstico, que dificulta la comparación de los datos de los distintos estudios.

Los datos de prevalencia de Zhang et al. (2022) se basan en una puntuación de corte de la EPDS de ≥ 13 y se refieren a las seis a diez semanas después del parto, cuando la DPP está en su punto más bajo según nuestros resultados. Lo mismo ocurre con el lapso de tres meses tras el parto considerado por Waschmann et al. (2022) para calcular la incidencia, basado en una puntuación de ≥ 10 . Los datos de prevalencia de Motrico et al. (2022) corresponden a una puntuación de corte de ≥ 10 en un periodo de seis meses posparto, a partir del cual está documentado un aumento de la prevalencia (Shorey et al., 2018). En cuanto al presente estudio, que ha observado el máximo rigor metodológico, se refiere a un periodo completo de 12 meses de posparto y se basa en una puntuación de corte de ≥ 11 .

Los factores metodológicos inciden también en cuanto al momento de la recogida de «datos pandémicos»: de enero a junio de 2020 para Waschmann et al. (2022) –cuando al menos las primeras semanas del periodo estaban bastante libres de los efectos de la pandemia fuera de China–, de junio a diciembre de 2020 para Motrico et al. (2022), de marzo de 2020 a febrero de 2021 para Zhang et al. (2022) y de mayo a junio de 2022 para el presente estudio; es decir, 26 meses después del inicio de las restricciones pandémicas fuera de China. Es razonable plantear la hipótesis de que cada mes añadido de pandemia, con sus consecuencias de aislamiento social prolongado, incertidumbre y res-

tricciones de diferentes tipos, puede haber incrementado la magnitud de los factores de riesgo de DPP.

La segunda variable que contribuye a explicar el exceso de prevalencia hallado frente a las tasas estimadas por otros estudios es el factor de subestimación crónica de la DPP debida a la ausencia de procedimientos sistemáticos de cribado, a la falta de formación específica de los profesionales sanitarios y a los obstáculos psicosociales que dificultan la búsqueda de ayuda por parte de las mujeres (Glavin y Leahy-Warren, 2013; Grissette et al., 2018; Lasheras et al., 2014), agravados por la pandemia (Motrico et al., 2020).

Una tercera razón, según se desprende del análisis del estudio de Waschmann et al. (2022), es el diferente significado intercultural de los mismos factores socioculturales que parecen haber desempeñado un papel en la estabilidad de la incidencia hallada en el centro estadounidense estudiado. El confinamiento de las parejas quizás tuviera un impacto cohesivo en las familias estudiadas en el noroeste del Pacífico, mientras que el aislamiento de la familia extensa y de los amigos supuso una fuerte disminución del apoyo social esperado por las mujeres en España y otros países. El mismo confinamiento de las parejas en sus domicilios, que pudo suponer un apoyo en el noroeste del Pacífico, condujo a un aumento de la violencia doméstica en muchos países, y también en España (Lorente-Acosta, 2020). Y el recurso al teletrabajo quizás facilitó la conciliación de la vida laboral y familiar en la muestra norteamericana, pero hizo más difícil esa conciliación para las mujeres en España, donde, por el contrario, el confinamiento intensificó la brecha de género (Seiz, 2020). Estos efectos del confinamiento en la vida familiar en España –la disminución del apoyo social percibido, el aumento de la violencia doméstica y la ampliación de la brecha de género– pueden ser razones por sí solas para un aumento de la incidencia y de la prevalencia de la DPP como consecuencia de la pandemia.

En cuanto a la hipótesis 2 de nuestro estudio (un elevado número de mujeres con DPP no fueron diagnosticadas ni tratadas en el sistema sanitario), ha sido apoyada por la diferencia entre la frecuencia de puntuaciones EPDS por encima del valor de corte y la de casos diagnosticados en el SNS en la misma muestra. Aproximadamente una de cada seis mujeres con puntuaciones indicativas de DPP recibió un diagnóstico del SNS, quedando las cinco restantes sin diagnosticar ni tratar, lo que corrobora las altas tasas

de infradiagnóstico de DPP señaladas previamente por varios autores (Glavin y Leahy-Warren, 2013; Lasheras et al., 2014).

Como confirma nuestro primer resultado exploratorio (solo se diagnosticaron los casos más graves de DPP), una de las causas del infradiagnóstico de la DPP es la inadecuada formación en salud mental de los profesionales de atención primaria en España (Araña-Suárez, 2009; Pastor-Sirera, 2008), al igual que sucede respecto de la formación en DPP entre los profesionales de salud mental de otros países (Grissette et al., 2018). Otras razones corroboradas por las respuestas a nuestra encuesta son los obstáculos que frenan la petición de ayuda por parte de las mujeres.

En cuanto a nuestra hipótesis 3, y última, (la puntuación de DPP correlaciona con el apoyo social percibido, un diagnóstico anterior de depresión y la primiparidad), se confirmó la relación con el apoyo social percibido y con un diagnóstico previo de depresión, no con la primiparidad.

De hecho, la escasez de apoyo social es uno de los factores de riesgo de DPP más apoyados por la evidencia, como se muestra en la revisión paraguas (*umbrella revision*) de Hutchens y Kearney (2020), y en numerosas revisiones y metaanálisis en los que este predictor aparece consistentemente en primer o segundo lugar (Rodríguez-Muñoz et al., 2017; Usmani et al., 2021; Yang et al., 2022).

También se ha confirmado que un diagnóstico previo de depresión es un factor de riesgo de DPP en nuestra muestra, lo que subraya la necesidad de prestar especial atención en el posparto a esas mujeres para las que un tratamiento antidepresivo previo puede haber provocado la remisión de los síntomas sin que hayan adquirido habilidades adaptativas de afrontamiento.

En cuanto a la primiparidad, por último, no se encontró asociada a una mayor prevalencia de DPP a pesar de su potencial para ser considerada como un acontecimiento vital estresante, posiblemente por el aumento del apoyo familiar y social que acompaña en España a la mujer primípara.

Conclusiones

La principal conclusión del presente estudio es la confirmación de que la depresión posparto es un problema de salud mental

importante, tanto por su prevalencia como por su tasa de infra-diagnóstico.

La continuada subestimación de la DPP pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios oficiales de prevalencia mediante acciones de detección sistemática como primer paso para diseñar medidas políticas, sociales y sanitarias que permitan prevenir y tratar la DPP y evitar, así, en la medida de lo posible el acervo de sufrimiento humano que causa a mujeres, hombres y niños.

Es importante señalar que a partir del hallazgo de un fuerte aumento de la prevalencia de DPP después de tres meses y del aumento de su gravedad después de seis meses tras el parto, los esfuerzos de detección y tratamiento deben extenderse durante todo el periodo de los 12 meses siguientes al parto e, incluso, intensificarse después de tres y seis meses tras el alumbramiento.

Por lo tanto, se propone que las acciones para prevenir, diagnosticar y tratar la DPP incluyan campañas de sensibilización sobre la existencia misma de la DPP y sobre la necesidad de apoyo social durante el año completo posterior al parto; procedimientos de detección sistemática durante los 12 meses posteriores al parto, especialmente después de los tres y los seis meses siguientes, con especial atención a las mujeres con diagnóstico previo de depresión; formación adecuada de los profesionales médicos y de enfermería de la atención primaria para reconocer y tratar la DPP, y la rentable incorporación de un número suficiente de psicólogos habilitados en el sistema de atención primaria (Araña-Suárez, 2009).

Por último, en cuanto a los factores que afectan a los resultados del presente estudio, señalaremos los siguientes:

Entre sus fortalezas, la consideración de un periodo de posparto conforme al criterio biopsicosocial admitido (12 meses), el tamaño de su muestra y el uso de la puntuación EPDS de corte validada para estimar la prevalencia epidemiológica en España (≥ 11).

Su principal limitación es el muestreo de conveniencia, en el que pueden haberse introducido variables extrañas. Por ejemplo, debido a la estigmatización de la DPP, puede haber habido una sobrerrepresentación de mujeres con DPP en las respuestas a la encuesta como consecuencia de una necesidad de reconocimiento y validación frente al estigma.

Una segunda limitación es la ausencia de datos de referencia sobre la prevalencia de la DPP en España antes de 2020. Esta li-

mitación impidió evaluar el impacto de la pandemia en la prevalencia de la depresión posparto, que habría sido un interesante tercer resultado exploratorio.

En futuras líneas de investigación sería, por tanto, importante acceder a una muestra representativa de la población objeto de estudio, posiblemente a través de canales públicos; analizar con más detalle el apoyo social no solo investigando su evolución longitudinal después del parto, sino también dando cuenta de factores como el reparto de tareas y cuidados familiares en el hogar; explorar el modelo de maternidad y su relación con la vivencia del posparto respecto al estigma, e investigar las razones que subyacen a la correlación de la DPP con un diagnóstico previo de depresión, concretamente su posible relación con la adquisición o no de estrategias de afrontamiento y comunicación interpersonal según el tratamiento recibido (antidepresivo, psicoterapéutico o combinado).

En resumen, el presente estudio ha contribuido a revelar la alarmante importancia de un problema desatendido de salud de las mujeres, así como su correlación con factores psicosociales. La depresión posparto de la mujer se relaciona, además, con perjuicios graves para la salud de los hijos y de la pareja y ha de abordarse mediante acciones sanitarias, sociales y de investigación que permitan prevenirla, detectarla y tratarla, mejorando así la salud mental no solo de la mujer, sino de la población general.

Agradecimientos

Las autoras quieren expresar su agradecimiento a las numerosas mujeres y organizaciones de mujeres que ayudaron generosamente con esta encuesta.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Araña-Suárez, S. M. (2009). *Diagnósticos y prescripciones en salud mental, atención primaria e incapacidad laboral temporal*. Programa nacional

- de I+D+i. Secretaría de Estado de Seguridad Social. <https://www.seg-social.es/descarga/es/116335>
- Bass, P. F. y Bauer, N. (2018). Parental postpartum depression: More than “baby blues”. *Contemporary PEDS Journal*, 35(9), 35-39. <https://www.contemporarypediatrics.com/view/parental-postpartum-depression-more-baby-blues>
- Bielawska-Batorowicz, E. y Kossakowska-Petrycka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner’s depression, social support, fathers’ personality, and prenatal expectations. *Journal of reproductive and infant psychology*, 24(1), 21-29. <https://doi.org/10.1080/02646830500475179>
- Brown, J. V. E., Wilson, C. A., Ayre, K., Robertson, L., South, E., Molyneaux, E., Trevillion, K., Howard, L. y Khalifeh, H. (2021). Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013560.pub2>
- Calvo-Francés, F. y Alemán-Ruiz, I. (2017). Validation of the Interpersonal Support Links Scale VIDIA. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 33(1), 168-179. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.1.232341>
- Caprile, M. (Coord.) (2012). *Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación*. Fundación CIEM. <https://www.ciencia.gob.es/InfoGeneralPortal/documento/2ed35333-82b7-492d-afb7-e955d43ac36a>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd edition). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cuijpers, P., Weitz, E., Karyotaki, E., Garber, J. y Andersson, G. (2015). The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 24(2), 237-245. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0660-6>
- De la Revilla-Ahumada, L. y Bailón-Muñoz, E. (2014). El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social. *Semfyc-Comunidad*, 16(1). <https://comunidad.semfyc.es/article/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos-un-instrumento-para-evaluar-el-apoyo-social>
- Dennis, C. -L. y Chung-Lee, L. (2006). Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(4), 323-331. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x>
- Faisal-Cury, A., Levy, R. B., Azeredo, C. M. y Matijasevich, A. (2021). Prevalence and associated risk factors of prenatal depression under-

- diagnosis: A population-based study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 153(3), 469-475. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13593>
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1992). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 46(4). <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1992.46.4.663>
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of affective disorders*, 75(1), 71-76. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4)
- Glavin, K. y Leahy-Warren, P. (2013). Postnatal depression is a public health nursing issue: perspectives from Norway and Ireland. *Nursing research and practice*. <https://doi.org/10.1155/2013/813409>
- Grissette, B. G., Spratling, R. y Aycocock, D. M. (2018). Barriers to help-seeking behavior among women with postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(6), 812-819. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.09.006>
- Hutchens, B. F. y Kearney, J. (2020). Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *Journal of midwifery & women's health*, 65(1), 96-108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2025). *Indicadores demográficos básicos – Últimos datos (año 2025)*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2022). *Informes metodológicos estandarizados*. <https://www.ine.es/dynt3/metadatos/es/RespuestaPrint.html?oper=293>
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., Dzakpasu, S. y Chalmers, B. (2012). Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Maternal and child health journal*, 16, 158-168. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0732-2>
- Lasheras, G., Sender, B. F. y Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 109, 22-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678862>
- Layton, H., Owais, S., Savoy, C. D. y Van Lieshout, R. J. (2021). Depression, anxiety, and mother-infant bonding in women seeking treatment

- for postpartum depression before and during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.21m13874>
- Levis, B., Negeri, Z., Sun y., Benedetti, A. y Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *The British Medical Journal*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
- Liu, Y., Kaaya, S., Chai, J., McCoy, D. C., Surkan, P. J., Black, M. M., Sutter-Dalay, A. L., Verdoux, H. y Smith-Fawzi, M. C. (2017). Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(4), 680-689. <https://doi.org/10.1017/S003329171600283X>
- López Verdugo, I., Menéndez Álvarez-Dardet, S., Lorence Lara, B., Jiménez García, L., Hidalgo García, M. y Sánchez Hidalgo, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 16(3), 323-337. <https://doi.org/10.4321/S1132-05592007000300003>
- Lorente-Acosta, M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista española de medicina legal*, 46(3), 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>
- McLoughlin, J. (2013). Stigma associated with postnatal depression: A literature review. *British Journal of Midwifery*, 21(11), 784-791. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.11.784>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España (2018). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Motrico, E., Domínguez-Salas, S., Rodríguez-Domínguez, C., Gómez-Gómez, I., Rodríguez-Muñoz, M. F. y Gómez-Baya, D. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on perinatal depression and anxiety: a large cross-sectional study in Spain. *Psicothema*, 34(2), 200-208. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.380>
- Motrico, E., Mateus, V., Bina, R., Felice, E., Bramante, A., Kalcev, G., Mauri, M., Martins, S. y Mesquita, A. (2020). Good practices in perinatal mental health during the COVID-19 pandemic: a report from task-force RISEUP-PPD COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(3), 155-160. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a26>

- National Health Service (NHS) of the United Kingdom (2025). *Overview – Postnatal Depression*. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-natal-depression/overview/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2020). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2022). *Postpartum Depression*. <https://medlineplus.gov/postpartumdepression.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^a Edición (ICD-11)*. <https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025). *Trastorno depresivo (depresión)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pastor-Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del psicólogo*, 29(3), 281-290. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1610.pdf>
- Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Vallejo Slocker, L., Olivares Crespo, M. E., Izquierdo Méndez, N., Soto, C. y Le, H. N. (2017). Propiedades psicométricas del postpartum depression predictors inventory-revised-version prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. *Revista Española de Salud Pública*, 91. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7020819>
- Salgado Ruiz, A. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) Aproximación al documento y valoración crítica. *Revista Clínica Contemporánea*, 1(13), e7. <https://doi.org/10.5093/cc2022a7>
- Sanger, C., Iles, J. E., Andrew, C. S. y Ramchandani, P. G. (2015). Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Archives of women's mental health*, 18(2), 147-162. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0463-2>
- Seiz, M. (2020). Desigualdades en la división del trabajo en familias con menores durante el confinamiento por COVID-19 en España: ¿Hacia una mayor polarización socioeconómica y de género? *IgualdadES*, 2(3), 403-435. <https://doi.org/10.18042/cepc/IgdES.3.05>
- Seymour-Smith, M., Cruwys, T. y Haslam, S. A. (2021). More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 45(4), 338-343. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13099>

- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan y. H., San Tam, W. W. y Chong Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235-248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y. y Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M. y Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 113, 14-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>
- Terrén, C. A., García-Esteve, L., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J. y Tarragona, M. J. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina clínica*, 120(9), 326-329. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73692-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73692-6)
- The Social Media Family (2022). *VIII Informe sobre el uso de redes sociales en España*. <https://thesocialmediafamily.com/wp-content/uploads/2022/04/VIII-Informe-redes-sociales-the-smf-digital.pdf>
- Usmani, S., Greca, E., Javed, S., Sharath, M., Sarfraz, Z., Sarfraz, A., Salari, S. W., Hussaini S. S., Mohammadi, A., Chellapuram, N., Cabrera, E. y Ferrer, G. (2021). Risk Factors for Postpartum Depression During COVID-19 Pandemic: A Systematic Literature Review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/215013272111059348>
- Wang, D., Li Y. -L., Qiu, D. y Xiao, S. -Y. (2021). Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 51-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.088>
- Waschmann, M., Rosen, K., Gievers, L., Hildebrand, A., Laird, A. y Khaki, S. (2022). Evaluating the Impact of the -19 Pandemic on Postpartum Depression. *Journal of Women's Health*, 31(6), 772-778. <http://doi.org/10.1089/jwh.2021.0428>
- Yang, K., Wu, J. y Chen, X. (2022). Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1), 63. DOI: 10.1186/s12888-021-03684-3

- Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J. y Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual review of clinical psychology*, 11, 99-137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>
- Zhang, C. X., Okeke, J. C., Levitan, R. D., Murphy, K. E., Foshay, K., Lye, S. J., Knight, J. A. y Matthews, S. G. (2022). Evaluating depression and anxiety throughout pregnancy and after birth: impact of the COVID-19 pandemic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(3). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100605>

Hacia una comprensión integral de las alucinaciones auditivas en esquizofrenia: un análisis crítico del neuroreduccionismo

PAOLA RONCO GARCÍA¹

INÉS ABALO RODRÍGUEZ²

¹Universidad Cardenal Cisneros (Madrid, España)

²Universidad Francisco de Vitoria (Madrid, España)

Resumen

Este estudio busca realizar un análisis crítico sobre las explicaciones neuroreduccionistas aplicadas al campo de estudio de las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia. Algunos enfoques neurocientíficos actuales tienden a dar explicación a este fenómeno únicamente con base en procesos cerebrales alterados, pasando por alto determinados factores importantes que también influyen en su origen y desarrollo. A través de una revisión teórica sistemática, se analizan estudios publicados sobre factores cerebrales involucrados en las alucinaciones auditivas, así como investigaciones que sugieren que la manifestación de este fenómeno está influenciada por factores fenomenológicos, contextuales y culturales. Por último, se discute la necesidad de adoptar una visión más amplia en el análisis de las alucinaciones que no reduzca esta experiencia a meros procesos neuronales. Además, con este mismo objetivo, se realiza una propuesta de intervención en formato de folleto divulgativo dirigida a los profesionales en neurociencia que utilizan el paradigma neuroreduccionista para explicar fenómenos mentales tan complejos como las alucinaciones auditivas.

Palabras clave: alucinaciones auditivas, esquizofrenia, neuroreduccionismo, fenomenología, neurociencia, psicopatología.

Introducción

El concepto de alucinación auditiva ha sido tradicionalmente estudiado en el contexto de diferentes trastornos psiquiátricos o

neurológicos. Concretamente, en la esquizofrenia, las alucinaciones representan el síntoma positivo más común, apareciendo en una prevalencia de entre el 64 y el 83% de los pacientes (Bauer et al., 2011; Hugdahl y Sommer, 2018; Thomas et al., 2007). A pesar de que en esta condición psiquiátrica las alucinaciones pueden aparecer en cualquiera de las modalidades sensoriales, en el 70% de los casos de esquizofrenia y otros trastornos relacionados, las alucinaciones son de naturaleza auditiva (Galletly et al., 2016; Sommer et al., 2012). De hecho, en la mayoría de los casos, los pacientes experimentan alucinaciones en forma de voces, que pueden resultar conocidas o desconocidas. Este tipo de alucinaciones recibe el nombre de alucinaciones auditivas verbales (AVH) y son percibidas por la persona que las sufre como diferentes del propio pensamiento (APA, 2014).

Habitualmente, las alucinaciones auditivas han sido consideradas un elemento clave de la psicosis (David, 1999). Sin embargo, este fenómeno también está presente en personas que no están diagnosticadas con ningún trastorno o enfermedad psiquiátrica o neurológica, apareciendo con una incidencia del 10 al 15% de la población general (Beavan et al., 2011).

Parámetros como la frecuencia, la duración y el contenido verbal de las alucinaciones pueden diferir entre personas diagnosticadas con psicosis y personas sin ninguna patología mental (Choong et al., 2007). Estas diferencias en la forma en la que se manifiestan las AVH no solo se presentan a nivel individual, también están influenciadas por el contexto cultural. Esto sugiere que, aunque consiste en un fenómeno presente a nivel global, su manifestación puede diferir en función de las creencias y normas culturales de cada sociedad (Luhmann et al., 2015).

La literatura actual refleja la controversia en torno a la definición de las AVH, lo que dificulta el consenso entre investigadores (Telles-Correia et al., 2015). La ausencia de una definición válida y universal genera problemas en la evaluación de la influencia cultural sobre este fenómeno y puede llevar a sobreestimar su prevalencia en culturas tradicionales (Bauer et al., 2011).

Estos datos evidencian que la investigación intercultural de las AVH se ve limitada por la falta de consenso en su definición. Sin embargo, existen otros problemas en el establecimiento de su significado que también dificultan su estudio. El DSM-5 las describe como percepciones que tienen lugar sin la presencia de

un estímulo externo (APA, 2014). Esta definición reconoce que los términos «percepción» y «alucinación» se diferencian exclusivamente en que el último aparece en ausencia de un estímulo que lo desencadene (Parnas et al., 2024).

Tradicionalmente, las definiciones del término percepción han involucrado una relación activa entre una persona y un objeto de su entorno a través de los sentidos (Merleau-Ponty, 1945). Esta idea es apoyada por otros autores como Chalmers (2006), que añaden que las experiencias perceptivas siempre van acompañadas de un componente subjetivo o fenomenológico.

Según Parnas et al. (2024), pese a que en la esquizofrenia las AVH a menudo se vinculan con la «audición», la mayoría de las personas que experimentan este fenómeno lo identifican como un pensamiento del que no pueden escapar y no con la «audición de voces». Por ello, este autor plantea que la definición oficial de las AVH como «una experiencia perceptiva que ocurre en ausencia de un estímulo externo» no se corresponde con la verdadera naturaleza de esta experiencia (Parnas et al., 2024).

Estas definiciones contemplan las AVH como un signo de enfermedad mental. Sin embargo, en determinadas culturas son interpretadas como una manifestación directa de fenómenos espirituales o religiosos (Larøi et al., 2014), lo que sugiere que los factores culturales pueden influir en el significado, intensidad y contenido de este fenómeno (Myers, 2011).

El contenido de las voces se ha considerado como un factor clave para determinar el carácter patológico de las alucinaciones (Honig et al., 1998). Diversas investigaciones han demostrado que en personas diagnosticadas con algún trastorno psicótico como la esquizofrenia tiende a ser mayoritariamente negativo, a diferencia de personas de la población general que también presentan AVH, donde tiende a ser más positivo (Daalman et al., 2011; Honig et al., 1998; Nayani y David, 1996). Pese a que se ha tratado de establecer el origen de estas diferencias, desarrollándose diferentes teorías (por ejemplo, traumas infantiles), actualmente no existe suficiente consenso en la literatura para afirmar esta relación (Scott et al., 2020). La cultura también se ha propuesto como factor mediador para el contenido negativo de las voces. Los autores sugieren que puede influir en cómo se experimentan, se interpretan y, posteriormente, se comunican al entorno (Luhmann et al., 2015; Mitchell y Vierkant, 1989).

En línea con esto, la interpretación social de las AVH puede influir en la reacción emocional de quien las experimenta: en contextos donde son interpretadas como «mensajes espirituales», desencadenan sentimientos de orgullo o respeto, mientras que en culturas que las asocian a la enfermedad mental, producen vergüenza o miedo (Larøi et al., 2014). Así, las AVH pueden concebirse como síntomas clínicos o como experiencias culturales significativas, lo que refleja la complejidad del fenómeno y la necesidad de integrar diferentes perspectivas para lograr comprenderlo de manera integral. En este sentido, las AVH han sido investigadas bajo diferentes paradigmas teóricos que, en función del alcance explicativo y la relevancia que dan al cerebro, pueden ser divididos en «paradigmas neuroreduccionistas» (consideran al cerebro como un órgano central y suficiente para la explicación de la enfermedad mental) y «paradigmas no neuroreduccionistas» (donde se incluye cualquier otro marco teórico que no comparte esta premisa y considera que la inclusión de elementos no reducibles al cerebro es fundamental en la explicación de la enfermedad mental).

El reduccionismo, originado en la filosofía, propone explicar fenómenos complejos descomponiéndolos en elementos más simples (Descartes, 2024). Esta perspectiva ha favorecido avances en diferentes áreas (Kotsyubinsky y Kotsyubinsky, 2023). No obstante, aplicado a procesos mentales (de carácter dinámico y cambiante), puede generar explicaciones circulares (Andreasen, 2007). En psiquiatría, el desarrollo tecnológico ha consolidado el paradigma biomédico centrado en el estudio de las bases biológicas de las enfermedades mentales. Sin embargo, en esta disciplina el reduccionismo biológico resulta problemático al pasar por alto factores psicosociales que pueden contribuir en la explicación de ciertos procesos ignorando, así, la complejidad inherente a ciertos fenómenos mentales (Kotsyubinsky y Kotsyubinsky, 2023).

El desarrollo tecnológico ha permitido ampliar el conocimiento sobre el cerebro y los trastornos mentales (Salone et al., 2016), consolidando en psiquiatría un paradigma neuroreduccionista que los explica basándose en alteraciones cerebrales (Insel y Cuthbert, 2015; Makushkin et al., 2017). Este se ha sustentado principalmente en ensayos clínicos aleatorizados con métodos cuantitativos y categóricos sobre intervenciones farmacológicas (Bauer, 2005; Kotsyubinsky y Kotsyubinsky, 2023), práctica muy extendida en la investigación neurocientífica. No obstante, ciertas

intervenciones psicológicas pueden igualar la eficacia farmacológica. Por ello, para determinar su elección, se deben tener en cuenta las características del trastorno en cuestión, la disponibilidad de fármacos y las preferencias de cada paciente (Abalo-Rodríguez y Blithikioti, 2024).

En las personas diagnosticadas con esquizofrenia se han descrito alteraciones cerebrales de corte funcional y estructural (Kircher y Thienel, 2005), aunque no se han identificado marcadores lo suficientemente específicos para proporcionar un impacto clínico relevante (Aguilar et al., 2008). Además, la relación entre dichas alteraciones y la experiencia subjetiva de los síntomas psiquiátricos sigue siendo difícil de establecer (Abalo-Rodríguez y Blithikioti, 2024). Ante la ausencia de marcadores biológicos específicos que lo expliquen, el DSM-5 fue diseñado para unificar el lenguaje de investigación (Muñoz y Jaramillo, 2015), pero sus criterios presentan limitaciones en la práctica clínica y pueden fomentar evaluaciones reducidas a «checklists» que despersonalizan al paciente (Andreasen, 2007). Aun así, el paradigma neuroreduccionista cuenta con el apoyo de instituciones como el NIMH y el NIDA, y se basa en tres premisas: los trastornos mentales como trastornos cerebrales, la necesidad de categorías psiquiátricas con base biológica y la consideración de que el cerebro representa el nivel más adecuado para abordar y comprender los problemas de salud mental (Abalo-Rodríguez y Blithikioti, 2024).

Mientras el paradigma neuroreduccionista en psiquiatría se centra en explicar los trastornos mentales como alteraciones cerebrales (Abalo-Rodríguez y Blithikioti, 2024; Insel y Cuthbert, 2015; Makushkin et al., 2017), algunas veces pasa por alto la complejidad de la experiencia subjetiva del paciente (Parnas et al., 2024). Los enfoques no neuroreduccionistas consideran el componente cerebral como un factor explicativo más y hacen referencia a cualquier otro marco explicativo para el fenómeno de las AVH que, además de estos factores, contemple otras variables como las psicosociales y fenomenológicas con el objetivo de llegar a una comprensión más global este fenómeno (Parnas et al., 2024; Husserl y Moran, 2012; Jaspers, 1968).

La fenomenología es un movimiento filosófico originado a principios del siglo XX por Edmund Husserl que tuvo un impacto significativo en la práctica clínica de destacados psiquiatras del siglo pasado, como Karl Jaspers (Husserl y Moran, 2012).

Este autor sostenía que para lograr una comprensión completa de la experiencia humana y de la psicopatología era necesario tener en cuenta la experiencia subjetiva de los pacientes, siendo imposible hacerlo basándose únicamente en características objetivas y observables (Jaspers, 1968).

Por ello, en la explicación de la psicopatología, el estudio de los aspectos fenomenológicos podría considerarse como un componente esencial al permitir aproximarnos hacia la experiencia interna del paciente (Jaspers, 2013). En este sentido, la investigación fenomenológica de las AVH muestra que las características de esta vivencia difieren significativamente entre las personas que las sufren (Stephane, 2013). Aunque todavía se necesita más investigación sobre el componente fenomenológico de las AVH (Upthegrove et al., 2016), su estudio podría ayudarnos a comprender mejor lo que experimentan las personas que las padecen (McCarthy-Jones et al., 2014). Además, al profundizar en este campo, también se podría obtener evidencia sobre las causas que dan lugar a estas experiencias y comprender qué factores podrían desencadenarlas (Stephane, 2013; McCarthy-Jones et al., 2014). De esta manera, se aportaría una visión más amplia sobre este fenómeno que favorecería el desarrollo de modelos que permitan comprenderlo englobando los aspectos biológicos y los subjetivos de la experiencia (McCarthy-Jones et al., 2013).

El estudio de los aspectos subjetivos de las AVH es importante porque, en muchas ocasiones, este síntoma incide negativamente en la calidad de vida de las personas (Morris et al., 2013). Las voces habitualmente son intrusivas, por lo que los pacientes suelen enfrentar importantes dificultades para ignorarlas, dando lugar a emociones como la ansiedad y la frustración. Otros aspectos como el contenido verbal de las AVH también pueden influir en el malestar emocional de la persona, facilitando la fusión cognitiva, puesto que frecuentemente adquieren forma de crítica o amenaza hacia el paciente (Morris et al., 2013). Por último, según Chadwick y Birchwood (1994), otra gran fuente de malestar reside en el hecho de que los pacientes atribuyen identidad y poder a las voces, respondiendo a estas como si se trataran de personas reales.

El desarrollo de la psicología cognitivo-conductual durante los últimos años ha permitido el desarrollo de nuevas intervenciones dirigidas a mejorar el estado emocional de los pacientes con esquizofrenia. La terapia de aceptación y compromiso (ACT)

es una terapia de tercera generación que fue concebida inicialmente para el tratamiento de problemas emocionales de carácter general (Zettle y Hayes, 1986). Sin embargo, su aplicación se ha extendido al tratamiento del trastorno mental grave, en general, y a la esquizofrenia, en particular (Bach y Hayes, 2002).

La ACT dirige sus intervenciones hacia el objetivo de que la persona mantenga una relación flexible con sus experiencias internas. Es decir, este enfoque tiene como meta modificar la relación que la persona tiene con las AVH, fomentando la aceptación y el compromiso con acciones alineadas con sus valores personales (Thomas et al., 2013). De esta manera, aunque no se alteren las creencias de la persona sobre las voces, se pretende conseguir que pueda distanciarse de la fuente interna de malestar que le producen (Strauss et al., 2015; Thomas et al., 2013; White et al., 2011). Precisamente, este intento por eliminar los sentimientos y pensamientos indeseados en la ACT recibe el nombre de evitación experiencial y es, para sus autores, uno de los principales factores contribuyentes de aumentar el malestar emocional y los síntomas psicopatológicos (Bach y Moran, 2008).

Al tener en cuenta los aspectos fenomenológicos, como el posible malestar que puede surgir en los pacientes, el enfoque de ACT ha permitido transformar el concepto de esquizofrenia (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2012). Desde este paradigma, se propone abordarla como una alteración en la estructura del «yo» más que como un trastorno cerebral caracterizado por unos determinados síntomas. Esto permite acercarnos a la comprensión del impacto que tiene este diagnóstico en el sentido de identidad de los pacientes, así como en su relación con el mundo (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2012).

Por cuestiones de extensión del estudio, en este apartado se han abordado únicamente dos de los principales enfoques no-reduccionistas que explican las AVH: la fenomenología y la ACT. Sin embargo, existen otros enfoques que igualmente explican este fenómeno teniendo en cuenta otros factores importantes además del cerebro.

El objetivo general de este trabajo es realizar un análisis crítico de los paradigmas neuroreduccionistas en la explicación de las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia. Además, se pretende analizar cómo influyen en este fenómeno otros factores como las características culturales y subjetivas de los pacientes.

Con esto, se busca evidenciar que los modelos reduccionistas son insuficientes para lograr comprender en su totalidad este síntoma tan complejo.

Por otro lado, entre los objetivos específicos, se incluyen analizar las limitaciones de los enfoques neuroreduccionistas actuales en el estudio de las alucinaciones auditivas; identificar cómo el contexto vital, el contenido de las voces y los factores socioculturales pueden influir en la aparición y en el desarrollo de las alucinaciones auditivas en pacientes con esquizofrenia, y en qué medida los modelos exclusivamente neurobiológicos ignoran estos aspectos y evidenciar que la explicación de las alucinaciones auditivas no puede realizarse basándose exclusivamente en alteraciones cerebrales, siendo necesario considerar otras variables que permitan comprender este fenómeno de una manera más completa.

Se plantean como hipótesis que los modelos neuroreduccionistas son insuficientes para entender la complejidad fenomenológica de las alucinaciones auditivas al ignorar aspectos como el contenido de las voces y el contexto vital del paciente; que un enfoque que contemple tanto los aspectos neurobiológicos como los fenomenológicos y contextuales ofrecerá una comprensión más completa y mejorará el diseño de intervenciones clínicas; que la inclusión de variables contextuales y la consideración de la experiencia subjetiva permitirá identificar subtipos de alucinaciones auditivas que no se pueden definir únicamente a partir de los datos neurobiológicos, y que la consideración de la experiencia subjetiva de los pacientes facilitará una intervención más eficaz en el tratamiento de las alucinaciones auditivas.

Metodología de investigación

Materiales e instrumentos

Selección de los estudios

Se realizó una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos de revistas científicas internacionales: PsycINFO, PubMed y Scopus. Para ello, se utilizaron los siguientes términos: (*auditory verbal hallucinations* OR *hearing voices*) AND (*schizophrenia* OR *psychosis*) AND (*neurobiological* OR *neurobiology*) AND (*phenomenology* OR

subjective experience) AND (*culture OR social context*) AND (*traumatic experiences OR childhood adversities*).

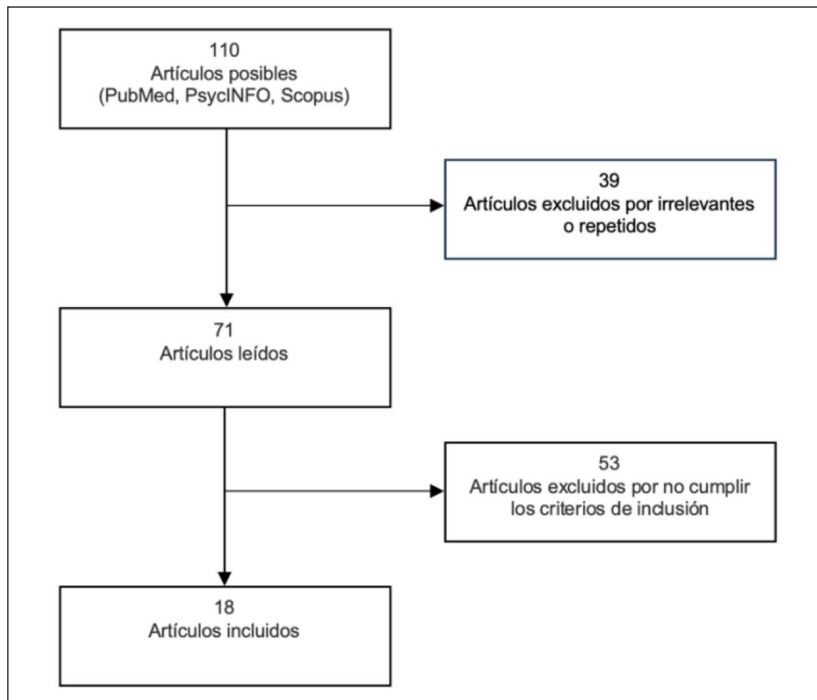
Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de publicaciones fueron los siguientes: (i) libros, revistas y artículos empíricos; (ii) muestras de estudios formadas por personas diagnosticadas con esquizofrenia o trastornos relacionados que sufrían alucinaciones auditivas, y (iii) artículos que estuvieran escritos en inglés.

Los criterios de exclusión consistieron en descartar cualquier publicación que (i) no estuviera relacionada con los objetivos del proyecto de investigación y (ii) que incluyeran temas relacionados de forma indirecta con los objetivos del estudio, como muestras formadas por personas que sufrían alucinaciones auditivas debido al consumo de sustancias.

Procedimiento

Figura 1. Diagrama de flujo correspondiente a la selección de los estudios



Nota: la figura muestra el proceso de selección de los estudios

Resultados

Las fuentes revisadas permitieron identificar variables relevantes para la explicación de las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia a nivel cerebral, contextual y fenomenológico. A continuación, se describen todas ellas. Para facilitar la comprensión se presenta un resumen de los resultados obtenidos en la tabla 1.

Tabla 1. Resumen de los resultados obtenidos

Variable general	Variable específica	Cita
Variables cerebrales	Activación de la corteza frontal inferior y corteza temporal superior	Fuentes-Claramonte et al. (2021)
	Activación de la corteza auditiva primaria y secundaria	Dierks et al. (1999); Jardri et al. (2011)
	Sistema límbico	Escartí et al. (2010); Kang et al. (2009); Sanjuan et al. (2007)
Variables contextuales	Experiencias traumáticas	Daalman et al. (2012); Loewy et al. (2019); Mall et al. (2020); Perona-Garcelán et al. (2012); Varese et al. (2012)
	Factores culturales y geográficos	Cantor-Graae y Selten (2005); Luhrmann et al. (2015); Selten et al. (2020); Tortelli et al. (2018)
VARIABLES FENOMENOLÓGICAS	Contenido y reactividad emocional	Chiang et al. (2018); Connor y Birchwood (2013a); Connor y Birchwood (2013b); Honig et al. (1998)

Factores cerebrales

Numerosas investigaciones han tenido como objetivo esclarecer las bases neurobiológicas alteradas en las AVH. Los autores Fuentes-Claramonte et al. (2021) realizaron un estudio a través de neuroimagen funcional cuya muestra estaba formada por 15 personas diagnosticadas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que sufrían alucinaciones (AVH+) y 15 personas diagnosticadas con alguno de estos trastornos que no presentaban dicho síntoma (AVH-). Los resultados de la investigación mostraron que, durante el transcurso de las alucinaciones, en el grupo AVH+, las áreas cerebrales activadas estaban relacionadas con el

procesamiento y producción del lenguaje. Sin embargo, no se hallaron evidencias de actividad en la corteza auditiva primaria. Con base en estos resultados, los autores sugieren que las AVH pueden estar más relacionadas con procesos internos del lenguaje que con la percepción auditiva externa (Fuentes-Claramonte et al., 2021).

Por otro lado, los autores Jardri et al. (2011) realizaron un metaanálisis que incluyó diez estudios de neuroimagen. La muestra estuvo formada por 68 participantes con diagnóstico de esquizofrenia que sufrían AVH. Los resultados de este esta investigación revelaron actividad en la corteza auditiva primaria.

Dierks et al. (1999) realizaron un estudio experimental a través de resonancia magnética funcional (fMRI) que estuvo formado por participantes diagnosticados con esquizofrenia paranoide ($N = 3$). El principal hallazgo de este estudio fue la activación del área de Heschl, una región clave en el procesamiento auditivo, durante la experiencia de AVH. Basándose en ello, los autores postulan que la actividad de la corteza auditiva primaria observada podría explicar que las personas que sufren AVH experimenten este fenómeno como si se correspondiera con un estímulo real (Dierks et al., 1999).

En numerosos estudios se han localizado otras regiones cerebrales que también podrían estar relacionadas con las AVH. Kang et al. (2009) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue estudiar a través de fMRI la respuesta cortical durante el procesamiento de estímulos emocionales, como la risa y el llanto. La muestra estuvo formada por personas diagnosticadas con esquizofrenia que sufrían AVH ($N = 14$), personas con este diagnóstico sin AVH ($N = 14$) y controles ($N = 28$). Los resultados demostraron que el grupo que sufría alucinaciones experimentó una reducción de la actividad de la amígdala izquierda y el hipocampo mientras procesaban el sonido del llanto.

El estudio de Escartí et al. (2010) también se llevó a cabo a través de fMRI. En esta investigación se comparó la actividad neuronal de 41 participantes diagnosticados con esquizofrenia (27 con AVH y 14 sin AVH) con 31 controles sanos. Los resultados revelaron que los pacientes que sufrían AVH mostraron mayor actividad en la amígdala y el giro parahipocampal que los pacientes sin AVH y los controles durante el procesamiento de estímulos emocionales.

Por su parte, Sanjuan et al. (2007) también realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar, a través de técnicas de fMRI, la activación cerebral en pacientes diagnosticados con esquizofrenia que experimentaban AVH (N = 11) y controles sanos (N = 10) durante el procesamiento de estímulos emocionales. Los resultados demostraron que, bajo esta condición, los pacientes con AVH experimentaron un aumento de la actividad del lóbulo frontal, temporal, el giro cingulado y la amígdala.

Factores contextuales

Los estudios revisados han permitido identificar diferentes factores contextuales como relevantes para el estudio de las AVH. Para una mayor claridad, en este apartado han sido clasificados en «experiencias traumáticas» y «factores culturales y geográficos».

Experiencias traumáticas

Loewy et al. (2019) realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar si el trauma infantil estaba relacionado con el posterior desarrollo de psicosis. La muestra estaba formada por pacientes diagnosticados con el síndrome de alto riesgo clínico (CHR) para el desarrollo de psicosis (N = 103). Los resultados de este estudio revelaron que la vivencia de experiencias traumáticas durante la infancia aumentaba la probabilidad de desarrollar psicosis en el futuro.

Los autores Mall et al. (2020) también estudiaron el efecto del trauma infantil en el desarrollo de esquizofrenia. Los resultados de esta investigación revelaron que la probabilidad de desarrollarla era significativamente mayor entre los participantes que habían sufrido algún tipo de trauma infantil. Además, los autores identificaron que esta relación se intensificaba aún más en países de ingresos medio-bajos.

En línea con esto, Daalman et al. (2012) también realizaron una investigación cuya muestra estuvo formada por personas diagnosticadas con psicosis que experimentaban AVH (N = 100), personas de la población general que también sufrían este síntoma (N = 127) y controles sanos (N = 124). Los autores revelaron que las personas que experimentaban AVH, ya estuvieran diagnosticadas con algún trastorno psicótico o no, informaron haber sufrido una mayor prevalencia de abuso sexual y emocional en

comparación con los controles, no localizándose diferencias en la prevalencia entre los dos grupos.

Varese et al. (2012) también llevaron a cabo un metaanálisis que incluyó 41 investigaciones sobre la relación entre el desarrollo de psicosis con las adversidades durante la infancia. Los hallazgos de este estudio revelaron que el trauma aumentaba sustancialmente el riesgo de desarrollar psicosis.

Por último, otros autores como Perona-Garcelán et al. (2012) también estudiaron la relación entre el trauma y las AVH. La muestra incluyó pacientes diagnosticados con psicosis (N = 71) que fueron evaluados a través de la escala de experiencias disociativas (DES-II). Los resultados revelaron que determinados síntomas traumáticos, como la disociación, pueden considerarse como un factor mediador entre el trauma y las AVH.

Factores culturales y geográficos

Luhrmann et al. (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar las AVH en tres culturas diferentes a través de un estudio basado en entrevistas. La muestra estaba formada por 60 personas que cumplían los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia y tenían AVH. Estos participantes eran ciudadanos de tres países diferentes, Estados Unidos, India y Ghana, con 20 individuos por país. Los resultados revelaron que la experiencia de AVH variaba significativamente según el contexto cultural de los participantes. En Estados Unidos, las alucinaciones auditivas fueron mayormente descritas por los participantes con un carácter intrusivo, asociándose con contenido verbal negativo o agresivo. Por otra parte, en India y Ghana, las voces tendían a ser percibidas como familiares o espirituales, y su contenido verbal era más positivo o neutral. Además, en Ghana e India, las personas interpretaron las voces dentro de un marco cultural en el cual este síntoma no era necesariamente percibido como propio de un trastorno mental, en contraste con la percepción más patológica observada en Estados Unidos.

La relación entre la migración y el desarrollo de síntomas psicóticos también ha sido estudiada por diferentes autores. Cantor-Graae y Selten (2005) realizaron un metaanálisis que pretendía sintetizar los resultados de estudios previos que señalaban que la migración era un factor de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia. Sus resultados señalaron que tanto una historia personal

como familiar de migración podría identificarse como un factor de riesgo relevante para el desarrollo de esquizofrenia.

Selten et al. (2020) posteriormente también llevaron a cabo un metaanálisis cuyos resultados mostraron que tanto la migración como el estatus de minoría étnica estaban asociados con un mayor desarrollo de esquizofrenia y síntomas psicóticos, aunque la magnitud de este efecto variaba según el contexto. A nivel nacional, los efectos fueron más pronunciados en Europa, mientras que en países como Israel y Canadá los efectos fueron menores.

Igualmente, Tortelli et al. (2018) realizaron un metaanálisis que incluyó 28 estudios. Los resultados revelaron que el desarrollo de síntomas psicóticos estaba más relacionado con las diferencias étnicas que con la migración, aunque este hallazgo también variaba en función del entorno en el que se realizara investigación.

Factores fenomenológicos

Honig et al. (1998) compararon las características de las voces en pacientes con esquizofrenia, trastorno disociativo y población no clínica, observando que estas eran similares en los tres grupos. La principal diferencia fue el grado de control que las voces ejercían sobre los participantes. Las personas de la población general percibieron las voces de forma mayoritariamente positiva. Sin embargo, en todos los pacientes con esquizofrenia, la experiencia emocional tras las AVH fue predominantemente negativa.

El estudio de Connor y Birchwood (2013a) tuvo como objetivo explorar si el contenido verbal de las AVH estaba relacionado con el pensamiento autocrítico y la capacidad metacognitiva de los participantes. La muestra estuvo formada por personas diagnosticadas con esquizofrenia o algún trastorno relacionado que hubieran presentado AVH durante los últimos tres meses (N = 74). Los resultados del estudio hallaron tres temas predominantes en el contenido verbal de las AVH: control, afiliación y vergüenza. El tema más frecuente fue el control, donde las voces daban órdenes y dominaban a la persona. En segundo lugar, la afiliación, que implicaba una relación interpersonal o una conexión emocional con la voz. Por último, la vergüenza estaba relacionada con críticas hacia la propia persona. Según estos resulta-

dos, los autores sugirieron que el contenido verbal de las AVH se relacionaba con el pensamiento autocrítico de las personas que hacen frente a este síntoma (Connor y Birchwood, 2013a).

Chiang et al. (2018) realizaron un seguimiento de tres meses a pacientes diagnosticados con esquizofrenia para investigar la relación entre las AVH y los síntomas de ansiedad y depresión. Los participantes (N = 189) fueron evaluados mediante el cuestionario de características de alucinación auditiva (CAHQ), el inventario de ansiedad Beck (BAI) y el inventario de depresión Beck-II (BDI). Los resultados mostraron que cuanto más graves eran las AVH de los participantes, mayor era el riesgo de que estos pudieran presentar síntomas depresivos.

De igual forma, Connor y Birchwood (2013b) realizaron un estudio para determinar la relación entre el poder percibido y la emoción expresada por las AVH con el desarrollo de síntomas depresivos. El estudio se realizó a través de un diseño transversal y la muestra contó con participantes diagnosticados con esquizofrenia o algún trastorno relacionado. Los autores encontraron que las personas que atribuían mayor sensación de poder, contenido crítico e intrusión emocional a las AVH presentaban niveles significativamente mayores de depresión e ideación suicida. Por otro lado, aquellas personas que percibían una sensación de apoyo emocional por parte de las voces tendían a experimentar menores niveles de depresión.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, es evidente que ninguno de los mecanismos explicativos para las AVH por sí solo puede conducir a una comprensión completa de esta experiencia. Esto subraya la necesidad de explicar este fenómeno desde un paradigma multidimensional que no tenga en cuenta únicamente los factores cerebrales.

El enfoque neuroreduccionista tiene limitaciones a la hora de explicar fenómenos complejos en el ámbito de la psicopatología (Kotsyubinsky y Kotsyubinsky, 2023). Si bien es cierto que numerosas investigaciones en neurociencia han demostrado que existen alteraciones cerebrales en las personas que sufren AVH, actualmente la literatura científica sigue mostrando resultados

heterogéneos (Swerdlow, 2011). Los hallazgos de estudios como los de Dierks et al. (1999) y Jardri et al. (2011) relacionan las AVH con la activación de la corteza auditiva. Sin embargo, los resultados del estudio de Fuentes-Claramonte et al. (2021) no revelan actividad en esta área durante las AVH, vinculando este fenómeno con la activación de otras regiones cerebrales relacionadas con el procesamiento y producción del lenguaje.

El estudio de Escartí et al. (2010) encontró una relación entre las AVH y un aumento en la actividad de dos regiones involucradas en el procesamiento emocional: la amígdala y el giro parahipocampal. Estos resultados coinciden con los de Sanjuan et al. (2007), quienes también observaron un incremento en la activación de la amígdala durante las AVH. En vista de esto, los autores sugieren que este síntoma podría vincularse con la activación de ciertas áreas del sistema límbico. Sin embargo, el estudio de Kang et al. (2009) reveló resultados diferentes al localizar una disminución en la actividad amigdalal e hipocampal durante el procesamiento de estímulos emocionales.

Esta variabilidad en los resultados demuestra que, pese a la multitud de estudios desarrollados para identificar marcadores biológicos específicos que expliquen determinados trastornos mentales, en la actualidad aún no han podido ser hallados (Swerdlow, 2011). Esto evidencia que aunque la neurociencia, debido a su percepción de objetividad, a menudo se escoge como marco explicativo para determinados fenómenos, también tiene importantes limitaciones. Es decir, a pesar de los avances en la tecnología neurocientífica, estas pruebas siguen siendo insuficientes para comprender integralmente determinados procesos mentales. Las AVH son un fenómeno muy complejo, y aunque estas herramientas puedan ser útiles para identificar correlaciones entre mecanismos neuronales y ciertos procesos mentales, la experiencia de escuchar voces no puede reducirse únicamente a cuestiones cerebrales. En definitiva, estas técnicas únicamente ofrecen datos en bruto sobre posibles relaciones entre la actividad del cerebro y determinados procesos mentales. Sin embargo, en ningún caso nos permiten comprender lo que siente la persona o los eventos vitales que pueden influir en su experiencia (Glannon, 2009).

La forma en la que una persona se siente durante una alucinación o la conexión que existe entre las voces y el contexto vital

son factores que deben ser tomados en cuenta para explicar el origen y el desarrollo de este fenómeno (Glannon, 2009). Sin embargo, durante mucho tiempo, destacados científicos han pasado por alto esta idea. Por ejemplo, Francis Crick argumentó que las personas pueden ser reducidas a un mero conjunto de neuronas (Crick y Clark, 1994). Desde esta perspectiva, los autores proponen que nuestro pensamiento y conducta pueden explicarse exclusivamente por razones cerebrales, de lo que se infiere que nuestra mente también puede considerarse como una mera función del cerebro (Glannon, 2009). Sin embargo, la mente no está localizada en el cerebro, sino que es fruto de la interacción de este con nuestro cuerpo y entorno, y es a su vez moldeada por dicha interacción (Glannon, 2009).

Si se parte de la base de que la mente no puede ser reducida al cerebro, los problemas mentales tampoco. En el campo de las alucinaciones en la esquizofrenia, debemos considerar la mente como producto de la interacción entre los procesos corporales y ambientales (Fuchs, 2009). Con relación a esto, en los últimos años ha surgido un concepto que ha destacado en el panorama de la psicología y las ciencias cognitivas: «embodiment» (Fuchs, 2009; Tschacher et al., 2017). Este concepto ocupa un papel muy importante en la explicación de la psicopatología y se refiere a la bidireccionalidad que existe entre la mente y el cuerpo. Es decir, existiría una relación recíproca entre ambos, de tal forma que los procesos corporales influirían en los mentales, y viceversa (Tschacher et al., 2017). Siguiendo esta idea, Parnas et al. (2024) explican que la experiencia subjetiva de las AVH debe considerarse como un factor determinante en la relación entre el organismo y su entorno.

Factores contextuales como las experiencias traumáticas previas o las características culturales también han sido ampliamente estudiados en el campo de las alucinaciones auditivas. Respecto al trauma infantil, diferentes estudios revisados han señalado que puede ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis y esquizofrenia (Mall et al., 2020; Loewy et al., 2019; Daalman et al., 2012; Varese et al., 2012). Otros síntomas característicos del trauma, como la disociación, también se han estudiado en relación con este fenómeno, sugiriendo que el trauma no solo se relaciona con el desarrollo de psicosis, sino que también puede relacionarse con el desarrollo de síntomas

disociativos y la intensificación de las alucinaciones (Perona-Garcelán et al., 2012). El análisis de estos resultados permite entender el trauma como un componente que influye directamente sobre la forma en la que las personas experimentan las alucinaciones y subraya la importancia de considerarlo no solo en la comprensión, sino también en el tratamiento de los pacientes que las sufren.

Por otro lado, otros factores contextuales, como la cultura o la migración, también influyen en la forma en la que las personas interpretan las alucinaciones. Los resultados del estudio de Luhrmann et al. (2015) revelaron que la interpretación de las AVH dependía, en parte, del contexto cultural. Por un lado, en sociedades desarrolladas como Estados Unidos, las alucinaciones fueron descritas en su mayoría con un carácter intrusivo que provoca emociones desagradables. Sin embargo, en otros países en vías de desarrollo, como India y Ghana, fueron concebidas dentro de un contexto más positivo que les otorgaba, incluso, una explicación espiritual (Luhrmann et al., 2015).

La relación entre los factores migratorios y la presencia de AVH fue el objetivo de investigación de otros estudios analizados. Aunque los autores señalan que se trata de una relación compleja debido a la influencia de multitud de variables, parece existir consenso en la literatura sobre la asociación entre la migración y las minorías étnicas con el desarrollo de esquizofrenia y síntomas psicóticos (Cantor-Graae y Selten, 2005; Selten et al., 2020; Tortelli et al., 2018). En el estudio de Tortelli et al. (2018), los autores señalaron que la variable de minoría étnica estaba más relacionada con el desarrollo de síntomas psicóticos que el factor migratorio. Sin embargo, todos los estudios revisados coinciden en que para lograr una comprensión adecuada de los síntomas psicóticos es importante contemplar el contexto social y cultural en el que ocurren (Selten et al., 2020; Cantor-Graae y Selten., 2005).

Estos hallazgos demuestran que las AVH se relacionan, al menos en parte, con determinadas características personales de los pacientes. Por tanto, los paradigmas explicativos de las alucinaciones deben tener en cuenta los aspectos subjetivos y los contextuales para lograr su comprensión (Swerdlow, 2011). Sin embargo, en la actualidad, el ámbito de la psiquiatría se encuentra en un proceso hacia la deshumanización que dirige la mayoría

de sus actuaciones a la evaluación de síntomas clínicos específicos sin tener en cuenta a la persona en su totalidad (Kotsyubinsky y Kotsyubinsky, 2023). Además, en muchos de los casos, la evaluación es seguida por intervenciones farmacológicas dirigidas a atenuar la gravedad de las AVH. Sin embargo, a pesar de ello, frecuentemente las alucinaciones persisten, dejando a los pacientes incapacitados (El Ashry et al., 2021). Esto evidencia que los enfoques experimentales centrados exclusivamente en lo biológico, ya sea farmacológico o genético, son insuficientes para abordar las AVH (Kotsyubinsky y Kotsyubinsky, 2023).

En conclusión, los hallazgos de los estudios revisados en este estudio ponen en tela de juicio la capacidad de los modelos neuroreduccionistas extendidos en el panorama de la psiquiatría actual para ofrecer «soluciones integrales» en la comprensión de las alucinaciones. De hecho, en la actualidad, ningún marcador biológico ha podido identificarse como específico de este fenómeno. Por lo que los enfoques explicativos para las AVH exclusivamente biológicos resultan insuficientes para capturar la complejidad de este fenómeno en su totalidad. Sin embargo, esto no debe contemplarse como un fracaso de la neurociencia, sino como una oportunidad para reconocer que las explicaciones exclusivamente cerebrales pueden resultar insuficientes y que las limitaciones observadas en los estudios puramente neurobiológicos pueden aprovecharse como una oportunidad para mejorar la colaboración entre profesionales de la psicología, la psiquiatría y la neurociencia.

La cultura debe tenerse en cuenta para el análisis de las AVH, puesto que puede influir en el contenido y en la interpretación de este síntoma por parte del entorno y desempeñar un papel fundamental en la reacción emocional de quienes las sufren. De igual manera, las experiencias traumáticas previas también deben ser atendidas cuando hablamos de AVH, puesto que existe evidencia de su relación con el desarrollo de psicosis. Esto subraya la necesidad de considerar la línea vital del paciente durante la evaluación y tratamiento. La aplicación de los conocimientos teóricos y prácticos de la psicología sanitaria trasciende el ámbito de la psicoterapia, siendo de gran utilidad para explicar ciertos procesos mentales, y el enfoque multidimensional propuesto en este estudio integra aspectos biológicos junto con factores fenomenológicos y contextuales, permitiendo una comprensión más

completa de este complejo fenómeno. No obstante, la investigación neurocientífica de las AVH sigue estando dominada por un paradigma neuroreduccionista que limita las evaluaciones psiquiátricas a preguntas dicotómicas centradas en el síntoma («¿escuchas voces?»), lo que puede conducir a la deshumanización de la disciplina al pasar por alto la descripción del paciente sobre su propia experiencia.

A pesar de los hallazgos obtenidos, durante el desarrollo del proyecto han surgido ciertas limitaciones que deben considerarse en futuras investigaciones. Aunque se ha intentado combinar distintos enfoques para explicar las AVH, la literatura actual en este ámbito es escasa, dificultando el desarrollo de marcos explicativos más completos. Además, destaca la ausencia de investigación en población no clínica que presenta AVH, lo que limita la identificación de similitudes y diferencias con pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Algunas investigaciones revisadas presentan tamaños muestrales poco representativos, con la consiguiente restricción para la generalización de los resultados. Por último, la mayoría de los estudios sobre AVH emplea metodología transversal, por lo que sería necesario aumentar la cantidad de estudios longitudinales que permitan analizar cómo interactúan los aspectos neurobiológicos, psicológicos y contextuales a lo largo del tiempo.

Referencias

- Abalo-Rodríguez, I. y Blithikioti, C. (2024). Let's fail better: Using philosophical tools to improve neuroscientific research in psychiatry. *European Journal of Neuroscience*, 60(10), 6375-6390. <https://doi.org/10.1111/ejn.16552>
- Aguilar, E. J., Sanjuan, J., García-Martí, G., Lull, J. J. y Robles, M. (2008). MR and genetics in schizophrenia: focus on auditory hallucinations. *European journal of radiology*, 67(3), 434-439. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2008.02.046>
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.).
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 108-112. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>

- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129-1139. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.5.1129>
- Bach, P. A. y Moran, D. J. (2008). *ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Bauer, M. S. (2005). How solid is the evidence for the efficacy of mood stabilizers in bipolar disorder? *Essential Psychopharmacology*, 6(6), 301-318.
- Bauer, S. M., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili, N., Chaudhry, H. R., Idemudia, S. E., Gscheider, S., Ritter, K. y Stompe, T. (2011). Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 52(3), 319-325. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.008>
- Beavan, V., Read, J. y Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 20(3), 281-292. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.562262>
- Cantor-Graae, E. y Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American journal of psychiatry*, 162(1), 12-24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, 164(2), 190-201. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.2.190>
- Chalmers, D. (2006). Perception and the Fall from Eden. *Perceptual experience*, 49-125.
- Chiang, Y. H., Beckstead, J. W., Lo, S. C. y Yang, C. Y. (2018). Association of auditory hallucination and anxiety symptoms with depressive symptoms in patients with schizophrenia: A three-month follow-up. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 585-590. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.014>
- Choong, C., Hunter, M. D. y Woodruff, P. W. R. (2007). Auditory hallucinations in those populations that do not suffer from schizophrenia. *Current psychiatry reports*, 9(3), 206-212. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0020-z>
- Connor, C. y Birchwood, M. (2013a). Through the looking glass: self-reassuring meta-cognitive capacity and its relationship with the thematic content of voices. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 213. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00213>

- Connor, C. y Birchwood, M. (2013b). Power and perceived expressed emotion of voices: their impact on depression and suicidal thinking in those who hear voices. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 199-205. <https://doi.org/10.1002/cpp.798>
- Crick, F. y Clark, J. (1994). The astonishing hypothesis. *Journal of Consciousness Studies*, 1(1), 10-16.
- Daalman, K., Boks, M. P., Diederer, K. M., de Weijer, A. D., Blom, J. D., Kahn, R. S. y Sommer, I. E. (2011). The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(3), 320-325. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05797yel>
- Daalman, K., Diederer, K. M., Derks, E. M., van Lutterveld, R., Kahn, R. S. y Sommer, I. E. (2012). Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychological medicine*, 42(12), 2475-2484. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000761>
- David, A. S. (1999). Auditory hallucinations: phenomenology, neuropsychology and neuroimaging update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 95-104. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb05988.x>
- Descartes, R. (2024). *Discurso sobre el método* (Vol. 4). Minerva Heritage Press.
- Dierks, T., Linden, D. E., Jandl, M., Formisano, E., Goebel, R., Lanfermann, H. y Singer, W. (1999). Activation of Heschl's gyrus during auditory hallucinations. *Neuron*, 22(3), 615-621. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(00\)80715-1](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(00)80715-1)
- El Ashry, A. M. N., Abd El Dayem, S. M. y Ramadan, F. H. (2021). Effect of applying "acceptance and commitment therapy" on auditory hallucinations among patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 35(2), 141-152. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.01.003>
- Escartí, M. J., de la Iglesia-Vayá, M., Martí-Bonmatí, L., Robles, M., Carbonell, J., Lull, J. J., García-Martí, G., Manjón, J. V., Aguilar, E. J., Aleman, A. y Sanjuán, J. (2010). Increased amygdala and parahippocampal gyrus activation in schizophrenic patients with auditory hallucinations: an fMRI study using independent component analysis. *Schizophrenia research*, 117(1), 31-41. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.12.028>
- Fuentes-Claramonte, P., Soler-Vidal, J., Salgado-Pineda, P., García-León, M. Á., Ramiro, N., Santo-Angles, A., Llanos Torres, M., Tristany, J., Guerrero-Pedraza, A., Munuera, J., Sarró, S., Salvador, R., Hinzen, W., McKenna, P. J. y Pomarol-Clotet, E. (2021). Auditory

- hallucinations activate language and verbal short-term memory, but not auditory, brain regions. *Scientific reports*, 11(1), 18890. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98269-1>
- Fuchs, T. (2009). Embodied cognitive neuroscience and its consequences for psychiatry. *Poiesis & Praxis*, 6, 219-233.
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O. y Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50(5), 410-472. <https://doi.org/10.1177/0004867416641195>
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M. y Perona-Garcelán, S. (2012). Affinities in the phenomenological perspective of schizophrenia and recent cognitive research: towards mutual enrichment. *Theory & Psychology*, 22(6), 756-770.
- Glannon, W. (2009). Our brains are not us. *Bioethics*, 23(6), 321-329. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01727.x>
- Honig, A., Romme, M. A., Ensink, B. J., Escher, S. D., Pennings, M. H. y Devries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(10), 646-651. <https://doi.org/10.1097/00005053-199810000-00009>
- Hugdahl, K. y Sommer, I. E. (2018). Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia From a Levels of Explanation Perspective. *Schizophrenia bulletin*, 44(2), 234-241. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx142>
- Husserl, E. y Moran, D. (2012). *Ideas: General introduction to pure phenomenology*. Routledge.
- Insel, T. R y Cuthbert, B. N. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, 348(6234), 499-500. <https://doi.org/10.1126/science.aab2358>
- Jardri, R., Pouchet, A., Pins, D. y Thomas, P. (2011). Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 73-81. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101522>
- Jaspers, K. (1968). The phenomenological approach in psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 114(516), 1313-1323. <https://doi.org/10.1192/bjp.114.516.1313>
- Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology*. JHU Press.
- Jaspers, K. (2013). *Allgemeine psychopathologie*. Springer-Verlag.
- Kang, J. I., Kim, J. J., Seok, J. H., Chun, J. W., Lee, S. K. y Park, H. J. (2009). Abnormal brain response during the auditory emotional

- processing in schizophrenic patients with chronic auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 107(1), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.08.019>
- Kircher, T. T. y Thienel, R. (2005). Functional brain imaging of symptoms and cognition in schizophrenia. *Progress in brain research*, 150, 299-308. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(05\)50022-0](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(05)50022-0)
- Kotsyubinsky, A. P. y Kotsyubinsky, D. A. (2023). Biological Reductionism as an Obstacle to the Advancement of the Biopsychosocial Concept of Mental Disorders. *Consortium psychiatricum*, 4(4), 75-84. <https://doi.org/10.17816/CP15476>
- Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, W. A., Jr, Deshpande, S., Fernyhough, C., Jenkins, J. y Woods, A. (2014). Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl_4), S213-S220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu012>
- Loewy, R. L., Corey, S., Amirfathi, F., Dabit, S., Fulford, D., Pearson, R., Hua, J. P. Y., Schlosser, D., Stuart, B. K., Mathalon, D. H. y Vinogradov, S. (2019). Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia research*, 205, 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.003>
- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H. y Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 206(1), 41-44. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.139048>
- Makushkin, E. V., Oskolkova, S. N. y Fastovtsov, G. A. (2017). Psychiatry of the future: multidimensionality of the problems of modern psychiatry and development of classification systems. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni SS Korsakova*, 117(8), 118-123. <https://doi.org/10.17116/jnevro201711781118-123>
- Mall, S., Platt, J. M., Temmingh, H., Musenge, E., Campbell, M., Susser, E. y Stein, D. J. (2020). The relationship between childhood trauma and schizophrenia in the Genomics of Schizophrenia in the Xhosa people (SAX) study in South Africa. *Psychological medicine*, 50(9), 1570-1577. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001703>
- McCarthy-Jones, S., Krueger, J., Larøi, F., Broome, M. y Fernyhough, C. (2013). Stop, look, listen: the need for philosophical phenomenological perspectives on auditory verbal hallucinations. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 127. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00127>
- McCarthy-Jones, S., Trauer, T., Mackinnon, A., Sims, E., Thomas, N. y Copolov, D. L. (2014). A new phenomenological survey of auditory hallucinations: evidence for subtypes and implications for theory

- and practice. *Schizophrenia bulletin*, 40(1), 231-235. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs156>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Mitchell, J. y Vierkant, A. D. (1989). Delusions and hallucinations as a reflection of the subcultural milieu among psychotic patients of the 1930s and 1980s. *The Journal of psychology*, 123(3), 269-274. <https://doi.org/10.1080/00223980.1989.10542981>
- Morris, E. M. J., Johns, L. C. y Oliver, J. E. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. John Wiley & Sons.
- Muñoz, L. F. y Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
- Myers, N. L. (2011). Update: schizophrenia across cultures. *Current Psychiatry Reports*, 13, 305-311. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0208-0>
- Nayani, T. H. y David, A. S. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological medicine*, 26(1), 177-189. <https://doi.org/10.1017/s003329170003381x>
- Parnas, J., Yttri, J. E. y Urfer-Parnas, A. (2024). Phenomenology of auditory verbal hallucination in schizophrenia: An erroneous perception or something else? *Schizophrenia research*, 265, 83-88. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.03.045>
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2012). From neurochemistry to interpersonal chemistry: Towards a psychotherapy of schizophrenia. *Psychotherapy: New Research*, 1-21.
- Perona-Garcelán, S., Carrascoso-López, F., García-Montes, J. M., Ducator-Recuerda, M. J., López Jiménez, A. M., Vallina-Fernández, O. y Gómez-Gómez, M. T. (2012). Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 323-329. <https://doi.org/10.1002/jts.21693>
- Salone, A., Di Giacinto, A., Lai, C., De Berardis, D., Iasevoli, F., Fornaro, M., De Risio, L., Santacroce, R., Martinotti, G. y Di Giannantonio, M. (2016). The interface between neuroscience and neuropsychanalysis: focus on brain connectivity. *Frontiers in human neuroscience*, 10, 20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00020>
- Sanjuan, J., Lull, J. J., Aguilar, E. J., Martí-Bonmatí, L., Moratal, D., Gonzalez, J. C., Robles, M. y Keshavan, M. S. (2007). Emotional words induce enhanced brain activity in schizophrenic patients with auditory hallucinations. *Psychiatry research*, 154(1), 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2006.04.011>

- Scott, M., Rossell, S. L., Meyer, D., Toh, W. L. y Thomas, N. (2020). Childhood trauma, attachment and negative schemas in relation to negative auditory verbal hallucination (AVH) content. *Psychiatry research*, 290, 112997. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112997>
- Selten, J. P., Van Der Ven, E. y Termorshuizen, F. (2020). Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychological medicine*, 50(2), 303-313. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000035>
- Sommer, I. E., Slotema, C. W., Daskalakis, Z. J., Derks, E. M., Blom, J. D. y van der Gaag, M. (2012). The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 704-714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs034>
- Stephane M. (2013). Auditory verbal hallucinations result from combinatoric associations of multiple neural events. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 239. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00239>
- Strauss, C., Thomas, N. y Hayward, M. (2015). Can we respond mindfully to distressing voices? A systematic review of evidence for engagement, acceptability, effectiveness and mechanisms of change for mindfulness-based interventions for people distressed by hearing voices. *Frontiers in psychology*, 6, 1154. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01154>
- Swerdlow, N. R. (2011). Are we studying and treating schizophrenia correctly? *Schizophrenia Research*, 130(1-3), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.004>
- Telles-Correia, D., Moreira, A. L. y Gonçalves, J. S. (2015). Hallucinations and related concepts—their conceptual background. *Frontiers in Psychology*, 6, 991. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00991>
- Thomas, P., Mathur, P., Gottesman, I. I., Nagpal, R., Nimgaonkar, V. L. y Deshpande, S. N. (2007). Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. *Schizophrenia research*, 92(1-3), 41-49. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.01.017>
- Thomas, N., Morris, E. M., Shawyer, F. y Farhall, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for voices. En E. M. J. Morris, L. C. John y J. E. Oliver (Eds.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (pp. 95-111). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118499184.ch7>
- Tortelli, A., Nakamura, A., Suprani, F., Schürhoff, F., Van der Waerden, J., Szöke, A., Tarricone, I. y Pignon, B. (2018). Subclinical psychosis in adult migrants and ethnic minorities: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 4(6), 510-518. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.68>

- Tschacher, W., Giersch, A. y Friston, K. (2017). Embodiment and Schizophrenia: A Review of Implications and Applications. *Schizophrenia bulletin*, 43(4), 745-753. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw220>
- Upthegrove, R., Broome, M. R., Caldwell, K., Ives, J., Oyeboode, F. y Wood, S. J. (2016). Understanding auditory verbal hallucinations: a systematic review of current evidence. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 133(5), 352-367. <https://doi.org/10.1111/acps.12531>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S. y Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour research and therapy*, 49(12), 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.003>
- Zettle, R. D. y Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: the context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38. <https://doi.org/10.1007/BF03392813>

Transformación digital en salud mental: los chatbots como herramientas de apoyo diagnóstico y terapéutico

SILVIA ARRIBAS-GARCÍA¹, SANDRA DOVAL^{2,1}, ISABEL MORALES¹,
ROCÍO FAUSOR³, JOSÉ MIGUEL GUTIÉRREZ⁴, INÉS MARTI⁵,
MACARENA QUINTERO⁶, JAVIER QUINTERO²

¹Universidad Internacional de La Rioja (Logroño, España)

²Universidad Complutense de Madrid (Madrid, España)

³Universidad Internacional de Valencia (Valencia, España)

⁴Hospital de Gijón (Asturias, España)

⁵Hospital Universitario Niño Jesús (Madrid, España)

⁶Universidad Francisco de Vitoria (Madrid, España)

Resumen

La creciente demanda de atención en salud mental (SM) y las dificultades de acceso a servicios y profesionales especializados han impulsado el desarrollo de soluciones digitales basadas en inteligencia artificial (IA). Entre ellas, los chatbots conversacionales destacan como herramientas de soporte diagnóstico y terapéutico. Este trabajo, con un enfoque de síntesis narrativa, revisa el estado actual de la IA aplicada a la SM, con especial énfasis en el potencial de los modelos de lenguaje de gran tamaño (LLM) y los agentes autónomos en la detección temprana de síntomas, el tratamiento personalizado y el acompañamiento y seguimiento psicoeducativo continuo de la persona. Se analizan sus principales ventajas –disponibilidad 24/7, escalabilidad y capacidad para aumentar la adherencia terapéutica–, así como sus principales limitaciones, como la falta de validación clínica robusta, los errores de interpretación y la imposibilidad de manejar situaciones críticas de forma autónoma. Asimismo, se abordan los retos éticos y legales asociados, incluyendo la confidencialidad de los datos, el riesgo de diagnósticos erróneos y la necesidad de un uso complementario y no sustitutivo de la labor clínica humana. El artículo concluye que, si bien los chatbots presentan un gran potencial para transformar el acceso a la atención en SM, su implementación requiere evaluaciones rigurosas, protocolos de seguridad y marcos normativos

claros que garanticen una integración ética y efectiva en los sistemas asistenciales.

Palabras clave: inteligencia artificial, chatbots conversacionales, salud mental, diagnóstico, psicoterapia.

Introducción

La salud mental (SM) constituye un componente esencial del bienestar humano; sin embargo, los trastornos mentales presentan, en la actualidad, una alta prevalencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019 al menos una de cada ocho personas –equivalente a 970 millones de personas en todo el mundo– vivía con algún trastorno mental, siendo los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos los más comunes (World Health Organization [WHO], 2022). La misma organización describe que la prevalencia de los trastornos de ansiedad aumentó un 26% y la de los trastornos depresivos lo hizo en un 28% tras la pandemia COVID-19 (WHO, 2021, 2022). Además, en múltiples países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los niveles de ansiedad permanecen, en la actualidad, al menos un 20% por encima de los valores previos a la pandemia (OECD, 2023). Estas patologías no solo generan un gran sufrimiento emocional en quienes las padecen y en su entorno más cercano, sino que también representan una considerable carga económica derivada de las bajas laborales y de la necesidad de asistencia sanitaria prolongada (Greenberg et al., 2023).

En los últimos años, la demanda de atención en SM ha aumentado de manera notable, especialmente en determinados grupos poblacionales, como el adolescente (Maciá-Casas et al., 2024). Paralelamente, se observa un incremento preocupante en los casos de soledad en adultos, lo que puede agravar la situación de muchas personas con trastornos psicológicos (Wang et al., 2023). Este escenario ha tensionado los servicios sanitarios, lo que, unido a la infradotación de recursos humanos especializados en salud mental, dificulta la provisión de una adecuada atención a los pacientes (Hewage y Rostami-Tabar, 2025). En este contexto, muchas de las personas con problemas de salud mental son atendidos en el ámbito de la atención primaria (AP),

donde los profesionales, en ocasiones, carecen tanto de tiempo suficiente en consulta como de formación específica (Consejo Económico y Social, 2024). Esto podría estar relacionado con un aumento en la prescripción de psicofármacos desde AP, con una mayor agotamiento o *burnout* en los profesionales sanitarios (Atanackovic et al., 2025) y con una atención insuficiente tanto en frecuencia como en calidad que afecta, incluso, a los pacientes con cuadros más graves que requieren seguimiento estrecho. Adicionalmente, el estigma que acompaña a la SM dificulta la búsqueda de ayuda especializada, retrasando el comienzo del tratamiento y favoreciendo un agravamiento de los síntomas y del sufrimiento (Durango et al., 2023).

Como respuesta a esa situación en SM, la salud digital ha cobrado una relevancia creciente en el ámbito asistencial actual, configurando una nueva perspectiva en la provisión de servicios de salud (Cortés Torres et al., 2024). La incorporación de nuevas tecnologías y sus prestaciones ofrecen nuevas soluciones para mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención brindada (Schreiter et al., 2023). Las tecnologías digitales han posibilitado el desarrollo de aplicaciones y herramientas innovadoras para la monitorización remota de pacientes (Fedor et al., 2023), la teleasistencia y el acceso a información clínica en tiempo real, contribuyendo, en consecuencia, a optimizar la gestión sanitaria y reducir las desigualdades en el acceso a la atención (Dhunnoo et al., 2024).

Además, en los últimos años ha aumentado el interés científico sobre las aportaciones específicas que puede ofrecer la inteligencia artificial (IA) en el campo de la SM. Si bien no existe una definición consensuada de IA, la literatura recoge como puntos vitales la existencia de programas informáticos capaces de realizar tareas que imitan la inteligencia humana utilizando algoritmos y modelos estadísticos para procesar información y tomar decisiones, a menudo en tiempo real (Melnyk et al., 2023). Cabe destacar que la IA engloba diferentes modelos:

1. **Aprendizaje automático o *machine learning* (ML):** permite a los sistemas informáticos mejorar su rendimiento en tareas específicas mediante la experiencia o la exposición a datos, sin requerir programar explícitamente cada una de sus acciones. El sistema «aprende» a partir de patrones y regularidades

presentes en grandes volúmenes de información, ajustando sus predicciones o decisiones según los resultados obtenidos.

2. **Aprendizaje profundo o *deep learning* (DL):** emplea redes neuronales artificiales con múltiples capas de procesamiento, lo que permite extraer progresivamente representaciones abstractas y de alto nivel a partir de datos complejos, como imágenes (Salvador et al., 2023), audio o lenguaje natural. El DL ha sido el motor de muchos de los avances recientes en IA, como el reconocimiento facial, la traducción automática o los sistemas de recomendación, gracias a su capacidad para captar relaciones no evidentes entre datos y mejorar continuamente su precisión con el entrenamiento adecuado (Ezeamii et al., 2024).
3. **Procesamiento del lenguaje natural (PLN):** es la rama de la IA que capacita a los sistemas para comprender, interpretar y generar lenguaje humano de forma significativa. Constituye una tecnología clave en el desarrollo de los modelos de lenguaje de gran tamaño (*large language models*, LLM) y de los chatbots o agentes conversacionales aplicados a la salud mental. Estos sistemas están entrenados con grandes volúmenes de texto clínico o simulaciones de conversaciones terapéuticas, y pueden interactuar de manera fluida con los usuarios, detectar patrones de lenguaje asociados a estados emocionales o trastornos psicológicos, facilitando su diagnóstico (Le Glaz et al., 2021; Lho et al., 2025; Li et al., 2023; Mansoor y Ansari, 2024), y, en versiones multimodales, integrar datos de distinta naturaleza (texto, imagen, audio o vídeo). Todo ello no solo facilita el desarrollo de interfaces conversacionales más naturales, sino también el análisis simultáneo de notas clínicas e imágenes diagnósticas, mejorando la experiencia tanto de profesionales como de pacientes (Hitchcock et al., 2024; Topol, 2023).
4. Finalmente, **los modelos generativos** representan un avance sustancial de la IA al posibilitar la creación de contenido original a partir de patrones previamente aprendidos. En el entorno clínico, resultan especialmente útiles para la simulación de escenarios asistenciales y la generación automatizada de textos técnicos (Torous y Blease, 2024). Los LLM, como los de la familia GPT, han demostrado utilidad en la redacción de documentación clínica, el análisis semántico de lenguaje

natural y el soporte conversacional. Además, los LLM pueden actuar como «copilotos» clínicos, sugiriendo pruebas, diagnósticos o tratamientos y proporcionando retroalimentación basada en evidencia (Lee et al., 2023; Shin et al., 2024).

En el marco de expansión de la IA, en los últimos años los chatbots han ganado relevancia en el ámbito sanitario, especialmente en SM (Coghlan et al., 2023). Estos agentes conversacionales se definen, de forma general, como sistemas informáticos que emplean IA para imitar comportamientos humanos y entablar un diálogo dinámico con los usuarios (Zhu et al., 2022). Sus orígenes se remontan a ELIZA (Weizenbaum, 1966), el primer chatbot que simulaba a un psicoterapeuta (Hatch et al., 2025). Desde entonces, los chatbots han evolucionado desde modelos basados en reglas y guiones predefinidos hasta sistemas de aprendizaje automático y enfoques híbridos que combinan algoritmos con supervisión humana (Giansanti, 2023; Mayor, 2025). Mientras los chatbots basados en reglas emplean *scripts* fijos y árboles de decisión para simular la conversación, los modelos generativos más recientes (como los LLM) son capaces de generar lenguaje con gran fluidez (Siddals et al., 2024). Por su parte, los sistemas híbridos permiten respuestas más personalizadas y seguras (Wah, 2025).

En el contexto de la SM, los chatbots se utilizan como herramienta de apoyo tanto en intervenciones psicoterapéuticas (principalmente psicoeducativas e indicaciones de manejo de las exigencias cotidianas relacionadas con la sintomatología presente) como en la evaluación diagnóstica y monitorización de los pacientes, recalcando la necesidad de un profesional especializado para las intervenciones más sensibles (Ni y Jia, 2025). En este sentido, se han desarrollado, por ejemplo, agentes conversacionales capaces de administrar cuestionarios de cribado de depresión o ansiedad, monitorear el estado anímico y recopilar información clínica relevante a través del diálogo con el paciente (Ahmed et al., 2021; Schick et al., 2022).

Ante la emergencia de modelos conversacionales en el campo de la psicoterapia y su incorporación en la práctica habitual, resulta necesario conocer estas herramientas emergentes y su aplicabilidad clínica. Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar el uso de los chatbots o agentes conversacionales basados en la

IA como herramientas de apoyo diagnóstico y psicoterapéutico. Concretamente se persigue (1) analizar la efectividad y eficacia de su uso (2) analizar sus requerimientos técnicos y de seguridad y (3) analizar la percepción de los profesionales y usuarios.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa con elementos de revisión exploratoria orientada a identificar y sintetizar la evidencia disponible sobre el uso de chatbots basados en IA en el ámbito de la SM. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en tres bases de datos especializadas: PubMed, PsycINFO y Web of Science.

Se emplearon ecuaciones de búsqueda estructuradas que combinaron términos controlados (MeSH) y palabras clave libres agrupadas en tres bloques temáticos: inteligencia artificial (incluyendo «Artificial Intelligence», «Natural Language Processing», «Machine Learning», chatbot, «conversational agent», «large language model», «generative AI»), salud mental (como «Mental Health», «Psychology», «Clinical Psychology», «Psychological Techniques», «Psychological Theory»), procesos clínicos («Diagnosis», «Therapy», «Screening», «Early Detection of Disease»). Igualmente, se aplicaron filtros para el idioma (inglés y español) y se seleccionaron las publicaciones fechadas entre el 1 de agosto de 2019 y el 1 de agosto de 2025.

Tras la eliminación de duplicados, se realizó un cribado inicial por título y resumen, seguido de una lectura completa de los 26 textos seleccionados. Se incluyeron estudios que abordaban aplicaciones de IA en SM, con especial atención al uso de chatbots como herramientas de apoyo diagnóstico o terapéutico. Se excluyeron artículos sin acceso al texto completo, publicaciones en otros idiomas y estudios centrados en ámbitos no relacionados con la salud mental.

Los resultados se organizaron en torno a los principales patrones temáticos identificados, incluyendo la eficacia y efectividad de los chatbots en SM, los requerimientos técnicos y de seguridad y la percepción que usuarios y profesionales tienen respecto a su uso. Esta síntesis permitió contextualizar el estado actual del conocimiento y discutir sus implicaciones para la práctica clínica y el desarrollo tecnológico en SM.

Resultados

La revisión narrativa identificó 26 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Más concretamente, se incluyen 11 ensayos controlados aleatorizados (ECA), 6 revisiones sistemáticas y metaanálisis, 7 estudios observacionales y cualitativos y 2 estudios técnicos de desarrollo.

Los resultados extraídos se encuentran sistematizados en la tabla 1.

Tabla 1. Características, resultados principales y limitaciones de los estudios revisados

Autores y año	Población	Diseño	Intervención	Comparador	Medidas	Resultados principales	Limitaciones
Ensayo controlado aleatorizado							
MacNeill et al., 2024	Adultos con enfermedades crónicas (artritis, diabetes) n = 68	ECA	Wysa - Chatbot SM con TCC, 4 semanas	Control sin intervención	PHQ-9, GAD-7, PSS-10	Depresión (p<0,001), Ansiedad (p<0,001), Sin cambios en estrés	Autoinforme; seguimiento corto; no evalúa eventos adversos graves
Heinz et al., 2025	Adultos con TDM, TAG o riesgo TCA n = 210	ECA multi-cohorte	Therabot - Chatbot generativo IA finetuneado, 4 semanas	Lista de espera	PHQ-9, GAD-Q-IV, Weight Concerns Scale	51% depresión, 31% ansiedad, 19% preocupaciones alimentarias. Alta satisfacción usuaria	Guardarraíles activos y protocolo de crisis; no eventos graves reportados
Tong et al., 2025	Adultos jóvenes población general n = 120	ECA	Chatbot temático - Autocuidado mental basado en reglas	Control activo	Autoeficacia, literacidad mental, intención autocuidado	Mejoras inmediatas en literacidad y autocuidado. Efectos no sostenidos a 1 mes	Efectos a corto plazo; necesita mayor personalización
Karkosz et al., 2024	Jóvenes adultos síntomas subclínicos n = 60	ECA	Fido - Chatbot polaco apoyo salud mental, 2 semanas	Materiales autoayuda	Depresión, ansiedad, satisfacción vital	Mejora en depresión y ansiedad, satisfacción vital	Duración muy breve; limitado a población universitaria

Autores y año	Población	Diseño	Intervención	Comparador	Medidas	Resultados principales	Limitaciones
De Graaff et al., 2025	Jóvenes jordanos afectados por adversidad n = 60	ECA factibilidad	STARS (WHO) - Chatbot guiado no-IA	<i>Enhanced care as usual</i>	Depresión/ansiedad, usabilidad	80% retención. Intervención aceptable. Procedimientos ensayo de-variables	Estudio piloto; muestra pequeña; pendiente ensayo definitivo
Schillings et al., 2023	Adultos estrés medio-alto n = 118	ECA multicéntrico	ELME - Chatbot entrenamiento estrés/ <i>mindfulness</i> , 3 semanas	Tratamiento habitual	Estrés percibido, <i>mindfulness</i> , regulación emocional	Sin diferencias en estrés	Duración 3 semanas; subgrupos requieren análisis
Yoo et al., 2025	Adultos coreanos con depresión leve a moderada (n = 103), reclutados en centros comunitarios	ECA paralelo, 6 semanas	Zenny - Chatbot con GPT-4o, psicoeducación, ejercicios positivos y evaluación emocional	Grupo control con tratamiento habitual + folleto informativo sobre SM	PHQ-9, escala PANAS, satisfacción del usuario	Reducción significativa en PHQ-9 ($p < 0,01$), aumento en afecto positivo. Alta aceptación del chatbot	Tamaño de muestra pequeño, intervención breve, seguimiento limitado a posintervención
Khawaja y Bélisle-Pipon (2023)	Adultos con síntomas de depresión y ansiedad (n = 51)	Estudio piloto de factibilidad (no ECA, unicéntrico)	Chatbot conversacional para autogestión de SM, 4 semanas de uso domiciliario	Sin grupo control (diseño pre-post)	PHQ-9, GAD-7, SUS, retención y satisfacción usuaria	El 82% completaron la intervención. Mejoras significativas en síntomas de depresión y ansiedad tras 4 semanas. Alta aceptabilidad (SUS > 80), los usuarios lo describieron como apoyo útil y no estigmatizante	Estudio piloto sin grupo control. Muestra pequeña y homogénea. Seguimiento corto, sin evaluación de efectos a largo plazo ni eventos adversos

Autores y año	Población	Diseño	Intervención	Comparador	Medidas	Resultados principales	Limitaciones
Galea et al., 2024	Adultos jóvenes de comunidades marginalizadas (n = 80); diversidad étnica y de género	ECA factibilidad	CAKE – Chatbot conversacional guiado (no LLM); enfoque TCC y psicoeducación; 4 semanas	Control en lista de espera	PHQ-8; GAD-7, escalas de compromiso y aceptabilidad	Alta aceptabilidad (93% completaron); reducción de depresión leve/moderada; viabilidad establecida	Estudio piloto, sin potencia estadística para efectos clínicos robustos; no incluye seguimiento
Siddals et al., 2024	Adultos con síntomas de ansiedad y depresión (n = 208)	ECA	Chatbot de TCC guiada + autoayuda, 8 semanas	Lista de espera	PHQ-9, GAD-7, <i>engagement</i> , satisfacción usuaria	Mejoras significativas en depresión y ansiedad frente a lista de espera; buena adherencia (75%).	Seguimiento corto (8 semanas), sin evaluación de efectos adversos
Thunström et al., 2024	Adultos sanos (n = 45)	ECA (<i>digital human</i> vs. chatbot texto)	<i>BETSY</i> – Chatbot para SM (versión avatar humano vs. versión texto)	Interfaces alternativas (<i>digital human</i> vs. texto)	SUS, EEG, autoinforme de emociones	El chatbot de solo texto tuvo mayor usabilidad (SUS = 75,3) que el avatar humano (SUS = 64,8). No hubo diferencias en biomarcadores EEG	Muestra pequeña; participantes sanos; no evalúa síntomas clínicos
Revisión sistemática y metaanálisis							
Zhong et al., 2024	Adultos con depresión/ansiedad – Múltiples estudios	Revisión sistemática y metaanálisis	Chatbots psicoterapéuticos – Diversos tipos	Controles diversos	Síntomas depresión, síntomas ansiedad	Efectos favorables globales. Tamaño efecto pequeño-moderado en intervenciones cortas	Heterogeneidad alta; seguimiento breve mayoría estudios

Autores y año	Población	Diseño	Intervención	Comparador	Medidas	Resultados principales	Limitaciones
Feng et al., 2025	Jóvenes (8-33 años) n = 1,707 agregado	Revisión sistemática y metaanálisis	Agentes conversacionales IA - Diversos tipos	Controles diversos	Distrés, Bienestar psicológico	Distrés significativo (g = -0,28). Sin efecto significativo en bienestar	Heterogeneidad metodológica; efectos influidos por plataforma
Linar-don, 2024	Adultos y jóvenes con síntomas de ansiedad, depresión, TOC, TEPT (n>10 000 en total)	Revisión sistemática y metaanálisis de 176 ECA de apps y chatbots de SM	Intervenciones digitales validadas (TCC, <i>mindfulness</i> , autogestión, varios con chatbots)	Controles activos (tratamiento usual) y pasivos (lista de espera, placebo digital)	Reducción de síntomas clínicos (PHQ, GAD-7, DASS-21), <i>engagement</i> , retención	Efectos modestos pero consistentes en reducción de síntomas. TCC y uso de chatbots asociados a mejores resultados	Alto riesgo de sesgo en algunos estudios; escasa representación clínica severa
Vaidyam et al., 2021	Estudios con pacientes con depresión, ansiedad, esquizofrenia, bipolaridad; adultos	Revisión sistemática de 37 estudios sobre chatbots clínicos (hasta 2019)	Chatbots conversacionales de texto aplicados a diagnóstico, monitoreo y apoyo terapéutico	Diversos (estudios con o sin grupo control)	Aceptabilidad, efectividad, tasa de retención, medidas clínicas (diversas)	Buena aceptabilidad y viabilidad general, pero poca evidencia robusta de efectividad terapéutica	Estudios pre-LLM; baja calidad metodológica; heterogeneidad alta; escasa estandarización
Cruz-Gonzalez et al., 2025	Metarrevisión de 85 estudios con diversas poblaciones clínicas y no clínicas	Revisión sistemática sobre IA en salud mental (diagnóstico, monitoreo, intervención)	Uso de IA (chatbots, aprendizaje automático, sistemas de monitoreo pasivo)	Condiciones control según cada estudio (placebo, TAU, lista espera, etc.)	Precisión diagnóstica, eficacia sintomática, capacidad predictiva, adherencia	IA eficaz para diagnóstico y monitoreo; intervenciones aún requieren más evidencia	Alta variabilidad metodológica, falta de replicación, sesgos en <i>datasets</i> clínicos
Herberner et al., 2024	N/A (síntesis de estudios previos)	Revisión narrativa	Chatbots en SM - identificación de «ingredientes terapéuticos» (alianza, <i>feedback</i> , empatía, estructura de TCC)	N/A	Componentes terapéuticos de la relación terapéutica en chatbots	Se identifican factores terapéuticos replicables en chatbots: uso de lenguaje empático, <i>feedback</i> inmediato, estructura de tareas	No incluye metaanálisis ni evaluación de eficacia clínica directa

Autores y año	Población	Diseño	Intervención	Comparador	Medidas	Resultados principales	Limitaciones
Estudios observacionales y cualitativos							
Hipgrave et al., 2025	Clínicos salud mental n = 25	Entrevistas cualitativas	Chatbots generativos - Uso en práctica clínica	N/A	Percepciones beneficios/riesgos, barreras implementación	Beneficios: accesibilidad, tareas apoyo. Riesgos: privacidad, regulación, crisis	Opiniones no generalizables; falta datos efectividad
Kang y Hong, 2025	Jóvenes adultos coreanos n = 20	Estudio mixto experiencia usuario	Dr. CareSam - ChatGPT 4.0 <i>cross-lingual</i>	Intervenciones digitales existentes	Satisfacción, usabilidad, sensibilidad cultural	Alta satisfacción usuarios. Ventajas vs. intervenciones digitales existentes	Muestra pequeña; corto plazo; necesita detección riesgo
Yang et al., 2025	Pacientes con síntomas físicos y psicológicos - 29 estudios incluidos (n = total de participantes de estudios primarios)	Revisión sistemática de ECA	Agentes conversacionales - Diversos tipos (Woebot, Tess, Wysa, etc.)	Controles diversos	Manejo de síntomas físicos y psicológicos, depresión, ansiedad, dolor	39 efectos estadísticamente significativos de 22 estudios. Efectos favorables en depresión, ansiedad, dolor, síntomas gastrointestinales, trastornos alimentarios	Alto riesgo de sesgo en 17 estudios; heterogeneidad metodológica alta; seguimientos predominantemente cortos
Maples et al., 2024	Estudiantes usuarios Replika n = 1006	Estudio observacional	Replika - Compañero social IA con GPT-3	Población estudiantil típica	Soledad, apoyo social, patrones uso	Usuarios más solitarios que población típica. Alto apoyo social percibido. Uso múltiple mitigación soledad/suicidio	Sin grupo control; autoinforme; cuestionarios éticas dependencia

Autores y año	Población	Diseño	Intervención	Comparador	Medidas	Resultados principales	Limitaciones
Schick et al., 2022	Estudiantes universitarios alemanes (n = 146), edad media 24 años	Estudio observacional mixto con diseño cruzado entre tres modos de evaluación	Chatbot basado en Microsoft Bot Framework para autoevaluación de SM	Evaluaciones equivalentes en papel y versión web estándar	K10, BSI-18, AUDIT-3, tiempo de respuesta, BIDR, presencia social	Alta validez convergente y discriminante del chatbot; mayor esfuerzo requerido vs. web/papel	No mide intervención terapéutica; muestra universitaria; resultados no extrapolables
Haque y Rubya, 2023	Usuarios de 10 apps de salud mental con chatbots (n = 6245 reseñas analizadas en Google Play y App Store)	Estudio observacional cualitativo (análisis de reseñas de apps)	Chatbots móviles para SM (diversos)	N/A	Usabilidad, satisfacción, riesgos percibidos (a partir de reseñas)	Valorados positivamente por interacción personalizada; riesgos: dependencia, falta de respuesta adecuada en crisis, riesgo de aislamiento	Datos indirectos, no controlados; análisis de reseñas públicas sin validación clínica
Kim et al., 2022	Consumidores en contextos de servicios (estudios experimentales, n = varios ensayos online)	Experimentos de laboratorio/online sobre auto-revelación en IA vs. humanos	Chatbots y agentes de IA que hacen preguntas personales	Interacción con humanos	Autorrevelación (contenido sensible compartido), percepción de juicio social, búsqueda de apoyo emocional	Mayor disposición a compartir información personal con IA (vs. humanos) por menor temor a juicio social; pero menos preferencia cuando se busca apoyo emocional	No es población clínica ni contexto terapéutico; resultados extrapolables con cautela
Estudios técnicos y de desarrollo							
Wang et al., 2025	Profesionales SM (evaluación) - Evaluación experta	Estudios técnicos y de desarrollo	CRBot - Chatbot reestructuración cognitiva	N/A	Calidad conversacional, técnicas terapéuticas	Flujo conversacional natural. Preguntas socráticas adecuadas	Falta contextualización; consejos simplistas; «positividad tóxica»

Autores y año	Población	Diseño	Intervención	Comparador	Medidas	Resultados principales	Limitaciones
Xu et al., 2025	Casos simulados de SM con evaluación de 20 expertos clínicos	Estudio técnico comparativo de LLM (GPT-4, Med-PaLM, etc.) en diagnóstico automatizado	Tareas clínicas simuladas usando <i>prompts</i> de diagnóstico en SM en idioma chino	Evaluación humana y modelos ML previos	Exactitud diagnóstica, tiempo de respuesta, frecuencia de errores (alucinaciones)	GPT-4.1 y DeepSeek-R1 destacaron en precisión diagnóstica. Riesgos identificados: alucinaciones clínicas	Evaluación solo en simulaciones, sin aplicación clínica real; solo en idioma chino

Nota: ECA = ensayo controlado aleatorizado; SM = salud mental; TCC = terapia cognitivo-conductual; TDM = trastorno de depresión mayor; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; TCA = trastorno de la conducta alimentaria; PHQ = *Patient Health Questionnaire*; GAD = *Generalized Anxiety Disorder Screener*; PSS = *Perceived Stress Scale*; PANAS = *Positive and Negative Affects Schedule*; WHO = *World Health Organization*; SUS = *System Usability Scale*; EEG = electroencefalograma; IA = inteligencia artificial; DASS = *Depression Anxiety Stress Scale*; LMM = *Large Language Model*; K10 = *Kessler Psychological Distress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; AUDIT = *Alcohol Use Disorders Identification Test*; BIDR = *Balanced Inventory of Desirable Responding*; ML = *machine learning*

Eficacia y efectividad de los chatbots en salud mental

La literatura revisada revela un respaldo creciente al uso de chatbots conversacionales como herramientas eficaces para la reducción de síntomas en SM. El análisis de la sintomatología abordada muestra que la depresión constituye el dominio clínico más extensamente evaluado, con mejoras consistentes documentadas en escalas como PHQ-9, CES-D y BDI-II en más de la mitad de los estudios revisados. Los trastornos de ansiedad representan el segundo ámbito de aplicación más frecuente, mostrando descensos significativos en instrumentos como GAD-7 y STAI. Los efectos sobre el estrés percibido presentan mayor variabilidad, mientras que se han documentado beneficios adicionales en literacidad en SM, autoeficacia y actitudes hacia el autocuidado, aunque estos efectos no siempre se mantienen a medio plazo.

Algunos estudios han explorado dominios menos convencionales, con Therabot, mostrando efectividad sobre síntomas de trastornos alimentarios, y Yang et al. (2025) documentando efectos favorables en dolor, síntomas gastrointestinales y trastornos alimentarios. Un ejemplo notable de personalización para contextos clínicos complejos lo representa el trabajo de Galea

et al. (2024), quienes desarrollaron un chatbot dirigido a adolescentes peruanos que viven con VIH para abordar la sintomatología emocional y mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, implementando un enfoque centrado en el usuario con un *Youth Advisory Board* que participó iterativamente en el diseño a través de múltiples versiones.

La eficacia documentada varía significativamente según el tipo de arquitectura tecnológica implementada. Los chatbots basados en reglas estructuradas siguen guiones conversacionales predefinidos apoyándose en técnicas cognitivo-conductuales validadas. Karkosz et al. (2024) evaluaron Fido en 60 estudiantes universitarios, reportando reducciones significativas en PHQ-9 (5,21 puntos, $p < 0,001$) y GAD-7 (4,48 puntos, $p < 0,001$) tras dos semanas de interacción diaria, con adherencia del 90%. Los usuarios destacaron su utilidad para organizar pensamientos y reconocer patrones cognitivos, aunque mencionaron rigidez en el guion y falta de personalización. MacNeill et al. (2024) documentaron que Woebot produjo mejoras similares en depresión (4,92 puntos PHQ-9, $p < 0,01$) y ansiedad (3,88 puntos GAD-7, $p < 0,05$) en 68 personas con enfermedades crónicas, aunque sin cambios en estrés percibido y ni mecanismos explícitos de derivación ante sintomatología grave.

Otros estudios con chatbots estructurados han mostrado resultados variables. Schillings et al. (2023) evaluaron ELME en 118 adultos con estrés elevado, observando mejoras en regulación emocional y *mindfulness*, pero sin impacto en los niveles globales de estrés. Tong et al. (2025) reportaron mejoras significativas en literacidad en SM, autoeficacia y disposición al autocuidado en 120 adultos jóvenes, aunque estos efectos no se mantuvieron al mes de seguimiento y la experiencia se volvía repetitiva. De Graaff et al. (2025) implementaron STARS de la OMS con jóvenes jordanos en contextos humanitarios, logrando 80% de retención y reducciones significativas en ansiedad y malestar psicológico y valorándose como espacio seguro y privado, aunque con necesidad de mayor interacción humana complementaria.

Los chatbots generativos basados en modelos de lenguaje de gran escala demuestran mayor flexibilidad conversacional y capacidad adaptativa, pero también presentan riesgos únicos. Heinz et al. (2025) evaluaron Therabot en un ensayo controlado aleatorizado con 210 adultos en tres subgrupos diagnósticos, reportan-

do reducciones sustanciales: PHQ-9 de 7,41 puntos en trastorno depresivo mayor ($p < 0,001$; $d = 0,903$), GAD-7 de 6,92 puntos en trastorno de ansiedad generalizada ($p < 0,001$; $d = 0,840$) y mejora de 5,45 puntos en escalas de peso para alto riesgo de trastornos alimentarios ($p < 0,001$; $d = 0,819$). Las mejoras se mantuvieron tras ocho semanas con uso promedio superior a seis horas por usuario, implementando clasificadores de lenguaje entrenados con más de 100 000 horas de conversaciones clínicas supervisadas para detectar señales de riesgo y activar protocolos de seguridad.

Yoo et al. (2025) documentaron percepciones positivas con Zenny en usuarios con experiencia de depresión, destacando mejoras en autoeficacia y expresión emocional, facilitando la verbalización de pensamientos y validación de emociones, aunque los participantes señalaron limitaciones para gestionar crisis y abordar problemas complejos. Siddals et al. (2024) entrevistaron a 19 usuarios de chatbots de IA generativa y reportaron experiencias de «santuario emocional» más profundas que los chatbots basados en reglas, con mayor flexibilidad y creatividad terapéutica, incluyendo juego de roles y exploración simbólica, aunque las medidas de seguridad fueron percibidas como disruptivas durante momentos de vulnerabilidad.

El análisis de Replika por Maples et al. (2024) en 1 006 estudiantes reveló patrones intensivos de uso: el 82 % lo utilizaba para expresar emociones no compartidas con otros, el 68 % describía la relación como «personal» y el 3 % indicó que previno actos autolesivos, aunque emergieron preocupaciones sobre dependencia emocional y pérdida de límites entre lo humano y artificial. Xu et al. (2025) compararon 15 modelos LLM en tareas diagnósticas, encontrando que GPT-4.1 y QwQ presentaron mayor precisión, superando el rendimiento humano en algunos ítems, aunque con inconsistencias en respuestas abiertas, inestabilidad en razonamiento clínico y riesgo de «alucinaciones».

El análisis de aplicaciones comerciales proporciona perspectivas complementarias. Haque y Rubya (2023) examinaron 6 245 reseñas de 10 aplicaciones populares (ADA, Chai, Elomia, Mindspa, Nuna, Serenity, Stresscoach, Woebot, Wysa, Youper), identificando que los chatbots más efectivos combinan terapia cognitivo-conductual (TCC) (presente en las diez aplicaciones) con *mindfulness* (ocho aplicaciones) y técnicas de monitorización de síntomas. Las aplicaciones con conversación abierta

(Wysa, Nuna, Elomia) mostraron mayor adherencia que aquellas con flujo guiado, aunque con mayor riesgo de respuestas inapropiadas. Los usuarios reportaron que la disponibilidad 24/7 podía generar apego excesivo, con algunos prefiriendo el chatbot sobre interacciones familiares, aunque las respuestas inapropiadas y asunciones erróneas llevaron a la pérdida de interés.

Los metaanálisis recientes confirman estos hallazgos con efectos positivos, pero de magnitud variable. Zhong et al. (2024) reportaron efectos positivos en síntomas depresivos y ansiosos con tamaños del efecto pequeños a moderados en 15 estudios con 1 423 participantes. Feng et al. (2025) observaron mejora significativa en distrés psicológico ($g = -0,28$) en 1 707 participantes jóvenes, pero sin efectos sostenidos en bienestar subjetivo. Yang et al. (2025) encontraron resultados positivos en 22 de 29 estudios revisados, aunque 17 presentaban alto riesgo de sesgo. Cruz-Gonzalez et al. (2025) señalaron que los efectos son mayores cuando el chatbot integra TCC estructurada, se utiliza diariamente y cuenta con validación clínica.

Herbener et al. (2024) identificaron tres ingredientes activos potenciales en psicoterapia por agentes conversacionales, (1) variables relacionales, (2) ventilación emocional y (3) factores cognitivos, aunque señalan que la evidencia epistemológica actual es débil y no puede asumirse automáticamente que funcionen a través de vías causales similares a la psicoterapia tradicional. Vaidyam et al. (2021) analizaron 27 chatbots y detectaron que solo siete contaban con evaluación empírica sólida, subrayando la falta de regulación y necesidad de mecanismos formales de validación.

Requerimientos técnicos y de seguridad de los chatbots

Los estudios coinciden en que la implementación segura de chatbots en SM requiere requisitos técnicos específicos cuya complejidad aumenta según el tipo de tecnología y grado de autonomía conversacional. Los sistemas generativos requieren infraestructuras avanzadas que incluyen clasificadores de lenguaje para detectar señales de riesgo emocional o suicida y patrones de desregulación cognitiva e ideación autolesiva que activen automáticamente protocolos de seguridad como bloqueo de respuestas específicas, alertas para moderadores humanos y derivación a recursos clínicos.

Las deficiencias en soporte de crisis constituyen una preocupación crítica. El análisis de aplicaciones comerciales reveló que solo seis de diez aplicaciones proporcionaban información sobre líneas de crisis, y únicamente Wysa tenía capacidad de detectar crisis potenciales a través de la conversación, mientras que ADA y Chai carecían completamente de apoyo en crisis. Los autores identificaron tres tipos de flujo conversacional: guiado (seis *apps*), semiguíado (una *app*) y abierto (tres *apps*), siendo los sistemas guiados más controlables pero menos adaptativos, mientras que los sistemas abiertos ofrecían mayor flexibilidad, pero requerían salvaguardas más robustas.

Wang et al. (2025) documentaron errores clínicamente relevantes en CRBot: respuestas no adaptadas al tono emocional, exceso de positividad («positividad tóxica») y falta de seguimiento de temas sensibles, con el agravante de que los usuarios no detectaban estas desviaciones. Kang y Hong (2025) identificaron múltiples preocupaciones similares en Dr. CareSam: interpretación errónea de información sensible, inexistencia de protocolos de crisis e incertidumbre sobre almacenamiento de datos, operando sin moderación, derivación clínica o verificación de identidad del usuario.

Las preocupaciones regulatorias y éticas constituyen un aspecto fundamental. Khawaja y Bélisle-Pipon (2023) identificaron cuatro mecanismos por los cuales puede ocurrir *therapeutic misconception* (TM): *marketing* inadecuado de chatbots como agentes terapéuticos, formación de alianzas terapéuticas digitales incorrectas, sesgos algorítmicos en el diseño y limitaciones para fomentar la autonomía del usuario. La mayoría de aplicaciones de SM no requieren aprobación de la FDA (Food and Drug Administration) y operan en una zona gris regulatoria donde pueden reclamar ser «compatibles con HIPAA» (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) sin cumplir realmente los requisitos de entidades cubiertas.

La investigación sobre usabilidad ha revelado consideraciones importantes. Thunström et al. (2024) compararon interfaces de texto versus humanos digitales antropomórficos en 45 participantes usando BETSY y encontraron que el chatbot de solo texto obtuvo puntuaciones SUS significativamente superiores (75,34 vs. 64,80; $p = 0,01$); además, los participantes reportaron mayor nerviosismo con el humano digital y diferencias de género contrarias a estudios previos.

Herbener et al. (2024) cuestionan si las asunciones básicas de la psicoterapia (como la capacidad de formar vínculos afectivos) pueden darse por sentadas en la psicoterapia por agentes conversacionales planteando dudas sobre si los humanos pueden formar relaciones genuinas con máquinas y si las experiencias de aprendizaje social adquiridas son transferibles a relaciones interpersonales.

Hipgrave et al. (2025) entrevistaron a 25 profesionales e identificaron criterios técnicos mínimos: trazabilidad de decisiones algorítmicas, validación externa de contenidos, integración con derivación asistida, registros auditables y transparencia en uso de datos. Los profesionales expresaron preocupación por la opacidad de los modelos generativos, dificultad para validar respuestas y riesgo de dependencia emocional en usuarios vulnerables.

Los requisitos transversales identificados incluyen detección automática de crisis mediante clasificadores de lenguaje, derivación a recursos profesionales en tiempo real con protocolos de emergencia automatizados, moderación y supervisión humana (especialmente en sistemas generativos), trazabilidad algorítmica que permita comprender generación de respuestas, validación clínica de contenidos con participación de profesionales, protección de datos sensibles cumpliendo normativas como GDPR o HIPAA y auditoría de conversaciones para investigación, mejora del sistema y revisión ética. La ausencia de estas salvaguardas puede comprometer la seguridad del usuario, reducir la eficacia clínica e impedir adopción en entornos sanitarios regulados.

Percepción de profesionales y usuarios

La percepción de usuarios y profesionales muestra patrones diferenciados según el contexto de uso y las características tecnológicas. Los usuarios manifiestan valoraciones en general positivas, especialmente respecto a accesibilidad, privacidad, sensación de compañía y disponibilidad constante. Kim et al. (2022) documentaron en cuatro estudios con 829 participantes que los usuarios tienden a revelar más información sensible a agentes de IA que a humanos debido a la percepción reducida de juicio social (OR = 2,09; $p = 0,038$), aunque esta tendencia se revierte cuando buscan apoyo emocional, prefiriendo entonces la revelación a humanos por la mayor capacidad empática percibida.

Los usuarios demandaron mejor comprensión contextual para distinguir entre ideación suicida, que requiere intervención inmediata, versus pensamientos intrusivos, que necesitan procesamiento terapéutico, reportando que los chatbots fallaban en reconocer contextos de emergencia apropiadamente, terminando, a veces, conversaciones de manera abrupta o proporcionando respuestas descontextualizadas durante momentos de crisis.

Cruz-Gonzalez et al. (2025) identificaron que la percepción positiva se relaciona con la calidad del diseño conversacional, el lenguaje emocionalmente adecuado, la percepción de competencia y la personalización, mientras que el uso de lenguaje técnico, la falta de reacción ante malestar intenso y las respuestas genéricas reducen la satisfacción del usuario.

Los profesionales de SM muestran una postura cautelosa pero abierta hacia el uso complementario de chatbots (Hipgrave et al., 2025; Mirzaei et al., 2024; Wang et al., 2025). Por un lado, se identifican cuatro preocupaciones principales: calidad y validez del contenido clínico, riesgo de respuestas inapropiadas en contextos sensibles, posibilidad de confusión terapéutica donde los usuarios consideren al chatbot un sustituto real y ausencia de mecanismos de supervisión o trazabilidad.

A pesar de estas inquietudes, se reconocen, por otro lado, ventajas potenciales: reducción de barreras de acceso, normalización de autoexploración y valor preventivo en contextos de baja intensidad clínica. Igualmente, se señala su utilidad como puente hacia una atención formal si el chatbot está validado clínicamente, auditado regularmente y supervisado por profesionales. Y se recomienda derivar a profesionales humanos, respetar la privacidad e incluir etiquetas claras informando sobre la interacción con IA.

Khawaja y Bélisle-Pipon (2023) alertan sobre riesgos de trastornos mentales especialmente en poblaciones vulnerables, quienes pueden sobreestimar las capacidades terapéuticas debido a *marketing* engañoso y falta de transparencia sobre sus limitaciones. Recomiendan que los chatbots proporcionen recordatorios regulares sobre su naturaleza artificial, establezcan límites claros sobre su rol de apoyo e incluyan mecanismos de derivación a atención humana cuando sea apropiado.

Finalmente, los profesionales tienden a aceptar más fácilmente los chatbots estructurados basados en protocolos estandarizados

que los generativos debido a que estos últimos presentan mayor imprevisibilidad y menor control. El riesgo de «alucinaciones» es especialmente preocupante en contextos clínicos, y la ausencia de regulaciones específicas genera desconfianza adicional. El uso óptimo parece estar en su papel como recurso complementario más que como sustituto de la relación terapéutica humana; los usuarios valorando disponibilidad, neutralidad y capacidad de escucha, mientras que los profesionales enfatizan la importancia de límites técnicos, marcos éticos y validación externa.

Discusión

La integración de chatbots basados en IA en el ámbito de la SM se presenta como una oportunidad de transformación de los modelos de atención actuales. Esta revisión evidencia tanto el entusiasmo generado por sus aplicaciones como las limitaciones y riesgos subyacentes que deben ser considerados para su implementación responsable.

Los resultados evidencian una dicotomía fundamental en el desarrollo de chatbots para SM, la coexistencia de avances algorítmicos significativos con limitaciones clínicas persistentes. Mientras los grandes modelos de lenguaje (LLM) han demostrado capacidades notables en tareas diagnósticas y generación de texto clínico (Margaroli et al., 2025; Xu et al., 2025), la efectividad terapéutica reportada sigue siendo modesta, caracterizada por mejoras leves o moderadas en síntomas depresivos y ansiosos y efectos de corta duración (Linardon et al., 2024; Tong et al., 2025; Zhong et al., 2024). Esta discrepancia sugiere que la optimización técnica no se traduce automáticamente en beneficios clínicos tangibles, siendo necesario definir indicadores específicos para evaluar la utilidad clínica real más allá de métricas puramente algorítmicas.

Paradojas en la implementación práctica

La disponibilidad 24/7, frecuentemente promovida como fortaleza diferencial, puede convertirse en un riesgo significativo cuando los sistemas carecen de protocolos sólidos de gestión de crisis. Los hallazgos de Haque y Rubya (2023) revelaron que solo Wysa,

entre diez aplicaciones comerciales, incluía medidas completas de soporte de crisis, mientras que aplicaciones como ADA y Chai carecían completamente de apoyo en emergencias. Esta limitación fue evidenciada en estudios que documentaron respuestas inadecuadas ante verbalizaciones de emergencia o contenido suicida (Meady et al., 2025), resaltando la necesidad de mecanismos de escalamiento automático y supervisión humana constante.

Desde una perspectiva psicosocial, emergen tensiones complejas en torno al aislamiento social. Aunque la investigación de Kim et al. (2022) documentó que los usuarios tienden a revelar más información sensible a agentes de IA debido a la percepción de menor juicio social (OR = 2,09; p = 0,038), también se ha documentado que estos sistemas podrían reforzar el aislamiento cuando sustituyen relaciones humanas genuinas por vínculos digitales percibidos como empáticos pero artificiales. El estudio de Maples et al. (2024) con Replika ilustra esta problemática: mientras el 82% de usuarios lo empleaba para expresar emociones no compartidas con otros, emergieron preocupaciones sobre dependencia emocional y pérdida de límites entre lo humano y lo artificial.

Desafíos metodológicos y epistemológicos

La heterogeneidad metodológica detectada en los estudios revisados impide una síntesis robusta de la evidencia. Existen discrepancias significativas en términos de población, duración de la intervención, tipo de chatbot y medidas de resultado utilizadas, tal y como señalan Vaidyam et al. (2021) al encontrar que solo siete de 27 chatbots contaban con evaluación empírica sólida, lo que limita la posibilidad de extrapolar resultados y cuestiona la validez externa de muchas intervenciones.

El sesgo sistemático hacia poblaciones con alta alfabetización digital constituye una limitación particularmente problemática, ya que excluye, precisamente, a los grupos que más podrían beneficiarse del acceso remoto a atención en SM. Esta selección poblacional contradice las promesas de democratización del acceso y sugiere que estos sistemas podrían exacerbar, en lugar de reducir, las disparidades existentes.

La rápida obsolescencia tecnológica presenta un desafío epistemológico único. Como subrayan Herbener et al. (2024), gran parte de la evidencia disponible se basa en sistemas previos a la

adopción masiva de LLM, lo que genera una brecha entre tecnología evaluada y tecnología disponible que compromete la relevancia clínica de las conclusiones actuales. La comparación entre sistemas basados en reglas como Woebot y ELME versus modelos generativos como Therabot y Zenny ilustra esta evolución tecnológica acelerada, que requiere nuevas competencias profesionales orientadas a la supervisión algorítmica y al uso crítico de herramientas basadas en IA.

Relación terapéutica y efectividad clínica

La evidencia sobre la experiencia terapéutica presenta resultados matizados que desafían las expectativas iniciales. Mientras Siddals et al. (2024) documentaron experiencias de «santuario emocional» con chatbots generativos, los hallazgos de Thunström et al. (2024) revelan que las formas más antropomorfizadas (como avatares) no necesariamente mejoran la relación terapéutica y pueden, incluso, aumentar la ansiedad. La investigación de Zhu et al. (2022) aporta una dimensión importante: la satisfacción del usuario está más vinculada con la personalización, la utilidad percibida y la sensación de aprendizaje que con aspectos técnicos como la interacción por voz.

La confusión entre apoyo conversacional y tratamiento psicoterapéutico formal, conocida como *therapeutic misconception*, emerge como preocupación ética central. Khawaja y Bélisle-Pipon (2023) identificaron que esta ilusión de agencia terapéutica puede retrasar la búsqueda de atención profesional, especialmente en poblaciones vulnerables que sobrestiman las capacidades diagnósticas y terapéuticas de estos sistemas. Esta problemática se amplifica por las deficiencias técnicas documentadas por Wang et al. (2025) en CRBot, incluyendo la tendencia hacia respuestas estereotipadas y la «positividad tóxica», así como la falta de transparencia en el funcionamiento algorítmico, lo que dificulta la trazabilidad clínica y la rendición de cuentas.

Consideraciones éticas y regulatorias

Los dilemas éticos trascienden los principios bioéticos clásicos para abordar cuestiones específicas de la era digital. La gestión de datos sensibles constituye un eje central, pues la funcionalidad

dad de los modelos se basa en el acceso a información personal altamente privada. Estudios recientes (Coghlan et al., 2023; Meadi et al., 2025) advierten que muchas aplicaciones comerciales no garantizan adecuadamente la confidencialidad, lo que representa una vulneración crítica del derecho a la privacidad en contextos clínicos.

La equidad es otro desafío ético fundamental. La mayoría de las soluciones evaluadas han sido desarrolladas y validadas en contextos de alta conectividad y alfabetización digital, lo cual puede excluir sistemáticamente a poblaciones vulnerables. Esta exclusión contradice los principios de justicia distributiva y puede ampliar brechas ya existentes en el acceso a servicios de SM.

El desarrollo ético de estos sistemas exige marcos normativos específicos para SM digital. Como advierten Meskó y Topol (2023), los marcos regulatorios actuales no contemplan adecuadamente los riesgos particulares asociados con la escalabilidad, adaptabilidad y opacidad técnica de los modelos generativos. La ausencia de regulación clara dificulta su integración en sistemas sanitarios formales y deja a los usuarios expuestos a prácticas de mercado sin supervisión.

En esta línea, Malgaroli et al. (2025) proponen un enfoque sociotécnico que combine desarrollo tecnológico con equidad digital, participación de usuarios y estándares clínicos robustos, incluyendo protocolos de trazabilidad algorítmica, verificación externa de contenidos clínicos y estándares éticos codificados que regulen el entrenamiento, actualización y supervisión de estos sistemas.

Limitaciones del estudio

Esta síntesis presenta limitaciones metodológicas inherentes a su diseño narrativo. La ausencia de un protocolo sistemático formal, junto con la no aplicación de herramientas estandarizadas para evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos, limita la robustez y reproducibilidad de las conclusiones presentadas. El sesgo hacia literatura académica en inglés, particularmente hacia investigaciones publicadas en contextos anglófonos y de alto desarrollo tecnológico, puede haber excluido perspectivas relevantes desde marcos culturales, idiomáticos o asistenciales distintos.

La obsolescencia de parte de la evidencia analizada, dada la rápida evolución de los LLM y arquitecturas algorítmicas, constituye otra limitación relevante. Varios estudios incluidos se basan en tecnologías anteriores a la popularización de modelos generativos avanzados, lo cual condiciona su aplicabilidad en contextos contemporáneos. Asimismo, se observa una carencia de investigaciones que incorporen directamente la voz de los usuarios finales, así como análisis de coste-efectividad o impacto en sistemas de salud reales.

Direcciones futuras

Dada la evolución acelerada de la IA, futuras investigaciones deben centrarse en tres ejes fundamentales: validación clínica, gobernanza ética y personalización contextual.

Se requieren ensayos clínicos aleatorizados con tamaños muestrales adecuados, seguimiento longitudinal y medidas multidimensionales, incluyendo calidad de vida, funcionalidad social, adherencia terapéutica y satisfacción del usuario. Estos ensayos deberían comparar directamente intervenciones con chatbots frente a psicoterapia convencional, intervenciones híbridas y condiciones de control, estratificados por subgrupos específicos como poblaciones pediátricas, comunidades migrantes, personas mayores o usuarios con trastornos complejos.

Por otra parte, es urgente establecer marcos regulatorios adaptados al contexto de SM digital que incluyan estándares de transparencia algorítmica, protocolos de supervisión clínica, salvaguardas ante crisis y auditoría externa de contenidos. Estos marcos deben elaborarse con participación interdisciplinaria e incluir mecanismos de verificación científica y ética.

Igualmente, se recomienda avanzar hacia modelos de intervención personalizables que integren fenotipos clínicos, patrones digitales de comportamiento, marcadores contextuales y preferencias individuales. El desarrollo de sistemas culturalmente sensibles, multilingües y adaptativos es crucial para garantizar equidad en el acceso y efectividad terapéutica real, siguiendo el modelo participativo implementado por Galea et al. (2024) en el desarrollo para adolescentes con VIH.

Finalmente, se propone profundizar en estudios de ciencia social y humanidades digitales que analicen el impacto de estos

sistemas sobre el vínculo terapéutico, las dinámicas de poder, la autonomía del paciente y la redefinición de la relación entre tecnología, sufrimiento y cuidado humano.

Conclusiones

Los chatbots en SM representan una innovación prometedora, pero aún incipiente, cuyo potencial terapéutico depende de múltiples factores clínicos, técnicos y éticos. Aunque la literatura muestra efectos positivos en síntomas depresivos y ansiosos, como los documentados con Therabot y Fido, estos resultados son generalmente modestos, de corta duración y limitados a contextos controlados.

Existe una desconexión clara entre las capacidades técnicas de los sistemas más avanzados y su utilidad clínica real, lo cual sugiere que la innovación algorítmica debe ir acompañada de evidencia empírica robusta centrada en resultados clínicamente significativos. La implementación responsable de estas herramientas requiere protocolos de seguridad específicos, estándares regulatorios adaptados y modelos de supervisión profesional que aseguren su uso ético, seguro y eficaz.

El desarrollo de la SM digital debe regirse por principios de justicia, participación y evidencia. Esto implica integrar las voces de usuarios y profesionales, reducir brechas tecnológicas, proteger derechos fundamentales y garantizar que el bienestar del paciente permanezca en el centro de toda decisión de diseño e implementación tecnológica.

El equilibrio entre innovación tecnológica, rigurosidad científica y responsabilidad ética marcará el futuro de los agentes conversacionales en SM, requiriendo colaboraciones multidisciplinares que traduzcan los avances en IA en beneficios tangibles para pacientes y sistemas de salud.

Recomendaciones prácticas finales

La incorporación de chatbots impulsados por IA en el ámbito de la SM necesita una implementación responsable que respete los estándares clínicos, éticos, deontológicos y tecnológicos. Asumiendo que requieren de la participación de profesionales asis-

tenciales y técnicos, en este apartado se enumeran una serie de recomendaciones para un desarrollo responsable de estas herramientas, orientadas a dos de los públicos clave: los profesionales asistenciales que fomentarán la interacción del paciente con estas herramientas en su práctica diaria y los desarrolladores responsables de su diseño, entrenamiento y actualización (tabla 2).

Tabla 2. Recomendaciones prácticas para la implementación de chatbots en el ámbito de la SM

Para profesionales asistenciales	Para desarrolladores y diseñadores de IA
Evaluar la evidencia antes de utilizar	Colaborar con profesionales desde el inicio
Seleccionar únicamente herramientas con respaldo empírico validado en contextos clínicos comparables, sometidas a revisión por pares o pruebas piloto controladas.	Incluir profesionales asistenciales en todas las fases del diseño para asegurar que los modelos respondan a necesidades terapéuticas reales y estándares éticos clínicos.
Complementar, no sustituir	Diseñar para la seguridad clínica
Usar los chatbots como apoyo para cribado inicial, monitorización o psicoeducación, nunca como sustituto del juicio clínico ni intervención terapéutica directa.	Incorporar protocolos para detectar señales críticas (riesgo suicida, psicosis) y establecer mecanismos automáticos de derivación o alerta a profesionales humanos.
Supervisar la interacción del paciente	Asegurar transparencia y auditabilidad
Revisar registros de interacción para detectar señales de alerta, identificar temas sensibles emergentes y reforzar la alianza terapéutica.	Permitir que los procesos de toma de decisión del chatbot puedan ser interpretados, auditados y explicados, especialmente en situaciones clínicas sensibles.
Informar adecuadamente al paciente	Priorizar la protección de datos
Garantizar que el usuario comprenda que interactúa con IA, explicar funciones, limitaciones y protocolos de confidencialidad para consentimiento informado real.	Diseñar entornos seguros, cifrados y con almacenamiento local cuando sea posible; cumplir normativas como GDPR y garantizar anonimato cuando proceda.
Desarrollar competencias digitales	Evaluar y actualizar continuamente
Formarse en habilidades específicas sobre tecnologías digitales en salud mental: alfabetización en IA, manejo de plataformas y comprensión de sesgos algorítmicos.	Implementar ciclos regulares de evaluación clínica y actualizaciones periódicas basadas en retroalimentación de usuarios, evolución científica y marcos normativos.
	Fomentar inclusión y accesibilidad
	Adaptar chatbots a diversos contextos culturales, lingüísticos y niveles de alfabetización digital; testear efectividad en poblaciones vulnerables y garantizar equidad de acceso.

Referencias

- Abd-Alrazaq, A. A., Alajlani, M., Ali, N., Denecke, K., Bewick, B. M. y Househ, M. (2021). Perceptions and Opinions of Patients about Mental Health Chatbots: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1). <https://doi.org/10.2196/17828>
- Abd-Alrazaq, A. A., Rababeh, A., Alajlani, M., Bewick, B. M. y Househ, M. (2020). Effectiveness and safety of using chatbots to improve mental health: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7). <https://doi.org/10.2196/16021>
- Ahmed, S., Chen, V. H. H., Jaidka, K., Hooi, R. y Chib, A. (2021). Social media use and anti-immigrant attitudes: evidence from a survey and automated linguistic analysis of Facebook posts. *Asian Journal of Communication*, 31(4), 276-298. <https://doi.org/10.1080/01292986.2021.1929358>
- Atanackovic, J., Akuamoah-Boateng, H., Park, J., Corrente, M. y Bourgeault, I. L. (2025). Influence of the pandemic on the mental health of professional workers. *BMC Psychology*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02536-z>
- Coghlan, S., Leins, K., Sheldrick, S., Cheong, M., Gooding, P. y D'Alfonso, S. (2023). To chat or bot to chat: Ethical issues with using chatbots in mental health. *Digital Health*, 9. <https://doi.org/10.1177/20552076231183542>
- Consejo Económico Social de España (2024). *Informe 01-2024 sobre el sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro*. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INFORME_012024_EN_CONCLUSIONES_marcadores.pdf
- Cortés Torres, J. E., Saldaña Moreno, C. E., Mendoza Moncada, J. S. y Perdomo Pineda, J. D. (2024). El chatbot aplicado a salud. Una revisión bibliométrica. *Revista de Comunicación y Salud*, 15, 1-18. <https://doi.org/10.35669/rcys.2025.15.e355>
- Cruz-Gonzalez, P., He, A. W. J., Lam, E. P. P., Ng, I. M. C., Li, M. W., Hou, R., Chan, J. N. M., Sahni, Y., Vinas Guasch, N., Miller, T., Lau, B. W. M. y Sánchez Vidaña, D. I. (2025). Artificial intelligence in mental health care: A systematic review of diagnosis, monitoring, and intervention applications. In *Psychological Medicine*, 55. <https://doi.org/10.1017/S0033291724003295>
- de Graaff, A. M., Habashneh, R., Fanatseh, S., Kenyan, D., Akhtar, A., Abualhaja, A., Faroun, M., Said Aqel, I., Dardas, L., Servili, C., van Ommeren, M., Bryant, R. y Carswell, K. (2025). Evaluation of a

- Guided Chatbot Intervention for Young People in Jordan: Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 12. DOI: 10.2196/63515
- Dhunnoo, P., Kemp, B., McGuigan, K., Meskó, B., O'Rourke, V. y McCann, M. (2024). Evaluation of Telemedicine Consultations Using Health Outcomes and User Attitudes and Experiences: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 26. <https://doi.org/10.2196/53266>
- Durango, J. S., Echeverri, P. J., Valencia, J. G., Uribe, E. y Cárdenas, L. G. (2023). Self-stigma and help-seeking stigma in students and health professionals: A review of the literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 34(6), 400-410. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2023.11.001>
- Elyoseph, Z., Levkovich, I. y Shinan-Altman, S. (2024). Assessing prognosis in depression: Comparing perspectives of AI models, mental health professionals and the general public. *Family Medicine and Community Health*, 12(Suppl 1). <https://doi.org/10.1136/fmch-2023-002583>
- Ezeamii, V. C., Okobi, O. E., Wambai-Sani, H., et al. (2024). Revolutionizing healthcare: How telemedicine is improving patient outcomes and expanding access to care. *Cureus*, 16(7), e63881. <https://doi.org/10.7759/cureus.63881>
- Fedor, S., Lewis, R., Pedrelli, P., Mischoulon, D., Curtiss, J. y Picard, R. W. (2023). Wearable Technology in Clinical Practice for Depressive Disorder. *New England Journal of Medicine*, 389(26), 2457-2466. <https://doi.org/10.1056/nejmra2215898>
- Feng, Y., Hang, Y., Wu, W., Song, X., Xiao, X., Dong, F. y Qiao, Z. (2025). Effectiveness of AI-Driven Conversational Agents in Improving Mental Health Among Young People: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 27(1). <https://doi.org/10.2196/69639>
- Galea, J. T., Vasquez, D. H., Rupani, N., Gordon, M. B., Tapia, M., Greene, K. Y., Kolevic, L., Franke, M. F. y Contreras, C. (2024). Development and Pilot-Testing of an Optimized Conversational Agent or "Chatbot" for Peruvian Adolescents Living With HIV to Facilitate Mental Health Screening, Education, Self-Help, and Linkage to Care: Protocol for a Mixed Methods, Community-Engaged Study. *JMIR Research Protocols*, 13. <https://doi.org/10.2196/55559>
- Giansanti, D. (2023). The Chatbots Are Invading Us: A Map Point on the Evolution, Applications, Opportunities, and Emerging Problems in the Health Domain. *Life*, 13(5). <https://doi.org/10.3390/life13051130>

- Goldberg, S. B., Lam, S. U., Simonsson, O., Torous, J. y Sun, S. (2022). Mobile phone-based interventions for mental health: A systematic meta-review of 14 meta-analyses of randomized controlled trials. *PLOS Digital Health*, 1(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000002>
- Greenberg, P., Chitnis, A., Louie, D., Suthoff, E., Chen, S. Y., Maitland, J., Gagnon-Sanschagrin, P., Fournier, A. A. y Kessler, R. C. (2023). The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2019). *Advances in Therapy*, 40(10), 4460-4479. <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02622-x>
- Haque, M. D. R. y Rubya, S. (2023). An Overview of Chatbot-Based Mobile Mental Health Apps: Insights From App Description and User Reviews. *JMIR MHealth and UHealth*, 11. <https://doi.org/10.2196/44838>
- Hatch, S. G., Goodman, Z. T., Vowels, L., Hatch, H. D., Brown, A. L., Guttman, S., Le, Y., Bailey, B., Bailey, R. J., Esplin, C. R., Harris, S. M., Holt, D. P., McLaughlin, M., O'Connell, P., Rothman, K., Ritchie, L., Top, D. N. y Braithwaite, S. R. (2025). When ELIZA meets therapists: A Turing test for the heart and mind. *PLOS Mental Health*, 2(2), e0000145. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000145>
- He, Y., Yang, L., Qian, C., Li, T., Su, Z., Zhang, Q. y Hou, X. (2023). Conversational Agent Interventions for Mental Health Problems: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Medical Internet Research*, 25. <https://doi.org/10.2196/43862>
- 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. y Jacobson, N. C. (2025). Randomized Trial of a Generative AI Chatbot for Mental Health Treatment. *NEJM AI*, 2(4). <https://doi.org/10.1056/AIoa2400802>
- Herbener, A. B., Klinecicz, M. y Damholdt, M. F. (2024). A narrative review of the active ingredients in psychotherapy delivered by conversational agents. *Computers in Human Behavior Reports*, 14. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2024.100401>
- Hewage, H. y Rostami-Tabar, B. (2025). A hybrid predictive and prescriptive modelling framework for long-term mental healthcare workforce planning. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2406.17463>
- Hipgrave, L., Goldie, J., Dennis, S. y Coleman, A. (2025). Balancing risks and benefits: clinicians' perspectives on the use of generative AI chatbots in mental healthcare. *Frontiers in Digital Health*, 7. <https://doi.org/10.3389/fdgh.2025.1606291>

- Hitchcock, C., Funk, J., Cummins, R., Patel, S. D., Catarino, A., Takano, K., Dalgleish, T. y Ewbank, M. (2024). A deep learning quantification of patient specificity as a predictor of session attendance and treatment response to internet-enabled cognitive behavioural therapy for common mental health disorders. *Journal of Affective Disorders*, 350, 485-491. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.134>
- Hua, Y., Na, H., Li, Z., Liu, F., Fang, X., Clifton, D. y Torous, J. (2025). A scoping review of large language models for generative tasks in mental health care. *Npj Digital Medicine*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41746-025-01611-4>
- Hunter, D. J. y Holmes, C. (2023). Where Medical Statistics Meets Artificial Intelligence. *The New England Journal of Medicine*, 389(13), 1211-1219. <https://doi.org/10.1056/nejmra2212850>
- Kang, B. y Hong, M. (2025). Development and Evaluation of a Mental Health Chatbot Using ChatGPT 4.0: Mixed Methods User Experience Study With Korean Users. *JMIR Medical Informatics*, 13. <https://doi.org/10.2196/63538>
- Kang, E. y Kang, Y. A. (2024). Counseling Chatbot Design: The Effect of Anthropomorphic Chatbot Characteristics on User Self-Disclosure and Companionship. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 40(11), 2781-2795. <https://doi.org/10.1080/10447318.2022.2163775>
- Karkosz, S., Szymański, R., Sanna, K. y 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. <https://doi.org/10.2196/47960>
- Khawaja, Z. y Bélisle-Pipon, J. C. (2023). Your robot therapist is not your therapist: understanding the role of AI-powered mental health chatbots. *Frontiers in Digital Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1278186>
- Kim, T. W., Jiang, L., Duhachek, A., Lee, H. y Garvey, A. (2022). Do You Mind if I Ask You a Personal Question? How AI Service Agents Alter Consumer Self-Disclosure. *Journal of Service Research*, 25(4), 649-666. <https://doi.org/10.1177/10946705221120232>
- Le Glaz, A., Haralambous, Y., Kim-Dufor, D. H., Lenca, P., Billot, R., Ryan, T. C., Marsh, J., DeVyllder, J., Walter, M., Berrouiguet, S. y Lemey, C. (2021). Machine learning and natural language processing in mental health: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5). <https://doi.org/10.2196/15708>

- Lee, P., Goldberg, C. y Kohane, I. (2023). *AI revolution in Medicine: GPT-4 and Beyond* (1st ed.). Pearson.
- Levkovich, I. (2025). Evaluating Diagnostic Accuracy and Treatment Efficacy in Mental Health: A Comparative Analysis of Large Language Model Tools and Mental Health Professionals. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(1). <https://doi.org/10.3390/ejihpe15010009>
- Lho, S. K., Park, S. C., Lee, H., Oh, D. Y., Kim, H., Jang, S., Jung, H. Y., Yoo, S. Y., Park, S. M. y Lee, J. Y. (2025). Large Language Models and Text Embeddings for Detecting Depression and Suicide in Patient Narratives. *JAMA Network Open*, 8(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.11922>
- Li, T. M. H., Chen, J., Law, F. O. C., Li, C. T., Chan, N. Y., Chan, J. W. Y., Chau, S. W. H., Liu, Y., Li, S. X., Zhang, J., Leung, K. S. y Wing, Y. K. (2023). Detection of Suicidal Ideation in Clinical Interviews for Depression Using Natural Language Processing and Machine Learning: Cross-Sectional Study. *JMIR Medical Informatics*, 11(1). <https://doi.org/10.2196/50221>
- Linardon, J., Torous, J., Firth, J., Cuijpers, P., Messer, M. y Fuller-Tyszkiewicz, M. (2024). Current evidence on the efficacy of mental health smartphone apps for symptoms of depression and anxiety. A meta-analysis of 176 randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 23(1), 139-149. <https://doi.org/10.1002/wps.21183>
- Maciá-Casas, A., de la Iglesia-Larrad, J., García-Ullán, L., Refoyo-Matellán, B., Munaiz-Cossío, C., Díaz-Trejo, S., Berdión-Marcos, V., Calama-Martín, J., Roncero, C. y Pérez, J. (2024). Post-Pandemic Evolution of Suicide Risk in Children and Adolescents Attending a General Hospital Accident and Emergency Department. *Healthcare (Switzerland)*, 12(10). <https://doi.org/10.3390/healthcare12100977>
- MacNeill, A. L., Doucet, S. y Luke, A. (2024). Effectiveness of a Mental Health Chatbot for People With Chronic Diseases: Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*, 8. <https://doi.org/10.2196/50025>
- Margaroli, M., Schultebrucks, K., Myrick, K. J., Andrade Loch, A., Ospina-Pinillos, L., Choudhury, T., Kotov, R., De Choudhury, M. y Torous, J. (2025). Large language models for the mental health community: framework for translating code to care. *The Lancet Digital Health*, 7(4), e282-e285. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(24\)00255-3](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(24)00255-3)
- Mansoor, M. A. y Ansari, K. H. (2024). Early Detection of Mental Health Crises through Artificial-Intelligence-Powered Social Media

- Analysis: A Prospective Observational Study. *Journal of Personalized Medicine*, 14(9). <https://doi.org/10.3390/jpm14090958>
- Maples, B., Cerit, M., Vishwanath, A. y Pea, R. (2024). Loneliness and suicide mitigation for students using GPT3-enabled chatbots. *Npj Mental Health Research*, 3(1). <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00047-6>
- Mayor, E. (2025). Chatbots and mental health: a scoping review of reviews. *Current Psychology*, 44, 13619-16910. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08094-2>
- Meady, M. R., Sillekens, T., Metselaar, S., van Balkom, A., Bernstein, J. y Batelaan, N. (2025). Exploring the Ethical Challenges of Conversational AI in Mental Health Care: Scoping Review. *JMIR Mental Health*, 12. <https://doi.org/10.2196/60432>
- Melnyk, O., Ismail, A., Ghorashi, N. S., Heekin, M. y Javan, R. (2023). Generative Artificial Intelligence Terminology: A Primer for Clinicians and Medical Researchers. *Cureus*, 15(12). <https://doi.org/10.7759/cureus.49890>
- Meskó, B. y Görög, M. (2020). A short guide for medical professionals in the era of artificial intelligence. *Npj Digital Medicine*, 3, 126. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-00333-z>
- Meskó, B. y Topol, E. J. (2023). The imperative for regulatory oversight of large language models (or generative AI) in healthcare. *Npj Digital Medicine*, 6, 120. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00873-0>
- Mirzaei, T., Amini, L. y Esmailzadeh, P. (2024). Clinician voices on ethics of LLM integration in healthcare: a thematic analysis of ethical concerns and implications. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 24, 250. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02656-3>
- Ni, Y. y Jia, F. (2025). A Scoping Review of AI-Driven Digital Interventions in Mental Health Care: Mapping Applications Across Screening, Support, Monitoring, Prevention, and Clinical Education. *Healthcare (Switzerland)*, 13(10), 1205. <https://doi.org/10.3390/healthcare13101205>
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023*. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Omar, M. y Levkovich, I. (2025). Exploring the efficacy and potential of large language models for depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 371, 234-244. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.052>
- Salvador, R., García-León, M. Á., Feria-Raposo, I., Botillo-Martín, C., Martín-Lorenzo, C., Corte-Souto, C., Aguilar-Valero, T., Gil-Sanz, D.,

- Porta-Pelayo, D., Martín-Carrasco, M., del Olmo-Romero, F., Santiago-Bautista, J. M., Herrero-Muñecas, P., Castillo-Oramas, E., Larrubia-Romero, J., Rios-Alvarado, Z., Larraz-Romeo, J. A., Guardiola-Ripoll, M., Almodóvar-Payá, C., ... Pomarol-Clotet, E. (2023). Fingerprints as Predictors of Schizophrenia: A Deep Learning Study. *Schizophrenia Bulletin*, 49(3), 738-745. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac173>
- Schick, A., Feine, J., Morana, S., Maedche, A. y Reininghaus, U. (2022). Validity of Chatbot Use for Mental Health Assessment: Experimental Study. *JMIR MHealth and UHealth*, 10(10). <https://doi.org/10.2196/28082>
- Schillings, C., Meissner, D., Erb, B., Schultchen, D., Bendig, E. y Pollatos, O. (2023). A chatbot-based intervention with ELME to improve stress and health-related parameters in a stressed sample: Study protocol of a randomised controlled trial. *Frontiers in Digital Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1046202>
- Schreiter, S., Mascarell-Maricic, L., Rakitzis, O., Volkmann, C., Kaminski, J. y Daniels, M. A. (2023). Digital Health Applications in the Area of Mental Health. *Deutsches Arzteblatt International*, 120(47), 797-803. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0208>
- Sedlakova, J. y Trachsel, M. (2023). Conversational Artificial Intelligence in Psychotherapy: A New Therapeutic Tool or Agent? *American Journal of Bioethics*, 23(5), 4-13. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2048739>
- Shin, D., Kim, H., Lee, S., Cho, Y. y Jung, W. (2024). Using Large Language Models to Detect Depression From User-Generated Diary Text Data as a Novel Approach in Digital Mental Health Screening: Instrument Validation Study. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e54617. <https://doi.org/10.2196/54617>
- Siddals, S., Torous, J. y 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>
- Spytska, L. (2025). The use of artificial intelligence in psychotherapy: Development of intelligent therapeutic systems. *BMC Psychology*, 13, 175. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02491-9>
- Thunström, A. O., Carlsen, H. K., Ali, L., Larson, T., Hellström, A. y Steingrimsson, S. (2024). Usability Comparison Among Healthy Participants of an Anthropomorphic Digital Human and a Text-Based Chatbot as a Responder to Questions on Mental Health: Ran-

- domized Controlled Trial. *JMIR Human Factors*, 11. <https://doi.org/10.2196/54581>
- Tong, A. C. Y., Wong, K. T. Y., Chung, W. W. T. y Mak, W. W. S. (2025). Effectiveness of Topic-Based Chatbots on Mental Health Self-Care and Mental Well-Being: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 27. <https://doi.org/10.2196/70436>
- Topol, E. J. (2023). As artificial intelligence goes multimodal, medical applications multiply. *Science*, 381(6663). <https://doi.org/10.1126/science.adk6139>
- Torous, J. y Blease, C. (2024). Generative artificial intelligence in mental health care: Potential benefits and current challenges. *World Psychiatry*, 23(1), 1-2. <https://doi.org/10.1001/jamao>
- Vaidyam, A. N., Linggonegoro, D. y Torous, J. (2021). Changes to the Psychiatric Chatbot Landscape: A Systematic Review of Conversational Agents in Serious Mental Illness: Changements du paysage psychiatrique des chatbots: une revue systématique des agents conversationnels dans la maladie mentale sérieuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(4), 339-348. <https://doi.org/10.1177/0706743720966429>
- Wah, J. N. K. (2025). Revolutionizing e-health: The transformative role of AI-powered hybrid chatbots in healthcare solutions. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1530799>
- Wang, F., Gao, Y., Han, Z., Yu, Y., Long, Z., Jiang, X., Wu, Y., Pei, B., Cao, Y., Ye, J., Wang, M. y Zhao, Y. (2023). A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nature Human Behaviour*, 7(8), 1307-1319. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01617-6>
- Wang, Y., Wang, Y., Xiao, Y., Escamilla, L., Augustine, B., Crace, K., Zhou, G. y Zhang, Y. (2025). *Evaluating an LLM-Powered Chatbot for Cognitive Restructuring: Insights from Mental Health Professionals*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2501.15599>
- Weizenbaum, J. (1966). ELIZA—a computer program for the study of natural language communication between man and machine. *Communications of the ACM*, 9(1), 36-45. <https://doi.org/10.1145/365153.365168>
- World Health Organization (2021). *Who-mental-health-forum-2021*.
- World Health Organization (2022). *Mental Health and COVID-19: Scientific brief*.
- Xu, Y., Fang, Z., Lin, W., Jiang, Y., Jin, W., Balaji, P., Wang, J. y Xia, T. (2025). Evaluation of large language models on mental health:

- From knowledge test to illness diagnosis. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1646974>
- Yang, Q., Cheung, K., Zhang, Y., Zhang, Y., Qin, J. y Xie, Y. J. (2025). Conversational agents in physical and psychological symptom management: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 163, 104991. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104991>
- Yoo, D. W., Shi, J. M., Rodriguez, V. J. y Saha, K. (2025). *AI Chatbots for Mental Health: Values and Harms from Lived Experiences of Depression*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2504.18932>
- Zhang, Z. y Wang, J. (2024). Can AI replace psychotherapists? Exploring the future of mental health care. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1444382>
- Zhong, W., Luo, J. y Zhang, H. (2024). The therapeutic effectiveness of artificial intelligence-based chatbots in alleviation of depressive and anxiety symptoms in short-course treatments: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 356, 459-469. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.057>
- Zhu, Y., Wang, R. y Pu, C. (2022). "I am chatbot, your virtual mental health adviser." What drives citizens' satisfaction and continuance intention toward mental health chatbots during the COVID-19 pandemic? An empirical study in China. *Digital Health*, 8. <https://doi.org/10.1177/20552076221090031>

Salud mental y algoritmos: ¿quién decide en la era de la inteligencia artificial?

ROCÍO FAUSOR¹, SANDRA DOVAL^{2,3}, FRANCISCO TAVIRA¹,
SILVIA ARRIBAS-GARCÍA³, ISABEL MORALES³

¹Universidad Internacional de Valencia (Valencia, España)

²Universidad Complutense de Madrid (Madrid, España)

³Universidad Internacional de La Rioja (Logroño, España)

Resumen

La incorporación de inteligencia artificial (IA) en servicios de salud mental ha experimentado un crecimiento exponencial, con el mercado global proyectado de USD 1,13 mil millones (2023) a USD 5,08 mil millones (2030). Este crecimiento plantea desafíos éticos específicos que exceden los marcos bioéticos tradicionales, particularmente en relación con la opacidad algorítmica, sesgos sistemáticos y preservación del vínculo terapéutico. El presente trabajo realiza una revisión narrativa sobre los principales aspectos éticos y de consentimiento informado en aplicaciones de IA para salud mental, analizando marcos regulatorios internacionales y proponiendo orientaciones para su implementación responsable. Para ello se consultaron las bases de datos PsycINFO, Scopus, PubMed y Web of Science, incluyendo estudios empíricos controlados, revisiones sistemáticas, marcos regulatorios internacionales, análisis de mercado y fundamentos teóricos con componente ético específico para IA en salud mental, publicados entre 2019 y 2025. Los estudios empíricos controlados (Fitzpatrick et al., 2017; Fulmer et al., 2018) demuestran efectividad preliminar en poblaciones específicas, pero con limitaciones en validación longitudinal y poblaciones vulnerables. Los marcos regulatorios internacionales (APA, 2025; Regulation UE 2024/1689; WHO, 2021) convergen en principios fundamentales –transparencia, supervisión humana, equidad–, pero difieren sustancialmente en mecanismos de implementación. Las revisiones sistemáticas identifican tensiones críticas entre escalabilidad tecnológica y singularidad clínica, y entre automatización y preservación del juicio profesional. Se concluye que la IA debe conceptualizarse como herramienta de potenciación clínica, no de susti-

tución terapéutica. La implementación responsable requiere marcos de validación multidimensional (técnica, clínica, ética), procesos de adopción gradual *multistakeholder* y preservación del vínculo terapéutico como núcleo irremplazable, así como estudios longitudinales robustos y consensos internacionales sobre estándares éticos.

Palabras clave: inteligencia artificial, salud mental, ética, psicología, psicoterapia.

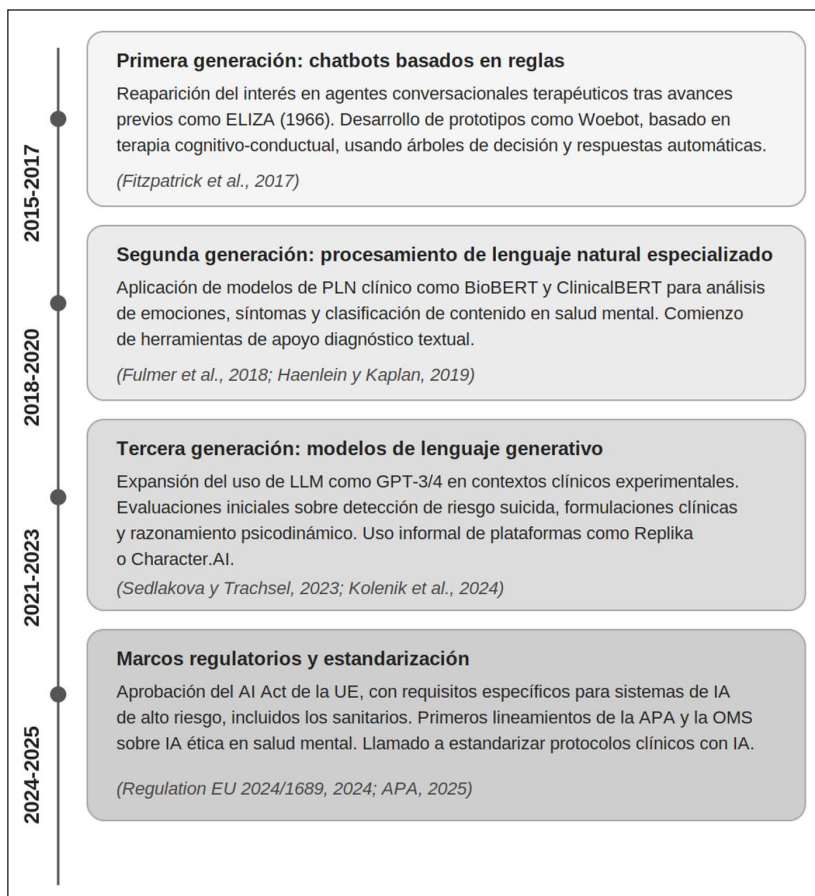
Introducción

La irrupción de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito de la psicoterapia representa un cambio de paradigma que exige una reflexión sobre las implicaciones éticas de su aplicación. A diferencia de otras tecnologías sanitarias, los sistemas de IA aplicados a la salud mental interactúan directamente con aspectos complejos de la subjetividad, la autonomía personal y la toma de decisiones clínicas, lo que implica un riesgo particular en relación con el consentimiento informado, la comprensión de los procesos algorítmicos detrás de las decisiones automatizadas, la potencial perpetuación de sesgos sociales y culturales inherentes al propio entrenamiento de los conjuntos de datos y la transparencia de los resultados (Chau et al., 2025; Warriier et al., 2023).

Esta expansión se ha caracterizado por un fuerte crecimiento en los últimos años. En 2024, el mercado global de aplicaciones de salud mental fue valorado en USD 7,48 mil millones, con previsiones de alcanzar los USD 17,52 mil millones en 2030 (tasa de crecimiento anual compuesta [CAGR] del 14,6 %) (Grand View Research, 2024) (Growth Report, 2024). Además, actualmente existen más de 10 000 aplicaciones de salud mental y bienestar disponibles en los principales mercados digitales (King et al., 2023). Tal y como se puede ver en la figura 1, este fenómeno expansivo se articula en tres fases evolutivas claramente diferenciadas en función del avance de la tecnología aplicada.

Una primera generación (2015-2017) dominada por sistemas basados en reglas y árboles de decisión; una segunda fase (2018-2020) caracterizada por la incorporación de arquitecturas de procesamiento de lenguaje natural especializadas, y la actual tercera generación (2021-2025) marcada por modelos de lenguaje generativo y el desarrollo paralelo de marcos regulatorios específicos.

Figura 1. Cronología evolutiva de IA en salud mental



Nota: la cronología muestra la evolución desde sistemas deterministas simples hacia arquitecturas neurales complejas, paralelamente al desarrollo de marcos normativos específicos. Las referencias incluyen tanto desarrollos técnicos como evaluaciones empíricas de eficacia clínica

En el ámbito psicoterapéutico, la IA ha sido incorporada principalmente como herramienta de apoyo al profesional con herramientas de análisis automático del discurso para identificación de indicadores sintomáticos, algoritmos de detección de patrones emocionales en texto y voz y plataformas de seguimiento remoto que utilizan modelos predictivos para anticipar recaídas (Fitzpatrick et al., 2017; Sadeghi et al., 2024). Aunque también se ha incorporado como herramienta de apoyo al paciente en forma de sistemas o agentes conversacionales para

intervenciones breves (chatbots). Estos sistemas emergen con el objetivo de democratizar el acceso a la salud mental, especialmente en contextos donde la oferta de profesionales es limitada.

La singularidad del contexto psicoterapéutico radica en que, a diferencia de otras aplicaciones médicas de IA que procesan predominantemente datos estructurados y objetivables (imagenología, parámetros fisiológicos, biomarcadores), los sistemas de salud mental deben operar sobre contenidos semánticos complejos: narrativas autobiográficas, estados emocionales dinámicos y procesos de significación subjetiva (Sedlakova y Trachsel, 2023). Esta diferencia fundamental genera tensiones éticas específicas que exceden los marcos bioéticos tradicionales, lo que requiere nuevos paradigmas conceptuales.

En este sentido, el uso de agentes conversacionales como Woebot ha sido explorado en contextos no clínicos con resultados preliminarmente positivos en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos leves (Kolenik et al., 2024). No obstante, estos sistemas presentan limitaciones importantes: carecen de razonamiento clínico, operan sobre algoritmos previamente entrenados y su capacidad de adaptación a pacientes con comorbilidades o condiciones complejas es escasa (Fulmer et al., 2018). Además, el marco teórico sobre el que operan –habitualmente terapia cognitivo-conductual (TCC)– no siempre es explícito para el usuario. Esta falta de transparencia es problemática porque impide que la persona tome una decisión informada sobre su tratamiento.

Otros modelos más avanzados, basados en *deep learning* (DL), se han propuesto para identificar indicadores sintomáticos mediante análisis de patrones lingüísticos o fisiológicos, aunque su uso en práctica clínica real sigue siendo limitado debido a problemas de explicabilidad, reproducibilidad y falta de validación externa (Sadeghi et al., 2024).

La reflexión sobre las implicaciones éticas en este campo no puede reducirse a aspectos técnicos o de cumplimiento normativo. Conlleva, además, un enfoque estructural sobre el modo en que estas tecnologías son diseñadas, validadas, comunicadas y aplicadas en entornos reales, así como sobre los principios filosóficos que deberían guiar su integración responsable. Por su parte, la posibilidad de que las decisiones terapéuticas se vean

delegadas parcial o totalmente en sistemas automatizados plantea una reformulación del vínculo entre profesional y usuario. En contextos donde la relación terapéutica constituye el epicentro de la intervención, la mediación tecnológica debe ser evaluada con especial cautela. La confianza, la empatía y el juicio clínico no son elementos fácilmente replicables por sistemas computacionales, independientemente de su grado de sofisticación (Markus et al., 2021).

Desde una perspectiva epistemológica, la integración de IA en psicoterapia plantea interrogantes fundamentales sobre la naturaleza del conocimiento clínico y los mecanismos de cambio terapéutico. Por ejemplo, diversas orientaciones terapéuticas, especialmente aquellas influidas por la tradición fenomenológica, han enfatizado la importancia de comprender la experiencia única de cada paciente y la centralidad de la relación paciente-terapeuta en el proceso curativo (Atwood y Stolorow, 2014; Gendlin, 1996). Esta perspectiva contrasta con los sistemas de IA, que operan mediante patrones estadísticos en grandes conjuntos de datos, representando una aproximación epistemológica fundamentalmente diferente.

Autores de revisiones y metaanálisis sobre IA y psicoterapia coinciden en enfatizar en sus conclusiones la necesidad de una integración cautelosa que tenga en cuenta la privacidad, el bienestar del paciente y los aspectos éticos (Beg et al., 2024; Bhatt, 2025). La inclusión de la IA pone de relieve la falta de comprensión sobre su funcionamiento, lo que dificulta que usuarios y profesionales otorguen un consentimiento verdaderamente informado cuando el sistema es opaco (*black box*). Por otra parte, los algoritmos perpetúan sesgos culturales, sociales o de género con sistemas entrenados con datos limitados que pueden no ser igualmente efectivos para personas de diferentes orígenes.

El panorama regulatorio internacional presenta una heterogeneidad normativa significativa. Las directrices de la American Psychological Association (APA) (2024) priorizan la competencia profesional y la supervisión clínica, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS; WHO, por sus siglas en inglés) (2021) enfatizan derechos humanos y equidad global, mientras que el marco europeo propuesto por Mental Health Europe (2024) articula un enfoque de cocreación con usuarios (Regulation - EU - 2024/1689 - EN - EUR-Lex, 2024.; Warrier

et al., 2023; WHO, 2021). Esta diversidad refleja tanto las diferencias en tradiciones jurídico-éticas nacionales como la complejidad inherente del fenómeno, demandando urgentemente la construcción de consensos internacionales basados en evidencia empírica rigurosa.

Todo ello refleja una necesidad urgente de diálogo entre la IA y su uso en salud mental que cuestione no solo la eficacia técnica, sino también el impacto en la autenticidad y complejidad de la experiencia humana.

Objetivo

Este artículo tiene como objetivo fundamental realizar una revisión narrativa sobre los principales aspectos éticos y de consentimiento en la aplicación de IA en el ámbito de la salud mental. Específicamente pretende (1) describir las aplicaciones de la IA en salud mental; (2) revisar los desafíos éticos que plantea su uso en salud mental; (3) analizar las limitaciones del consentimiento informado en su aplicación; (4) analizar los marcos regulatorios, y (5) proponer orientaciones para guiar en su uso responsable en el entorno clínico.

Metodología

La presente revisión narrativa se ha construido a partir de una selección estratégica de trabajos académicos y documentos institucionales publicados entre 2017 y 2025. El criterio de inclusión se centró en aportaciones relevantes para comprender las implicaciones clínicas, éticas, tecnológicas y regulatorias del uso de inteligencia artificial (IA) en salud mental. Se priorizaron estudios empíricos con evidencia clínica, revisiones sistemáticas, artículos teóricos de alto impacto y directrices elaboradas por organismos internacionales (WHO, APA, Mental Health Europe).

La literatura se organizó en cinco ejes temáticos que atraviesan la problemática. Tal y como se recoge en la tabla 1, esta clasificación permite abordar el fenómeno de manera integradora, visibilizando tanto sus oportunidades como sus riesgos.

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión narrativa

Referencia	Diseño	Muestra/Alcance	Contribución principal
Fitzpatrick et al., (2017)	RCT	N = 70, 18-28 años	Woebot reduce depresión vs control (F = 6,47; p = 0,01)
Fulmer et al., (2018)	RCT	N = 67, adultos	Tess efectivo para ansiedad/depresión
Pazer (2024)	Encuesta cuantitativa con cuestionario estructurado	57 profesionales de salud mental (psicólogos en práctica privada, hospitales, centros comunitarios y entornos académicos; Alemania)	Valoración positiva de la utilidad de la IA, pero con fuertes preocupaciones sobre privacidad y ética
Chen et al. (2023)	Estudio ML	Biomarcadores	Predicción respuesta antidepressiva con IA
Kolenik et al. (2024)	Sistema computacional	Agente conversacional	Sistema psicoterapia computacional predictivo
Philippe et al. (2022)	Metarrevisión	k = multiple RCT	Efectividad intervenciones digitales salud mental
WHO (2021)	Directriz internacional	Global, 18 meses deliberación	6 principios éticos para IA en salud
Regulation, EU 2024/1689 (2024)	Legislación europea	27 países UE	Primera regulación detallada IA por riesgo
APA (2024)	Directrices profesionales	Psicólogos USA	Guía ética para práctica profesional con IA
Markus et al. (2021)	Revisión sistemática	k = 45 estudios	Explicabilidad necesaria para confianza en IA salud
Sadeghi et al. (2024)	Revisión sistemática	k = 118 estudios	Estado actual IA explicable en salud
Chancellor y De Choudhury (2020)	Revisión crítica	Métodos predictivos	Limitaciones algoritmos redes sociales salud mental
Beg et al. (2024)	Revisión narrativa	Estado actual	IA para psicoterapia: estado y direcciones futuras
de la Fuente Tambo y Armayones Ruiz (2025)	Revisión práctica	Herramientas disponibles	IA en práctica psicológica asistencial española
Balcombe y De Leo (2021)	Revisión narrativa	Desafíos globales	Desafíos digitales en salud mental y horizonte futuro

Warrier et al. (2023)	Revisión narrativa	Consideraciones éticas	Consideraciones éticas uso IA en salud mental
Growth Report (2024)	Análisis mercado	Global	Mercado \$1,13B→\$5,08B (2023-2030), CAGR 24,1 %
World Health Organization (2022)	Estadísticas globales	970 M personas	1 de cada 8 personas vive con trastorno mental
Haenlein y Kaplan (2019)	Revisión histórica	Evolución IA	Historia breve IA: pasado, presente y futuro
Ross y Swetlitz (2017)	Análisis crítico	Caso IBM Watson	Limitaciones prometidas vs. realidad en oncología
Beauchamp y Childress (2001)	Marco clásico	Bioética	4 principios bioéticos fundamentales
Floridi y Cowls (2019)	Marco teórico	IA y sociedad	5 principios éticos para IA
Torous y Roberts (2017)	Editorial teórico	Salud mental digital	Necesidad transparencia en <i>apps</i> salud mental
Gendlin (1996)	Manual clínico	Fenomenología	Método experiencial en psicoterapia <i>focusing</i>
Held (2005)	Marco teórico	Ética del cuidado	Ética del cuidado: personal, política y global
Atwood y Stolorow (2014)	Marco teórico	Fenomenología	Estructuras subjetividad: fenomenología psicoanalítica
Chau et al. (2025)	Artículo teórico	Consentimiento IA	De caja negra a claridad: consentimiento efectivo IA
Sedlakova y Trachsel (2023)	Artículo bioético	IA conversacional	IA conversacional: ¿herramienta o agente terapéutico?
Cheong (2024)	Artículo teórico	Transparencia IA	Transparencia y <i>accountability</i> en sistemas IA

Nota: los criterios de inclusión priorizaron estudios con componente ético específico para IA en salud mental. RCT: ensayo controlado aleatorizado. k: número de estudios incluidos en revisión. CAGR: tasa de crecimiento anual compuesta. ML: *Machine Learning*.

Resultados

Aplicaciones de la IA en salud mental

La tecnología, desde hace unos años, ha surgido en el ámbito de la psicología como una alternativa que brinda diferentes opciones escalables y accesibles (Balcombe y De Leo, 2021; Philippe

et al., 2022). La IA se ha hecho hueco en este escenario de optimización de procesos en el campo de la psicología asistencial (de la Fuente Tambo y Armayones Ruiz, 2025). Aunque no hay una definición exacta sobre el término, la literatura coincide en que es una rama de la informática que implica el procesamiento de datos mediante algoritmos para procesar información y resolver problemas como los haría un humano (Haenlein y Kaplan, 2019).

Para efectos de claridad conceptual, es necesario distinguir entre diferentes tipos de IA aplicables a salud mental: (1) *Machine Learning* (ML), que utiliza algoritmos para identificar patrones en datos y hacer predicciones; (2) *Deep Learning* (DL), que emplea redes neuronales multicapa para análisis complejos de patrones, y (3) *Large Language Models* (LLM), modelos generativos capaces de producir texto coherente y contextualmente relevante. Cada categoría presenta implicaciones éticas diferenciadas según su grado de autonomía y opacidad algorítmica.

La aplicación en el ámbito de la psicología asistencial varía desde la asistencia al profesional en un plano administrativo, en la gestión de tareas de gestión de una consulta, hasta el acompañamiento al profesional en tareas clínicas del proceso de terapia (de la Fuente Tambo y Armayones Ruiz, 2025) o el acompañamiento al paciente mediante chatbot o herramientas conversacionales (Beg et al., 2024; Sedlakova y Trachsel, 2023). Por ende, no todos los sistemas de IA aplicados tienen el mismo grado de decisión y autonomía (véase tabla 2).

Los sistemas de IA asistida funcionan como herramientas de apoyo diagnóstico o en tareas específicas sin toma de decisiones autónomas, por lo que el profesional mantiene control total sobre las decisiones clínicas. Ejemplos de IA asistida serían los sistemas de análisis de texto clínico como BioBERT, que pueden identificar patrones lingüísticos asociados con síntomas específicos, o las herramientas de explicabilidad como SHAP, que ayudan a comprender las decisiones algorítmicas. Estos sistemas presentan el menor riesgo ético debido a la supervisión humana constante. Funcionan como una «segunda opinión» basada en datos ya que se cruzan los datos del paciente, conocimiento científico y algoritmos para analizar la información, alertar sobre riesgos o realizar sugerencias al profesional, que siempre tiene la última palabra. En la actualidad, existen herramientas

Tabla 2. Clasificación de sistemas de IA según grado de autonomía decisional adaptada de Chau et al. (2025), Sadeghi et al. (2024) y Warriier et al. (2023)

Nivel de autonomía	Arquitectura técnica	Ejemplos representativos	Supervisión requerida	Riesgo ético	Evidencia clínica
IA asistida	Sistemas de apoyo a la decisión (CDSS), análisis NLP para <i>screening</i>	IBM Watson for Oncology adaptado, BioBERT para análisis de texto clínico, SHAP para explicabilidad	Profesional interpreta y valida todas las recomendaciones	BAJO	Limitada, principalmente validación técnica
IA semi-autónoma	Chatbots con protocolos de escalamiento, sistemas híbridos	Woebot con alertas automáticas, Tess con supervisión clínica, Headspace Care (anteriormente Ginger.io)	Supervisión periódica, protocolos de derivación definidos	MEDIO	RCT prometedores pero muestras pequeñas
IA autónoma	LLM generativos, agentes conversacionales independientes	Replika, Character.AI, ChatGPT utilizado directamente por usuarios	Sin supervisión profesional sistemática	ALTO	Evidencia anecdótica, estudios de seguridad insuficientes

Nota: la evaluación de riesgo ético considera factores como transparencia algorítmica, potencial de daño, y capacidad de supervisión clínica

como Lyssn en Estados Unidos o Limbic en Reino Unido que cuentan con evidencia empírica y que utilizan IA para ayudar a profesionales de la psicología en tareas como evaluación, tratamiento o seguimiento a pacientes.

Los sistemas semiautónomos hacen recomendaciones autónomas con supervisión profesional periódica. Herramientas como Woebot, un agente conversacional automatizado en el que se ofrecen contenidos de autoayuda basados en la TCC, serían un ejemplo. Estos sistemas realizan intervenciones estructuradas, pero incluyen mecanismos de derivación cuando detectan situaciones de riesgo. Su implementación requiere protocolos claros de supervisión y formación específica del personal. Concretamente, en el caso de Woebot, el estudio controlado aleatorizado de Fitzpatrick et al. (2017) demostró reducciones significativas en síntomas depresivos ($d = 0,44$) en estudiantes universitarios tras cuatro semanas de uso. Desde hace unos años, en el sector

científico se está investigando la eficacia de este tipo de soluciones (Bhatt, 2025). Según la revisión de Bhatt (2025), centrada en estudios realizados con agentes conversacionales, la mayoría de las investigaciones se focalizan en la intervención TCC de problemas emocionales más prevalentes, ansiedad y depresión.

Los sistemas autónomos, incluyendo plataformas como Replika o el uso directo de ChatGPT para apoyo emocional, operan sin supervisión profesional sistemática. Aunque pueden ofrecer acceso inmediato y reducir barreras de entrada, presentan riesgos significativos como pueden ser respuestas inadecuadas ante crisis, perpetuación de sesgos culturales y potencial desarrollo de dependencia emocional hacia sistemas no conscientes. Un ejemplo lo ofrece el estudio piloto de IBM Watson for Mental Health en hospitales estadounidenses, suspendido tras detectarse recomendaciones clínicamente inadecuadas en un 15 % de casos complejos (Ross y Swetlitz, 2017).

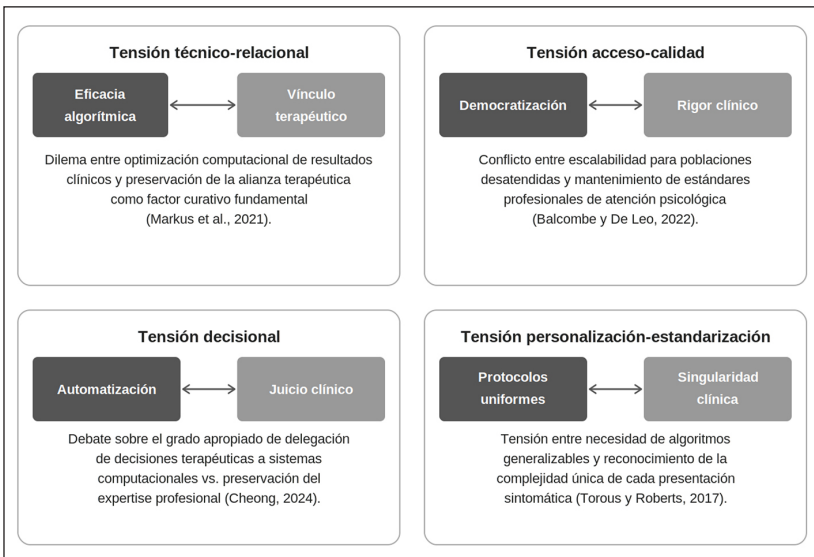
El interés por aplicar modelos de procesamiento de lenguaje natural (PNL) se extiende a las diferentes partes del proceso terapéutico. Así, existen sistemas de triaje que clasifican a los pacientes en función de la gravedad para instituciones o clínicas y sistemas de evaluación que realizan detección de sintomatología desde textos y voz. Igualmente, existen sistemas de seguimiento que monitorizan el estado de ánimo diario que sirven como apoyo diagnóstico y se perfilan en *dashboards* clínicos para profesionales y, como ya se ha mencionado, sistemas de intervención que ofrecen terapia mediante chatbots interactivos para pacientes o usuarios (Beg et al., 2024).

Desafíos éticos

El análisis de las tensiones éticas puede sistematizarse en cuatro dimensiones fundamentales que requieren consideración simultánea e integrada (véase figura 2). En primer lugar, la tensión técnico-relacional entre optimización algorítmica y preservación del vínculo terapéutico como factor curativo en el que, además, el profesional siempre enmarca su intervención dentro del contexto de la persona, a diferencia de sistemas automatizados que con el tiempo descontextualizan la información obligando al usuario a volver a ubicar al chatbot, por ejemplo. Lo que nos lleva, en segundo lugar, a la tensión decisional entre automatiza-

ción de procesos y preservación del juicio profesional. Ante justificaciones centradas en la costo-eficiencia y la democratización de la salud pública para poder llegar a todos, se abre el debate de hasta qué punto se puede delegar la decisión clínica o cómo se asientan las decisiones clínicas cuando no se comprende el proceso decisional del modelo de IA. Estrechamente ligado a ello se presenta la tercera tensión relacionada con el acceso-calidad entre democratización de servicios y mantenimiento de estándares clínicos rigurosos. Por último, la tensión personalización-estandarización entre protocolos algorítmicos uniformes y reconocimiento de la singularidad fenomenológica de cada presentación clínica (Cheong, 2024; Markus et al., 2021).

Figura 2. Marco conceptual de tensiones éticas fundamentales



Nota: las tensiones representan dimensiones no mutuamente excluyentes, sino complementarias, que requieren equilibrio dinámico en la implementación clínica. El marco integra perspectivas de bioética, filosofía de la tecnología y práctica clínica basada en evidencia

A la luz de las tensiones mencionadas, cabe desgarnar y entender aspectos como los sesgos que pueden presentar los sistemas, la opacidad algorítmica y la necesidad de explicabilidad en el uso de sistemas IA, además de los cambios que supone en el proceso terapéutico tanto a nivel relacional terapeuta-paciente como en la propia autonomía del paciente.

Sesgos, opacidad algorítmica y explicabilidad

Los sesgos en IA constituyen una distorsión sistemática en los resultados que ofrece la IA. Los sistemas IA analizan y cruzan millones de datos de las bases de datos en las que han sido creados y entrenados, pero, al hacerlo, tienden a perpetuar y amplificar sesgos ya presentes en dichos datos de entrenamiento, lo que puede traducirse en disparidades sistemáticas en la calidad de atención.

Un sesgo frecuente puede aparecer, por ejemplo, con el uso de bases de datos que no son representativas. En salud mental, se podría encontrar una subrepresentación de minorías étnicas y culturales en bases de datos de entrenamiento, lo que puede llevar a conclusiones erróneas y a recomendaciones poco fiables para estos grupos.

Por otro lado, puede haber sesgos en la medición, que surgen del uso de instrumentos culturalmente sesgados o mal adaptados. Esto fomenta la normalización de estándares culturales específicos como universales o la perpetuación de estereotipos de género en diagnósticos diferenciales en salud mental. Un ejemplo paradigmático es el sesgo racial documentado en algoritmos de predicción de riesgo suicida, que muestran menor precisión en poblaciones afroamericanas (AUC = 0,72) en comparación con poblaciones caucásicas (AUC = 0,89). Esta diferencia se explica, en parte, por variaciones culturales en la expresión del malestar emocional y desigualdades históricas de acceso a servicios de salud mental (Chen et al., 2023).

Asimismo, los sesgos pueden adoptar una dimensión socioeconómica, privilegiando a poblaciones con mayor acceso tecnológico y marginando a quienes cuentan con menos recursos.

Por otro lado, la opacidad algorítmica representa uno de los desafíos más significativos en la implementación ética de IA en salud mental. Los sistemas de «caja negra» o *black box* generan recomendaciones o respuestas sin proporcionar explicaciones comprensibles sobre los criterios utilizados para proporcionar dichas respuestas. Esta opacidad es particularmente problemática en contextos terapéuticos donde la comprensión del proceso es parte integral no solo de la toma de decisiones sobre la intervención que realizar por parte del terapeuta, sino del cambio en el paciente.

Por todo ello, en los últimos años se aboga por fomentar la transparencia y explicabilidad del proceso de decisión, así como

de las muestras o bases de datos utilizadas para entrenar los modelos de manera que podamos contextualizar el resultado que arroja la IA. La información nos da control y genera seguridad en la decisión que se toma tras comprender el resultado que se ha encontrado. Samek et al. (2017) y Sadeghi et al. (2024) describen cuatro aspectos por los que la explicabilidad en tecnología es relevante: (1) la verificación del sistema, comprobar que las conclusiones que ofrece tienen sentido con los datos que arroja la literatura científica y no están sesgados o basados en sobrerrepresentación de datos; (2) la mejora del sistema, conocer el procedimiento ayuda a detectar errores o sesgos en los modelos o en la base de datos y corregirlos; (3) el aprendizaje del sistema, los modelos LLM están expuestos al análisis de millones de datos, lo que puede ayudar a identificar patrones nuevos, y (4) el cumplimiento legislativo, con el fin de garantizar seguridad.

Los desarrollos en IA explicable (XAI) promueven el uso de modelos que permitan comprender el proceso por el cual el sistema LLM ha arrojado un resultado. Sadeghi et al. (2024) describen que la validez, fiabilidad y transparencia son esenciales en la toma de decisiones en el campo de la salud. Existen diferentes modelos que ofrecen aproximaciones técnicas para aumentar la transparencia algorítmica. Así, algunos ejemplos de los modelos aplicados en salud serían los aquellos orientados a características como SHAP (*SHapley Additive exPlanations*), modelos sustitutos como LIME (*Local Interpretable Model-agnostic Explanations*) o los modelos centrados en el ser humano que proponen un enfoque más intuitivo para la explicación de decisiones IA.

En el área de salud mental, como se ha mencionado, la transparencia del proceso es esencial para la toma de decisiones y para evitar graves consecuencias negativas en el caso de que las predicciones del modelo sean imprecisas. Sin embargo, la implementación XAI en salud mental enfrenta limitaciones específicas: las explicaciones técnicas pueden no ser clínicamente relevantes y la traducción de métricas algorítmicas a lenguaje terapéutico comprensible sigue siendo un desafío abierto (Sadeghi et al., 2024). Estos autores, en su revisión, enfatizan la importancia de que en el ámbito de salud la toma de decisiones no recaiga completamente en los modelos ML y resaltan la necesidad de la supervisión humana.

Implicaciones en el proceso terapéutico en la era de la IA

Preservación de la relación terapéutica

La automatización del proceso terapéutico pone de relieve un cambio de paradigma y genera nuevas tensiones en torno a los roles, las expectativas y la búsqueda de apoyo psicológico. Algunos estudios alertan sobre la posibilidad de que estos sistemas de IA automatizados instauren formas de dependencia relacional artificial, también llamada «transferencia algorítmica» (Cheong, 2024). En este fenómeno, el usuario atribuye intencionalidad y autoridad emocional a sistemas que, en realidad, carecen de consciencia y experiencia subjetiva.

Este riesgo es especialmente peligroso en poblaciones con vulnerabilidad emocional, donde el contacto prolongado con IA diseñadas para simular empatía puede llegar a sustituir –más que complementar– la relación humana, afectando negativamente el proceso clínico. Por otro lado, los espacios intersesión en una intervención psicológica cumplen una función crucial: permiten al paciente realizar un trabajo personal, reflexivo y autónomo sobre su problemática. Dicho espacio quedaría desvirtuado en un proceso de transferencia algorítmica, dado que la IA tendería a rellenarlo con respuestas constantes y guiadas reduciendo la introspección genuina del paciente. Desde una perspectiva fenomenológica, esta externalización de la reflexión emocional hacia un sistema automatizado puede impactar en la capacidad del sujeto para desarrollar *insight* y autorregulación emocional. Como señalan Torous y Roberts (2017), el exceso de *feedback* guiado puede inhibir la capacidad metacognitiva del paciente y reforzar respuestas automatizadas en lugar de procesos de diálogo con el terapeuta que ayuden a interiorizar el cambio.

Autonomía del paciente versus automatización

La autonomía, entendida como capacidad del sujeto para autodeterminarse racional y emocionalmente en relación con su propio bienestar, ha sido un pilar fundamental en las éticas biomédicas contemporáneas (Beauchamp y Childress, 2001). Sin embargo, su aplicación en contextos mediados por IA plantea tensiones conceptuales novedosas.

En psicoterapia, la relación entre autonomía del paciente y mediación tecnológica no puede reducirse a una oposición bina-

ria entre libertad y control, sino que debe analizarse como una dinámica de agencia distribuida (Floridi y Cowls, 2019), donde el sujeto coconstruye sentido con sistemas no humanos de asistencia clínica.

Diversos estudios han mostrado que las tecnologías digitales pueden, en determinados contextos, facilitar procesos de autodirección emocional. En el contexto de la IA semiautónoma o autónoma, herramientas como Woebot o Tess, mediante microintervenciones basadas en TCC, han demostrado ser útiles para iniciar procesos de reflexión sobre pensamientos automáticos y estados afectivos leves (Fitzpatrick et al., 2017; Fulmer et al., 2018). Esta forma de autonomía funcional, basada en accesibilidad y baja exigencia cognitiva, puede ser valiosa para usuarios con barreras estructurales al acceso terapéutico tradicional (Warrier et al., 2023). No obstante, esta promoción superficial de la autonomía podría estar ocultando una disminución en la capacidad real del individuo para actuar según su propio criterio y voluntad. Cuando las recomendaciones terapéuticas provienen de algoritmos opacos (*black box*) y el usuario desconoce los criterios que subyacen a dichas respuestas, se genera una situación de heteronomía delegada. Como señalan Markus et al. (2021), la falta de explicabilidad algorítmica en sistemas clínicos compromete la posibilidad de decisión informada y, por tanto, vacía de contenido la noción de consentimiento transparente.

Finalmente, la autonomía no puede analizarse al margen de las condiciones materiales, culturales y cognitivas del paciente. Como proponen enfoques de la ética del cuidado (Held, 2005), la verdadera autonomía no es la autosuficiencia racional, sino la capacidad de decidir con apoyo afectivo, información clara y acompañamiento ético. En este marco, la IA debe ser considerada una tecnología relacional, cuyo diseño debe respetar la vulnerabilidad estructural del paciente y promover la toma de decisiones informadas contextualizadas y no genérica o abstracta.

Consentimiento informado en la aplicación de la IA

El consentimiento informado es el acto por el cual el paciente confirma que entiende y acepta el procedimiento terapéutico al

que se someterá. Tradicionalmente, este proceso se basa en la capacidad del profesional para explicar de forma comprensible procedimientos, riesgos y alternativas de tratamiento (Beauchamp y Childress, 2001). Como parte de este proceso, el paciente recibe, además, un documento en el que se explicita la información que se recoge y el uso, entre otros.

En el ámbito de la salud mental, este documento presenta retos adicionales cuando se incorporan sistemas de inteligencia artificial (véase tabla 3). Como se ha mencionado previamente, una de las dificultades se encuentra en que los sistemas de IA introducen elementos de opacidad algorítmica que complejizan este proceso. Muchos modelos de IA, especialmente aquellos basados en aprendizaje automático profundo, no siempre permiten detallar de forma transparente cómo se generan las recomendaciones o predicciones (Samek et al., 2017).

La falta de interpretabilidad dificulta que el profesional pueda transmitir al paciente, con claridad suficiente, el alcance, las limitaciones y los posibles sesgos de la herramienta utilizada, elementos esenciales para una decisión verdaderamente informada. En consecuencia, se ve comprometida la posibilidad de que la persona usuaria, el paciente, tome una decisión plenamente informada, lo que tensiona uno de los principios éticos fundamentales de la práctica terapéutica.

Tabla 3. Evolución del consentimiento informado: de tradicional a dinámico en contextos de IA

Consentimiento tradicional	Consentimiento informado por IA	Consentimiento dinámico
Información estática	Explicabilidad algorítmica	Adaptación continua
Firma única	Transparencia de datos	Retroalimentación activa
Riesgos generales	Limitaciones técnicas explícitas	Revocación granular
Proceso puntual	Sesgos potenciales	Contextualización personalizada
Responsabilidad del profesional	Supervisión humana definida	Corresponsabilidad informada

Nota: la evolución hacia consentimiento dinámico refleja la complejidad de sistemas adaptativos de IA. Cada modalidad representa niveles crecientes de participación activa del usuario y transparencia algorítmica (Chau et al., 2025; Floridi y Cowls, 2019)

El concepto de consentimiento informado desde la bioética tradicional requiere adaptación sustancial para contextos de IA. Los elementos clásicos –información, comprensión, voluntariedad y competencia– se ven desafiados por la complejidad técnica de los algoritmos y su capacidad de evolución autónoma.

La literatura identifica cinco componentes críticos que debe incluir un consentimiento informado para IA en salud mental:

1. explicación del tipo de algoritmo utilizado y su función específica;
2. transparencia sobre los datos de entrenamiento y sus limitaciones;
3. identificación explícita de sesgos potenciales y poblaciones para las cuales el sistema puede ser menos efectivo;
4. clarificación del rol de supervisión humana y protocolos de escalamiento;
5. mecanismos de revocación granular que permitan al usuario rechazar recomendaciones específicas sin abandonar el tratamiento completo.

Los estudios empíricos sobre percepción de usuarios revelan que solo el 23 % de los pacientes comprende adecuadamente el funcionamiento de sistemas de IA utilizados en su tratamiento (Balcombe y De Leo, 2021). Esta brecha de comprensión se acentúa en poblaciones vulnerables: adultos mayores (16 % de comprensión), adolescentes (31 %) y personas con trastornos cognitivos (12 %). Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar interfaces adaptativas y procesos de consentimiento diferenciados según características poblacionales.

Consentimiento dinámico y adaptativo

El modelo tradicional de consentimiento entendido como un acuerdo único e inmutable resulta inadecuado para sistemas de IA que evolucionan continuamente. En este contexto, surge la propuesta del consentimiento dinámico que propone un proceso iterativo donde los usuarios pueden:

1. recibir actualizaciones sobre cambios algorítmicos;
2. ajustar permisos de manera granular;

3. revisar y modificar preferencias según su experiencia;
4. acceder a explicaciones contextualizadas de decisiones específicas;
5. revocar consentimiento parcial sin interrupción completa del tratamiento.

Esta aproximación reconoce que la relación usuario-algoritmo es evolutiva y, por tanto, requiere mecanismos de retroalimentación continua. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos técnicos significativos y puede generar fatiga de consentimiento en la medida en la que demasiadas solicitudes de decisión sobrecarguen cognitivamente al usuario.

IA explicable aplicada al consentimiento

Los desarrollos en IA explicable (XAI) ofrecen un marco prometedora para reforzar la transparencia en los procesos de consentimiento, aunque su aplicación práctica enfrenta limitaciones. Herramientas como SHAP permiten identificar por qué un algoritmo clasifica a un paciente dentro de una determinada categoría de riesgo. Sin embargo, la traducción de estas métricas técnicas a un lenguaje clínicamente comprensible sigue constituyendo un desafío central.

Prototipos de interfaces explicables han mostrado mejoras significativas en la comprensión del usuario: el sistema de consentimiento desarrollado por Chau et al. (2025) aumentó la comprensión del 23 % al 67 % utilizando visualizaciones adaptativas y explicaciones en lenguaje natural. Sin embargo, la adopción en psicoterapia real sigue siendo limitada debido a costos de implementación y resistencia profesional al uso de estas herramientas.

Marcos regulatorios y supervisión

La llegada de la IA al campo de la psicología constituye una revolución reconocida por instituciones internacionales. Asociaciones como la American Psychological Association (APA, 2024) se han posicionado con diferentes documentos resaltando el valor de la ciencia como guía con estudios psicológicos que ayuden tanto a conocer cómo se moldea el impacto social con el uso de la IA y cómo se promueve la salud y el bienestar como a dirigir

las políticas de privacidad y ética específicamente en el campo de la psicología (véase tabla 4).

Tabla 4. Análisis comparativo de marcos regulatorios internacionales publicados hasta 2024

Organización/ Marco	Principios fundamentales	Mecanismos de control	Aplicabilidad clínica
American Psychological Association (2024)	Competencia profesional en IA	Certificación profesional	Aplicable a psicólogos licenciados
	Transparencia algorítmica	Auditorías éticas periódicas	Enfoque en práctica privada
	Mitigación de sesgos	Protocolos de escalamiento	Limitado a EE. UU.
	Consentimiento informado específico	Documentación de decisiones	
	Supervisión humana obligatoria		
Organización Mundial de la Salud (2021)	Derechos humanos centrales	Comités éticos nacionales	Marco global vinculante
	Equidad e inclusión	Monitoreo epidemiológico	Enfoque de salud pública
	Transparencia y rendición de cuentas	Estándares de interoperabilidad	Adaptación local requerida
	Sostenibilidad y gobernanza	Evaluación de impacto social	
	Colaboración multisectorial		
Mental Health Europe (2024)	Cocreación con usuarios	Comités de usuarios	Aplicable en UE pos-AI Act
	Autodeterminación del paciente	Evaluación participativa	Enfoque centrado en derechos
	Calidad y seguridad de datos	Certificación de calidad	Implementación gradual
	Formación profesional continua	Investigación longitudinal	
	Investigación participativa		

Fuentes: APA (2024) *Ethical Guidance for Professional Practice*; WHO (2021) *Ethics and governance of artificial intelligence for health*; Mental Health Europe (2024) *Study on AI in mental health care*

Marco de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2024)
Las directrices publicadas en 2024 como guía de recomendaciones de la APA sobre el uso de sistemas IA en el proceso de salud mental enfatizan seis principios fundamentales:

1. **Transparencia y consentimiento informado:** indica el deber de informar al paciente de manera clara sobre el uso de herramientas de IA en su proceso terapéutico. Además, el profesional debe contar con una formación específica antes de implementar estas tecnologías en la práctica clínica.
2. **Equidad y mitigación de sesgos:** la IA debe utilizarse bajo supervisión profesional para reducir el riesgo de discriminación y garantizar un trato justo a todas las personas.
3. **Privacidad y seguridad:** se requiere proteger los datos clínicos con estándares técnicos robustos, en coherencia con marcos regulatorios de protección de datos, como la *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA).
4. **Precisión y prevención de desinformación:** es necesario evaluar y validar de forma crítica la información generada por la IA, asegurando que los resultados sean veraces y clínicamente relevantes.
5. **Supervisión humana:** la decisión final en la práctica clínica debe mantenerse siempre bajo el juicio del profesional, no de la IA.
6. **Responsabilidad y riesgos legales:** la rendición de cuentas sigue recayendo en los profesionales, quienes deben prever y gestionar los posibles riesgos legales derivados del uso de estas tecnologías.

El enfoque de la APA prioriza la responsabilidad profesional individual, estableciendo que el psicólogo mantiene responsabilidad última sobre decisiones clínicas independientemente del grado de automatización. Esto implica la competencia en el uso de herramientas IA, lo que requiere de formación específica antes de la implementación de estos sistemas en la práctica clínica habitual del profesional y la formación continua en dichos sistemas.

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021)

La WHO (2021) adopta una perspectiva de salud pública global. Destaca que la base de sus seis principios se encuentra en los requisitos éticos básicos de no maleficencia, beneficencia, justicia

y equidad y la importancia de salvaguardar y proteger la privacidad, tanto como procedimiento legal como desde dar la posibilidad de que las personas tengan control sobre su información sensible. Sus seis principios incluyen:

1. Proteger la autonomía: la IA debe apoyar la toma de decisiones humanas sin sustituirlas, respetando siempre la privacidad, la confidencialidad y el consentimiento informado de los pacientes.
2. Promover el bienestar humano, la seguridad y el interés público: las tecnologías de IA deben demostrar seguridad, eficacia y ausencia de daño antes de su uso, con controles continuos para evitar riesgos físicos, psicológicos o sociales.
3. Garantizar transparencia, explicabilidad e inteligibilidad: los sistemas de IA deben ser comprensibles, auditables y ofrecer información clara sobre su diseño, limitaciones y funcionamiento, facilitando la supervisión y la rendición de cuentas.
4. Fomentar la responsabilidad y la rendición de cuentas: tanto los desarrolladores como los profesionales y las instituciones deben asumir su parte de responsabilidad en el uso de la IA, asegurando mecanismos de reparación y supervisión.
5. Asegurar inclusión y equidad: la IA debe diseñarse y aplicarse de manera justa, evitando sesgos y garantizando un acceso equitativo para todas las personas, sin aumentar desigualdades o brechas digitales.
6. Promover una IA sensible y sostenible: las tecnologías deben responder a las necesidades de las personas y sistemas de salud, adaptarse a distintos contextos y mantenerse en el tiempo de forma responsable y ética.

El marco de la WHO es particularmente relevante para países en desarrollo, donde los recursos profesionales son limitados y la IA puede democratizar el acceso. Sin embargo, enfatiza la necesidad de adaptación cultural y validación local de algoritmos desarrollados en contextos diferentes.

Marco Europeo: Mental Health Europe (2024)

El enfoque europeo, desarrollado en anticipación al AI Act, privilegia la cocreación con usuarios y la participación comunitaria. Sus elementos distintivos incluyen:

1. participación activa de usuarios en diseño y evaluación;
2. transparencia no solo técnica, sino también económica y organizacional;
3. evaluación de impacto social sistemática;
4. mecanismos de recurso y reparación;
5. formación profesional obligatoria;
6. investigación participativa.

Este marco es pionero en reconocer que los sistemas de IA en salud mental no son neutros técnicamente, sino que reflejan valores, prioridades y sesgos de sus desarrolladores. Por tanto, propone procesos participativos que incluyan voces de usuarios, familias, profesionales y comunidades desde las fases iniciales de desarrollo.

Análisis de lagunas normativas

Los marcos existentes presentan convergencias importantes, pero también lagunas significativas. Las convergencias incluyen énfasis en transparencia, necesidad de supervisión humana, protección de datos y formación profesional. Sin embargo, persisten divergencias en cuanto a grado de automatización aceptable, mecanismos de aplicación, responsabilidad por errores algorítmicos y estándares de validación clínica.

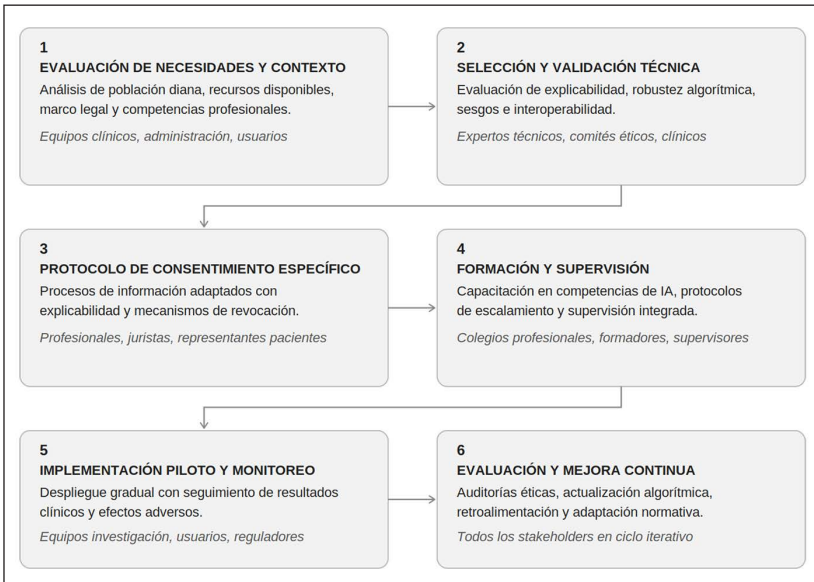
Las lagunas más críticas incluyen, por un lado, la ausencia de estándares técnicos específicos para validación de algoritmos en salud mental, así como la indefinición sobre responsabilidad legal por decisiones algorítmicas erróneas. Por otro lado, hay una limitada consideración de poblaciones vulnerables específicas (menores, personas con discapacidad cognitiva) además de una escasa atención a aspectos económicos y de sostenibilidad. Por último, es necesario destacar la falta de mecanismos de coordinación internacional.

Orientaciones y recomendaciones para uso responsable

Las directrices de los marcos regulatorios internacionales coinciden en la necesidad de generar procesos estructurados para la adopción responsable de IA en salud mental. Basándose en las recomendaciones de la WHO (2021), las directrices de la APA (2024) y el marco europeo de Mental Health Europe (2024), se

pueden identificar elementos claves para la implementación ética: procesos secuenciales entre las diferentes partes interesadas y criterios de validación multidimensional previos al despliegue clínico (véase figura 3).

Figura 3. Flujo de implementación ética de IA en servicios de salud mental. Adaptado de WHO (2021), APA (2024) y Mental Health Europe (2024)



Nota: el flujo enfatiza la participación *multistakeholder* y la implementación gradual como elementos clave para la adopción ética

Por su parte, los estándares internacionales para dispositivos médicos y las recomendaciones específicas para IA en salud recogidas en diferentes revisiones sistemáticas (Markus et al., 2021; Sadeghi et al., 2024) establecen la necesidad de validación técnica, clínica y ética integrada antes de la implementación de los sistemas, tal y como se puede ver resumido en la tabla 5.

En función de las normativas regulatorias, revisiones sistemáticas y técnicas, se desprenden consideraciones que tener en cuenta tanto para los profesionales como para las instituciones, los desarrolladores y las personas vulnerables.

Tabla 5. Marco de validación multidimensional para sistemas de IA basado en Sadeghi et al. (2024), APA (2024) y estándares internacionales para dispositivos médicos

Validación técnica	Validación clínica	Validación ética
Precisión diagnóstica $\geq 90\%$	Estudios controlados aleatorizados	Revisión por comité ético independiente
Robustez ante datos atípicos	Seguimiento longitudinal ≥ 6 meses	Consentimiento informado específico
Explicabilidad algorítmica (SHAP/LIME)	Medidas de resultado validadas	Evaluación de equidad poblacional
Detección de sesgos automática	Evaluación de satisfacción usuaria	Análisis de impacto en vulnerables
Interoperabilidad estándar	Detección de efectos adversos	Mecanismos de <i>accountability</i>
Seguridad y privacidad por diseño	Comparación con estándar actual	Participación de usuarios en diseño

Nota: la validación multidimensional asegura que los sistemas cumplan criterios técnicos, clínicos y éticos antes de implementación

Orientaciones para profesionales

Los profesionales que consideren integrar IA en su práctica clínica deben seguir un proceso estructurado que incluye (1) evaluación de competencias técnicas propias y formación específica si es necesaria, (2) análisis de la evidencia empírica disponible para el sistema específico, (3) evaluación de la adecuación para su población de pacientes, (4) desarrollo de protocolos de consentimiento adaptados, (5) establecimiento de mecanismos de supervisión y escalamiento y (6) documentación sistemática de decisiones y resultados.

La formación profesional debe incluir competencias en comprensión básica de algoritmos de ML/DL, identificación y mitigación de sesgos, interpretación de métricas de rendimiento algorítmico, comunicación efectiva sobre IA con pacientes y marcos éticos específicos para tecnologías emergentes.

Orientaciones para instituciones

Las instituciones de salud mental deben desarrollar políticas institucionales que aborden (1) criterios de selección y validación de tecnologías de IA, (2) protocolos de formación obligatoria

para personal, (3) mecanismos de monitoreo continuo de seguridad y eficacia, (4) procedimientos de gestión de incidentes y efectos adversos, (5) políticas de privacidad y seguridad de datos específicas para IA y (6) procesos de participación de usuarios en evaluación y mejora.

La implementación debe ser gradual, comenzando con pilotos controlados, seguimiento riguroso de *outcomes* y escalamiento progresivo basado en evidencia de seguridad y eficacia. Es crucial establecer comités éticos específicos para IA que incluyan *expertise* técnico, clínico, ético y representación de usuarios.

Orientaciones para desarrolladores

Los desarrolladores de sistemas de IA para salud mental deben adoptar principios de «privacy by design» y «ethics by design», integrando consideraciones éticas desde las fases iniciales de desarrollo. Esto incluye (1) diversidad en *datasets* de entrenamiento, (2) *testing* riguroso para detección de sesgos, (3) desarrollo de interfaces explicables, (4) implementación de mecanismos de *feedback* y mejora continua, (5) transparencia sobre limitaciones y riesgos y (6) colaboración estrecha con profesionales clínicos.

Es fundamental establecer procesos de validación clínica robustos que incluyan estudios controlados aleatorizados, seguimiento longitudinal y evaluación en poblaciones diversas antes de comercialización. Los desarrolladores deben también proporcionar formación y soporte técnico continuo a los usuarios profesionales.

Consideraciones para poblaciones vulnerables

El uso de IA en poblaciones vulnerables (menores, adultos mayores, personas con trastornos cognitivos severos, minorías étnicas) requiere protecciones adicionales que las compañías facilitadoras de estos servicios deben tener en cuenta, como (1) creación de protocolos de consentimiento adaptados cognitivamente, con el fin de garantizar que las personas comprenden lo que están aceptando; (2) supervisión clínica más intensiva, garantizando que el seguimiento humano es real como supervisor de las monitorizaciones; (3) facilitación de mecanismos de salvaguarda ante respuestas inadecuadas, para limitar respuestas confusas o no apropiadas para los usuarios; (4) validación específica en

estas poblaciones, con el fin de ajustar específicamente los modelos algorítmicos; (5) participación de cuidadores/familiares cuando sea apropiado, y (6) evaluación regular de beneficios versus riesgos, con el fin de auditar el estado del *software*.

Discusión

La emergente inclusión de la IA en el área de la salud mental conlleva la obligación de proteger a los usuarios de los riesgos inherentes, de ahí la necesidad de legislación y de identificación de problemas que pueden aparecer en el uso de estos sistemas. Los hallazgos de esta revisión convergen en identificar tres puntos de tensión clave que requieren resolución práctica (tabla 6).

1. Escalabilidad y personalización. Mientras los sistemas de IA prometen democratizar el acceso a salud mental, su efectividad depende críticamente de la capacidad para adaptarse a la singularidad de cada presentación clínica. Los datos actuales sugieren que sistemas altamente protocolizados muestran efectividad limitada en poblaciones con comorbilidades o presentaciones atípicas.
2. Autonomización tecnológica y preservación del juicio clínico. Los marcos regulatorios internacionales coinciden en enfatizar la necesidad de *human-in-the-loop* (humano en el circuito), pero difieren sustancialmente en el grado de automatización aceptable. Mientras las directrices de la APA priorizan la supervisión profesional activa, el marco europeo permite mayor autonomía algorítmica con mecanismos de responsabilidad robustos.
3. Innovación tecnológica y protección de poblaciones vulnerables. Los beneficios potenciales de la IA no se distribuyen equitativamente. Tal y como se puede comprobar en la matriz de riesgos (véase tabla 6), las poblaciones más vulnerables enfrentan riesgos desproporcionadamente mayores, mientras que los beneficios tienden a concentrarse en usuarios con mayor capital cultural y acceso tecnológico.

Tabla 6. Matriz de riesgos éticos según tipo de IA y población vulnerable

Nivel de autonomía	Tipo de IA	Adolescentes	Adultos mayores	Trastornos graves
IA asistida	IA asistida (CDSS)	BAJO Con supervisión especializada	BAJO Apoyo a decisión clínica	BAJO Herramienta complementaria
	IA de análisis textual	MEDIO Privacidad, estigmatización	BAJO Con supervisión profesional	MEDIO Sesgos diagnósticos, falsos positivos
IA semi-autónoma	Sistemas predictivos	MEDIO Etiquetado prematuro	MEDIO Determinismo algorítmico	ALTO Profecía autocumplida, reducción de riesgo
IA autónoma	Chatbots autónomos	ALTO Dependencia, desarrollo identitario	MEDIO Brecha digital, comprensión limitada	ALTO Crisis sin supervisión, deterioro clínico

Nota: la matriz integra factores de vulnerabilidad poblacional con capacidades técnicas de cada tipo de IA. Los riesgos se evalúan considerando autonomía del sistema, capacidad de supervisión y potencial de daño (Cheong, 2024; Warrior et al., 2023)

Implicaciones para la práctica clínica

La integración responsable de IA en salud mental requiere un cambio paradigmático en la formación profesional y la organización de servicios. Los profesionales deben desarrollar competencias híbridas que combinen la experiencia clínica tradicional con la comprensión técnica suficiente para utilizar, supervisar y evaluar sistemas algorítmicos. Todo ello pone de relieve la importancia de una formación específica que permita conseguir las competencias necesarias para la aplicación en la práctica profesional habitual de algún sistema IA. Esto no implica que los psicólogos deban convertirse en programadores, sino que necesitan desarrollar «alfabetización algorítmica», entendida como la capacidad para comprender los principios básicos de funcionamiento, identificar limitaciones y sesgos, interpretar *outputs* de manera crítica y comunicar efectivamente con pacientes sobre el rol de la IA en su tratamiento.

Limitaciones y líneas futuras de investigación

Esta revisión se centra en literatura académica publicada, potencialmente subestimando desarrollos comerciales no reportados en revistas científicas. Adicionalmente, la rápida evolución del campo implica que algunos hallazgos pueden quedar obsoletos rápidamente. Cabe destacar, además, que el sesgo hacia la literatura en inglés puede haber excluido perspectivas culturales importantes de otras tradiciones académicas.

La metodología de revisión narrativa, aunque apropiada para un campo emergente y multidisciplinar, no permite la síntesis cuantitativa que sería posible con una revisión sistemática. No obstante, la heterogeneidad de metodologías, poblaciones y *outcomes* en la literatura existente hace que el metaanálisis sea prematuro en este momento.

Por otro lado, una limitación crítica del campo que se ha detectado es la escasez de estudios longitudinales robustos sobre efectividad real y efectos adversos a largo plazo. La mayoría de evidencia disponible proviene de estudios piloto de corta duración (4-12 semanas) con muestras pequeñas y poblaciones relativamente homogéneas. Se requieren estudios naturalísticos de implementación que evalúen (1) efectividad en condiciones reales de práctica clínica, (2) efectos diferenciados según características demográficas y clínicas, (3) impacto en la relación terapéutica y alianza de trabajo, (4) sostenibilidad económica y organizacional y (5) efectos adversos inesperados que pueden emerger solo con uso prolongado.

Conclusiones

La evidencia revisada confirma el potencial de la IA para democratizar el acceso a salud mental, pero identifica desafíos éticos críticos en transparencia, equidad y preservación del vínculo terapéutico. Los estudios empíricos muestran efectividad preliminar, mientras que los marcos regulatorios internacionales convergen en principios fundamentales, pero difieren en implementación práctica.

La integración responsable requiere validación multidimensional previa al despliegue, supervisión humana significativa y

conceptualización de la IA como herramienta de potenciación clínica, como apoyo a los profesionales de la salud mental y no de sustitución terapéutica. El juicio profesional y la relación humana constituyen núcleos irremplazables de la práctica psicoterapéutica y ponen de relieve la necesidad de formación específica en el uso de plataformas con IA.

Se requieren urgentemente estudios longitudinales robustos, validación en poblaciones vulnerables y consensos internacionales sobre estándares éticos y técnicos para el desarrollo sostenible del campo.

Referencias

- American Psychological Association (APA). (2025). *Ethical guidance for AI in the professional practice of health service psychology*. <https://www.apa.org/topics/artificial-intelligence-machine-learning/ethical-guidance-ai-professional-practice>
- Atwood, G. E. y Stolorow, R. D. (2014). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology and contextualism*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315770680>
- Balcombe, L. y De Leo, D. (2021). Digital mental health challenges and the horizon ahead for solutions. *JMIR Mental Health*, 8(3). <https://doi.org/10.2196/26811>
- Beauchamp, J. F. y Childress, T. L. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Beg, M. J., Verma, M., M, V. C. K. M. y Verma, M. K. (2024). Artificial Intelligence for Psychotherapy: A Review of the Current State and Future Directions. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 47(4), 314-325. <https://doi.org/10.1177/02537176241260819>
- Bhatt, S. (2025). Digital Mental Health: Role of Artificial Intelligence in Psychotherapy. *Annals of Neurosciences*, 32(2), 117-127. <https://doi.org/10.1177/09727531231221612>
- Chancellor, S. y De Choudhury, M. (2020). Methods in predictive techniques for mental health status on social media: a critical review. *Npj Digital Medicine*, 3(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0233-7>
- Chau, M., Rahman, M. G. y Debnath, T. (2025). From black box to clarity: Strategies for effective AI informed consent in healthcare. *Artificial Intelligence in Medicine*, 167. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2025.103169>

- Chen, B., Jiao, Z., Shen, T., Fan, R., Chen, Y. y Xu, Z. (2023). Early anti-depressant treatment response prediction in major depression using clinical and TPH2 DNA methylation features based on machine learning approaches. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04791-z>
- Cheong, B. C. (2024). Transparency and accountability in AI systems: safeguarding wellbeing in the age of algorithmic decision-making. *Frontiers in Human Dynamics*, 6, 1421273. <https://doi.org/10.3389/fhumd.2024.1421273>
- de la Fuente Tambo, D. y Armayones Ruiz, M. (2025). AI in Psychological Practice: What Tools are Available and how can They Help in Clinical Psychology? *Papeles Del Psicólogo*, 46(1), 18-24. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.03>
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A. y Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4(2), e7785. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>
- Floridi, L. y Cowls, J. (2019). A Unified Framework of Five Principles for AI in Society. *Harvard Data Science Review*, 1(1). <https://doi.org/10.1162/99608F92.8CD550D1>
- Fulmer, R., Joerin, A., Gentile, B., Lakerink, L. y Rauws, M. (2018). Using Psychological Artificial Intelligence (Tess) to Relieve Symptoms of Depression and Anxiety: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 5(4), e64. <https://doi.org/10.2196/mental.9782>
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*. The Guilford Press.
- Grand View Research. (2024). AI in mental health market size, share & trends analysis report. <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/ai-mental-health-market-report>
- Haenlein, M. y Kaplan, A. (2019). A brief history of artificial intelligence: On the past, present, and future of artificial intelligence. *California Management Review*, 61(4), 5-14. <https://doi.org/10.1177/0008125619864925>
- Held, V. (2005). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/0195180992.001.0001>
- King, D. R., Emerson, M. R., Tartaglia, J., Nanda, G. y Tatro, N. A. (2023). Methods for Navigating the Mobile Mental Health App Landscape for Clinical Use. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 10, 72-86. <https://doi.org/10.1007/S40501-023-00288-4>

- Kolenik, T., Schiepek, G. y Gams, M. (2024). Computational Psychotherapy System for Mental Health Prediction and Behavior Change with a Conversational Agent. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 20, 2465-2498. <https://doi.org/10.2147/NDT.S417695>
- Markus, A. F., Kors, J. A. y Rijnbeek, P. R. (2021). The role of explainability in creating trustworthy artificial intelligence for health care: A comprehensive survey of the terminology, design choices, and evaluation strategies. *Journal of Biomedical Informatics*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2020.103655>
- Mental Health Europe. (2024). *Artificial intelligence in mental healthcare*. Gooding, P., van Kolschooten, H. y Centola, F. <https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2025/03/Study-on-AI-in-mental-health-care-final-for-publication.pdf>
- Pazer, S. (2024). Artificial Intelligence in Psychosocial Counselling: An Empirical Study of Mental Health Professionals' Attitudes Toward AI Integration. *Journal of Techno-Social*, 16(2), 68-75. <https://doi.org/10.30880/jts.2024.16.02.007>
- Philippe, T. J., Sikder, N., Jackson, A., Koblanski, M. E., Liow, E., Pilarinos, A. y Vasarhelyi, K. (2022). Digital Health Interventions for Delivery of Mental Health Care: Systematic and Comprehensive Meta-Review. *JMIR Mental Health*, 9(5), e35159. <https://doi.org/10.2196/35159>
- Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council (2024). Recuperado el 7 de agosto de 2025 de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32024R1689>
- Ross, C. y Swetlitz, I. (2017). *IBM pitched Watson as a revolution in cancer care. It's nowhere close*. STAT. <https://www.statnews.com/2017/09/05/watson-ibm-cancer/>
- Sadeghi, Z., Alizadehsani, R., CIFCI, M. A., Kausar, S., Rehman, R., Mahanta, P., Bora, P. K., Almasri, A., Alkhalwaldeh, R. S., Hussain, S., Alatas, B., Shoeibi, A., Moosaei, H., Hladík, M., Nahavandi, S. y Pardalos, P. M. (2024). A review of Explainable Artificial Intelligence in healthcare. *Computers and Electrical Engineering*, 118(A), 109370. <https://doi.org/10.1016/J.COMPELECENG.2024.109370>
- Samek, W., Wiegand, T. y Müller, K. -R. (2017). *Explainable Artificial Intelligence: Understanding, Visualizing and Interpreting Deep Learning Models*. <https://arxiv.org/pdf/1708.08296>
- Sedlakova, J. y Trachsel, M. (2023). Conversational Artificial Intelligence in Psychotherapy: A New Therapeutic Tool or Agent? *The American Journal of Bioethics*, 23(5), 4-13. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2048739>

- Torous, J. y Roberts, L. W. (2017). Needed innovation in digital health and smartphone applications for mental health transparency and trust. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 437-438. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0262>
- Warrier, U., Warrier, A. y Khandelwal, K. (2023). Ethical considerations in the use of artificial intelligence in mental health. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59, 139. <https://doi.org/10.1186/S41983-023-00735-2>
- World Health Organization (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance: Executive summary*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037403>
- World Health Organization (WHO) (2025). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Glosario de términos

- Algoritmo:** conjunto de reglas o instrucciones que un ordenador sigue para resolver un problema o completar una tarea.
- Black Box (caja negra):** sistema de IA cuyos procesos internos de toma de decisiones no son transparentes o comprensibles para los usuarios.
- Chatbot:** programa de ordenador diseñado para simular conversaciones con usuarios humanos, especialmente a través de internet.
- Deep Learning (DL):** tipo de *machine learning* que utiliza redes neuronales artificiales con múltiples capas para analizar patrones complejos en grandes volúmenes de datos.
- IA explicable (XAI - eXplainable AI):** conjunto de métodos y técnicas que hacen que los resultados de los sistemas de IA sean comprensibles para los humanos.
- Large Language Models (LLM):** modelos de IA entrenados en grandes cantidades de texto que pueden generar respuestas coherentes y contextualmente relevantes.
- LIME (Local Interpretable Model-agnostic Explanations):** técnica que explica las predicciones de cualquier clasificador de *machine learning* de manera interpretable y fiel.
- Machine Learning (ML):** tipo de inteligencia artificial que permite a los ordenadores aprender y mejorar automáticamente a partir de la experiencia sin ser programadas explícitamente.
- Procesamiento de lenguaje natural (PLN/NLP):** campo de la IA que se centra en la interacción entre ordenadores y el lenguaje humano.

SHAP (*SHapley Additive exPlanations*): método para explicar la salida de cualquier modelo de *machine learning* mediante valores que representan la contribución de cada característica.

Sesgo algorítmico: errores sistemáticos en los sistemas de IA que crean resultados injustos, como privilegiar un grupo demográfico sobre otros.

TCC (*terapia cognitivo-conductual*): enfoque psicoterapéutico que se centra en identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento problemáticos.

Sobre la edición

Noemí Bardelli es Doctora en Educación por la Universidad de Buenos Aires (UBA), Magíster en Psicología Cognitiva y Aprendizaje (UAM-FLACSO), y Licenciada y Profesora en Ciencias de la Educación (UBA). Su trayectoria profesional se especializa en el asesoramiento pedagógico colaborativo y en la formación inicial y continua de docentes, tanto en instituciones educativas de distintos niveles como en organismos públicos. A lo largo de su carrera ha acompañado procesos de mejora institucional, el diseño de propuestas formativas y el fortalecimiento de prácticas pedagógicas, con especial énfasis en la educación técnico-profesional. Como investigadora, centra su trabajo en el análisis de las relaciones entre docentes y estudiantes en diversos escenarios educativos, particularmente en Argentina y España. En este marco, desarrolla dispositivos y programas de asesoramiento orientados a mejorar la motivación, los procesos de aprendizaje y el clima de aula. Sus líneas de investigación articulan enfoques psicológicos y pedagógicos, con foco en la mejora de la enseñanza y la construcción de entornos educativos más inclusivos y significativos. Desde 2022 se desempeña como profesora universitaria en la Universidad Francisco de Vitoria, donde además coordina el Programa INICIA, orientado a la formación de jóvenes investigadores.

Karla Gabriela Gallo Giunzioni es Doctora en Psicología por la Universidad Pontificia Comillas, posee el Máster en Psicología

General Sanitaria por la Universidad Francisco de Vitoria (UFV) y es Licenciada en Psicología por la Universidad Católica Andrés Bello (Caracas-Venezuela). Cuenta con formación especializada en evaluación psicológica mediante Técnicas Proyectivas y Test de Rorschach, con acreditación por la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos (SERYMP). Su trayectoria profesional se centra en la práctica clínica desde un enfoque psicodinámico, con más de diez años de experiencia como psicoterapeuta en el abordaje de diversas problemáticas psicológicas de jóvenes y adultos. Desde 2018 se desempeña como profesora en la Universidad Francisco de Vitoria, donde imparte docencia en el Grado en Psicología de las asignaturas del ámbito clínico, en el Máster en Psicología General Sanitaria y en el Programa INICIA, orientado a la formación de jóvenes investigadores, contribuyendo a la formación académica y al desarrollo investigador de sus estudiantes. Es miembro activo del Instituto del Perdón de la UFV. En cuanto a sus principales líneas de investigación se ha adentrado en el estudio de la Psicología del Perdón, el bienestar psicológico y los rasgos de personalidad.

Inés Abalo-Rodríguez es Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Tiene además Máster en Neurociencia por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y Máster en Filosofía de la Neurociencia por la Universidad de Edimburgo (UoE). Su trayectoria investigadora se distingue por un enfoque interdisciplinar que integra principalmente las disciplinas de neurociencia, psicología y filosofía. A lo largo de su carrera académica, ha desarrollado su labor en diversas instituciones europeas, como la Vrije Universiteit (Países Bajos), la Università di Padova (Italia) y la Universidade de Lisboa (Portugal). Su investigación se ha centrado principalmente en el estudio de cómo distintos procesos de aprendizaje influyen en la salud mental, con especial atención a la psicosis y al consumo de pornografía. Más recientemente, ha comenzado a explorar el impacto del uso conversacional de la inteligencia artificial en el mantenimiento y posible incremento de la sintomatología psicótica. Desde el año 2020 codirige Corpus Curiosum, una iniciativa internacional que busca estimular el pensamiento crítico entre jóvenes investigadores de neurociencia.

Teresa Rodrigo Gutiérrez de la Cámara es Profesora Universitaria en la Universidad Francisco de Vitoria y Psicóloga General Sanitaria. Cuenta con el Máster en Psicología General Sanitaria por la Universidad Pontificia Comillas y el Grado en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Está especializada en relaciones familiares, coparentalidad e intervención sistémica, con formación complementaria en terapia sistémica (en curso), EMDR, psicología integradora infantil y terapias de tercera generación. Compagina su labor docente con la práctica clínica en consulta privada. En el ámbito universitario imparte asignaturas relacionadas con la intervención en pareja y familia y la psicología de las diferencias humanas, además de participar como tutora en grupos de investigación del programa INICIA del grado de Psicología de la universidad. Ha colaborado en investigación en la Universidad Pontificia Comillas y en la Universidad Francisco de Vitoria, centrada en relaciones familiares y parentalidad. Es colaboradora del programa de radio «Psicología y Familia» (Radio María), donde participa en actividades de divulgación psicoeducativa.

Índice

Prólogo. Humanizar la ciencia, poner en el centro a la persona	9
Introducción	9
El programa INICIA: formación investigadora con sentido humano	10
Ciencia y persona: una mirada crítica y necesaria	12
El aislamiento en la era de la hiperconexión: desafíos para la comunidad científica.	14
El congreso INICIAte: un espacio para el diálogo y la acción científica joven	15
Hacia una ciencia más humana: conclusiones y desafíos futuros.	18
Referencias bibliográficas.	20
1. Factores psicosociales predictores de desesperanza en adultos emergentes: un análisis desde PsicoData Venezuela	23
Introducción.	24
Metodología.	27
Diseño.	27
Participantes	27
Instrumentos.	28
Procedimientos.	30
Análisis de datos.	30
Resultados	31

Discusión	37
Conclusión	40
Referencias	41
2. Relación entre la amabilidad, el neuroticismo y la capacidad de perdonar a otros en una muestra de adultos	45
Introducción	45
Perdón y amabilidad	46
Perdón y neuroticismo	47
Objetivos e hipótesis	47
Objetivo general	47
Objetivos específicos	48
Hipótesis	48
Metodología	48
Participantes	48
Variables e instrumentos	49
Diseño	50
Procedimiento	50
Análisis de datos	50
Resultados	51
Análisis descriptivo	51
Análisis de correlaciones	52
Análisis de regresión múltiple	53
Discusión	53
Conclusiones	54
Limitaciones	55
Futuras líneas de investigación	55
Referencias	56
3. El poder en el noviazgo juvenil	59
Introducción	60
Metodología	61
Resultados	61
Qué hacen para mantener a esa persona en su vida	61
Puntos de desencuentro	64
Violencia	65
Celos	66
Límites	66
Discusión	72
Referencias	75

4. Innovación educativa para el fortalecimiento de la empatía y la ética en la toma de decisiones y la prevención de la corrupción universitaria	77
Introducción	78
Metodología	80
Fases de la investigación	80
Diseño del instrumento	80
Baremación preliminar	81
Evaluación por expertos	82
Prueba piloto	82
Implementación a gran escala	82
Resultados	83
Resultados de la prueba piloto	83
Confiabilidad y validez del instrumento	83
Resultados de la aplicación a gran escala	85
Discusión	89
Conclusión	91
Referencias	94
5. Equidad en la detección de altas capacidades: análisis de diferencias por sexo en Educación Primaria	97
Introducción	98
Objetivos	99
Metodología	100
Diseño y variables de la investigación	100
Población y muestra	101
Instrumentos	103
Procedimiento y análisis de datos	104
Resultados	105
Discusión y conclusiones	107
Limitaciones y perspectivas de futuro	109
Referencias	110
6. Autoridad frente a la vulnerabilidad en el entorno universitario	113
Introducción	114
Marco conceptual	115
Población y muestra	117
Variables del estudio, hipótesis e instrumento	117
Fiabilidad y confiabilidad del cuestionario	118
Justificación de los análisis estadísticos escogidos	119

Resultados	120
Discusión	126
Limitaciones de la investigación y sugerencias para futuras investigaciones.	128
Conclusiones e implicación para el fenómeno de estudio.	129
Referencias	130
7. Ciudadanía activa e ideología en la encrucijada de la izquierda: entre el marxismo conservador y el populismo de izquierda	133
Introducción.	134
Metodología.	135
Diseño.	135
Participantes	135
Instrumentos.	135
Procedimientos.	136
Análisis de datos.	136
Resultados	136
Discusión	138
Conclusión.	147
Referencias	148
8. El papel de la microbiota intestinal en las enfermedades neurodegenerativas: una revisión de la literatura	151
Introducción.	152
Metodología.	153
Diseño del estudio	153
Participantes	153
Instrumentos.	153
Procedimientos.	153
Análisis	154
Resultados	154
Alteraciones microbianas en pacientes con enfermedades neurodegenerativas.	154
Asociación entre microbiota y genética (alzhéimer)	155
Impacto de la disbiosis en la barrera hematoencefálica y la neuroinflamación	155
Psicobióticos y metabolitos microbianos	155
Dieta como modulador de la microbiota y la neurodegeneración	156

Intervenciones terapéuticas basadas en la microbiota . . .	156
Hallazgos moleculares: miRNA y glutamato.	156
Discusión	158
Conclusiones	160
Referencias	161
9. Un dolor invisible: prevalencia, detección y factores de riesgo de la depresión posparto en España.	169
Introducción	170
Metodología.	176
Diseño.	176
Participantes	176
Procedimiento e instrumentos	178
Datos sociodemográficos.	178
Factores psicosociales	178
Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS)	178
Difusión del cuestionario propio.	179
Análisis estadísticos.	180
Resultados	181
Resultados de los análisis exploratorios	183
Discusión	185
Conclusiones	188
Agradecimientos.	190
Referencias	190
10. Hacia una comprensión integral de las alucinaciones auditivas en esquizofrenia: un análisis crítico del neuroreduccionismo.	197
Introducción.	197
Metodología de investigación	204
Materiales e instrumentos.	204
Selección de los estudios	204
Criterios de inclusión y exclusión	205
Procedimiento.	205
Resultados	206
Factores cerebrales.	206
Factores contextuales.	208
Experiencias traumáticas	208
Factores culturales y geográficos	209
Factores fenomenológicos.	210

Discusión	211
Referencias	216
11. Transformación digital en salud mental: los chatbots como herramientas de apoyo diagnóstico y terapéutico	225
Introducción	226
Metodología	230
Resultados	231
Eficacia y efectividad de los chatbots en salud mental	237
Requerimientos técnicos y de seguridad de los chatbots	240
Percepción de profesionales y usuarios	242
Discusión	244
Paradojas en la implementación práctica	244
Desafíos metodológicos y epistemológicos	245
Relación terapéutica y efectividad clínica	246
Consideraciones éticas y regulatorias	246
Limitaciones del estudio	247
Direcciones futuras	248
Conclusiones	249
Recomendaciones prácticas finales	249
Referencias	251
12. Salud mental y algoritmos: ¿quién decide en la era de la inteligencia artificial?	261
Introducción	262
Objetivo	266
Metodología	266
Resultados	268
Aplicaciones de la IA en salud mental	268
Desafíos éticos	271
Sesgos, opacidad algorítmica y explicabilidad	273
Implicaciones en el proceso terapéutico en la era de la IA	275
Preservación de la relación terapéutica	275
Autonomía del paciente versus automatización	275
Consentimiento informado en la aplicación de la IA	276
Consentimiento dinámico y adaptativo	278
IA explicable aplicada al consentimiento	279
Marcos regulatorios y supervisión	279

Marco de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2024)	281
Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021).	281
Marco Europeo: Mental Health Europe (2024)	282
Análisis de lagunas normativas	283
Orientaciones y recomendaciones para uso responsable	283
Orientaciones para profesionales.	285
Orientaciones para instituciones	285
Orientaciones para desarrolladores	286
Consideraciones para poblaciones vulnerables	286
Discusión	287
Implicaciones para la práctica clínica	288
Limitaciones y líneas futuras de investigación	289
Conclusiones	289
Referencias	290
Glosario de términos	293
Sobre la edición	295

Humanizando la investigación científica: la persona en el centro del proceso

El libro *Humanizando la investigación científica: la persona en el centro del proceso* surge en el marco del I Congreso Internacional «Humanizando la investigación científica: la persona en el centro del proceso», organizado por el programa INICIA en el marco del Diplomado en Investigación e Innovación en Metodología. Este evento, desarrollado los días 8 y 9 de abril de 2025 se constituyó como un espacio de encuentro, diálogo e intercambio académico entre investigadores en formación y expertos de distintas disciplinas. En este contexto, la obra recoge y amplía las principales líneas de reflexión y los aportes científicos presentados, consolidándose como una producción colectiva orientada a promover una ciencia más humana, ética y comprometida con la realidad social.

El libro propone una reflexión crítica y multidisciplinaria sobre el lugar de la persona en la producción de conocimiento científico. A partir de contribuciones en los ámbitos de la psicología, la educación, la salud y la tecnología, plantea la necesidad de superar una visión tecnocrática de la ciencia para recuperar su dimensión ética, social y humana. El eje central radica en comprender la ciencia como una práctica situada, atravesada por contextos históricos, culturales y relacionales, en la que toda producción de conocimiento implica decisiones humanas con impacto en la vida de las personas.

La obra se organiza en torno a investigaciones que abordan problemáticas contemporáneas como la salud mental en contextos de vulnerabilidad, las relaciones interpersonales, la equidad educativa, la ciudadanía activa, la innovación tecnológica y los desafíos éticos de la inteligencia artificial. Estos trabajos evidencian la influencia de los factores psicosociales, las dinámicas institucionales y los avances tecnológicos en el bienestar humano, subrayando la necesidad de enfoques integrales e interdisciplinarios.

Asimismo, se destaca el papel de la formación investigadora a través del programa INICIA como espacio clave para promover una ciencia con sentido. Este modelo integra el rigor metodológico con el desarrollo de competencias éticas, críticas y relacionales, promoviendo redes colaborativas orientadas al bien común.

En síntesis, la obra invita a repensar la ciencia desde una perspectiva humanista, integrando conocimiento, ética y compromiso social, y orientada al servicio de las personas.