



ASOCIACIÓN MEXICANA
DE PSICOLOGÍA Y
DESARROLLO COMUNITARIO

SALUD MENTAL EN EVIDENCIA



BORIS GONZÁLEZ CEJA
coordinador

· Ángeles Orduña · Leyva Barajas · Mendoza González · Delgado Domínguez · Rivera-Sotelo
· Peña Cárdenas · Zamorano González · Martínez López · Tovar González
· Ferreira Alcántara · Pastén Castrejón · Cuellar Nuñez

Salud Mental en Evidencia

Primera edición: 2026

D. R. © 2026, los Autores: Sergio Javier Leyva Barajas, María de los Ángeles Orduña, Yeni Nohemi Martínez López, Veyra Galilea Rivera-Sotelo, Fabiola Peña Cárdenas, Benito Zamorano González, Alejandro Tovar González, Juan Carlos Ferreira Alcántara, Nelly Jovana Pastén Castrejón, Mardey Liceth Cuellar Nuñez, Mauricio Fidel Mendoza González, Carolina Delgado Domínguez.

D. R. © 2026, Editorial: Asociación Mexicana de Psicología y Desarrollo Comunitario.

www.psicologiaydesarrollocomunitario.com

info@psicologiaydesarrollocomunitario.com

Créditos Editoriales

Coordinación editorial: Boris González Ceja

Revisión técnica y dictaminación de pares: Comité Científico de la Asociación Mexicana de Psicología y Desarrollo Comunitario.

Corrección de estilo: L. P. Gladis León González.

Diseño de portada e interiores: Gonzalo Aguila.

ISBN: 978-607-99108-6-0

Reserva de Derechos y Advertencia Legal

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes (Ley Federal del Derecho de Autor en México), la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía, el tratamiento informático, la fotocopia, la grabación o la distribución mediante alquiler o préstamo públicos. Las opiniones y análisis presentados en los capítulos de esta obra son responsabilidad exclusiva de sus respectivos autores

Cómo citar: González Ceja, B. (Coord.). (2026). *Salud mental en evidencia* (1ª ed.). Asociación Mexicana de Psicología y Desarrollo Comunitario.

138 p.; 23 x 15 cm.

1. Salud mental -- México. 2. Psicología clínica -- Investigaciones. 3. Servicios de salud mental -- Aspectos sociales. 4. Práctica basada en la evidencia. I. González Ceja, Boris, coord.

Impreso en México / Printed in Mexico

Contenido

PREFACIO	4
EVIDENCIAS DE UNA SALUD MENTAL ESCINDIDA.....	6
SALUD MENTAL EN LA FORMACIÓN MÉDICA Y EL ESPACIO DOCENTE-ASISTENCIAL (EDA): REVISIÓN DE ALCANCE DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS (2000–2026).....	18
RASGOS COINCIDENTES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES QUE PADECEN MIGRAÑA	53
VIOLENCIA OBSTÉTRICA, IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO	82
PRÁCTICAS DISCURSIVAS DE RESILIENCIA Y PSICOLOGÍA POSITIVA COMO FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL: UN ESTUDIO DE CASOS CON ADULTOS DE TEHUACÁN, PUEBLA.....	93
BIORREMEDIACIÓN SOCIAL: ADAPTACIÓN CONCEPTUAL DE UN PRINCIPIO BIOTECNOLÓGICO Y PROPUESTA DE UNA NUEVA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA HUMANA.....	106
EJE MICROBIOTA-INTESTINO-CEREBRO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE REVISIONES SOBRE EVIDENCIA EMERGENTE, MECANISMOS BIOLÓGICOS Y PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS.....	116

PREFACIO

La Asociación Mexicana de Psicología y Desarrollo Comunitario se enorgullece en presentar la obra colectiva *Salud Mental en Evidencia* como una contribución al análisis crítico, científico y social de los problemas contemporáneos de la salud mental.

Este libro reúne investigaciones que, desde distintas perspectivas metodológicas y campos de aplicación, coinciden en una preocupación central: comprender la salud mental no sólo como experiencia individual o fenómeno clínico, sino como una realidad atravesada por condiciones institucionales, comunitarias, educativas, biológicas, culturales y de derechos humanos.

Su valor radica en la información inédita que se presenta para abordar la evidencia en salud mental que se presenta de manera cotidiana, realizando un análisis sobre problemáticas contemporáneas de la psicología clínica aplicada en contextos sociales complejos.

El título revela un doble sentido: por un lado, la salud mental puesta en evaluación, criticada, puesta en observación para entender sus problemas y dificultades adyacentes a su práctica cotidiana; por otro lado, se aborda la evidencia científica con que se aborda la salud mental, sus mejores prácticas y los elementos que hacen que sea una práctica científica con un reconocimiento social invaluable por sus aportaciones sociales.

Los capítulos comienzan con el titulado *Evidencias de una salud mental escindida*, donde se abre la discusión con una reflexión necesaria sobre las tensiones entre el modelo biomédico tradicional y los enfoques psicosociales, comunitarios y basados en derechos humanos. El capítulo invita a reconocer que la salud mental requiere superar reduccionismos disciplinarios y avanzar hacia modelos integradores, centrados en la persona, la comunidad y la dignidad humana, con una crítica a la corrupción acentuada en Salud Mental desde la administración pública y el gobierno. Se acentúa la relevancia de visualizar la importancia de la productividad de la psicología en comparación con la psiquiatría.

El capítulo *Salud mental en la formación médica y el espacio docente-asistencial (EDA): revisión de alcance desde un enfoque de derechos humanos (2000–2026)* aborda el bienestar psicológico de estudiantes, internos y residentes como un indicador de calidad educativa y asistencial. Su análisis permite visibilizar cómo las jornadas extensas, la supervisión insuficiente, el maltrato, el estigma y la cultura jerárquica militarizada de la didáctica médica impactan la salud mental de quienes se forman en medicina, proponiendo respuestas institucionales desde la gobernanza, la prevención y los derechos humanos.

En *Rasgos coincidentes de personalidad en adolescentes que padecen migraña*, la obra incorpora una mirada clínica y psicológica sobre la relación entre padecimientos físicos recurrentes y características subjetivas durante la adolescencia. Este capítulo recuerda la importancia de atender la experiencia emocional asociada al dolor, así como la necesidad de comprender los síntomas desde una perspectiva integral que considere cuerpo, mente y contexto familiar o social.

El capítulo *Violencia obstétrica, importancia de su detección y atención oportuna en las instituciones de salud en México* coloca en el centro una problemática urgente de salud pública, género y derechos humanos. Su aporte consiste en señalar que la atención obstétrica debe ser ética, respetuosa, informada y libre de prácticas violentas, reconociendo que la salud mental de las mujeres también se ve afectada por experiencias institucionales de maltrato, negligencia o deshumanización.

En *Prácticas discursivas de resiliencia y psicología positiva como factores protectores de la salud mental: un estudio de casos con adultos de Tehuacán, Puebla*, se exploran los recursos simbólicos, narrativos y comunitarios que permiten a las personas afrontar adversidades. El capítulo destaca que la resiliencia no debe entenderse como una exigencia individual aislada, sino como una construcción vinculada al lenguaje, al acompañamiento, a las redes de apoyo y a las condiciones sociales que favorecen el bienestar.

El capítulo *Biorremediación social: adaptación conceptual de un principio biotecnológico y propuesta de una nueva línea de investigación sobre la capacidad adaptativa humana* propone una lectura innovadora de la adaptación humana y comunitaria. Al trasladar un principio de la biotecnología al campo social, abre una línea de reflexión sobre la posibilidad de reparar, regenerar y transformar contextos dañados mediante procesos colectivos, educativos, psicológicos y comunitarios.

Finalmente, *Eje microbiota-intestino-cerebro en el trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática de revisiones sobre evidencia emergente, mecanismos biológicos y perspectivas terapéuticas* incorpora una discusión actual sobre los vínculos entre procesos biológicos, regulación emocional y salud mental. Este capítulo amplía el horizonte de comprensión del trastorno límite de la personalidad al considerar la evidencia emergente sobre mecanismos neurobiológicos y posibles rutas terapéuticas, sin perder de vista la necesidad de integrar estos hallazgos con una mirada clínica, ética y humanizada.

En conjunto, los capítulos de esta obra muestran que hablar de salud mental en evidencia implica reconocer tanto el valor de la investigación científica como la responsabilidad de señalar las contradicciones, brechas y violencias que persisten en los sistemas de atención, formación y vida comunitaria.

Desde la Asociación Mexicana de Psicología y Desarrollo Comunitario, celebramos este esfuerzo editorial porque convoca a pensar la salud mental desde una perspectiva amplia, situada y comprometida con la transformación social.

Deseamos que este libro sea una herramienta de consulta, reflexión y diálogo para profesionales de la psicología, la salud, la educación, la investigación y el trabajo comunitario. Que sus páginas contribuyan a fortalecer prácticas basadas en evidencia, pero también sensibles al sufrimiento humano, a la justicia social y a la defensa de los derechos de las personas y sus comunidades.

EVIDENCIAS DE UNA SALUD MENTAL ESCINDIDA

Evidence of Psychological Fragmentation

Boris González Ceja

ORCID 0000-0002-3361-2308

Asociación Mexicana de Psicología y Desarrollo Comunitario

Morelia, Michoacán, México

boris@psicologiaydesarrollocomunitario.com

RESUMEN

La salud mental contemporánea se configura como un campo transdisciplinario, dinámico y profundamente tensionado por dimensiones epistemológicas, políticas, económicas e ideológicas que lo hacen complejo y lo ponen en evidencia (Rose, 2019). Durante las últimas décadas ha cobrado fuerza la polarización entre el modelo biomédico e institucional tradicional —caracterizado por la hegemonía diagnóstica y la hiperfarmacologización de la subjetividad humana, promovido por algunos psiquiatras—, y los enfoques psicosociales, comunitarios y basados en derechos humanos, promovidos por algunos psicólogos, organizaciones civiles, profesionales de la psicología y colectivos de usuarios de servicios de salud mental (Moncrieff, 2008; OMS, 2021). El objetivo del presente trabajo es analizar las evidencias que explican esta escisión paradigmática, identificando sus fundamentos históricos, sus contradicciones teóricas y sus implicaciones clínicas, con datos sociosanitarios. La metodología corresponde a un análisis cualitativo de inspiración en la teórica fundamentada, articulado con una revisión sistemática de literatura especializada y con hallazgos derivados de la tesis doctoral sobre pedagogías del trauma e incidencias cognitivas por experiencias adversas de infancia (González, 2026). Los hallazgos muestran que, aunque la gestión gubernamental y las políticas públicas mantienen un sesgo predominantemente psiquiátrico-biomédico, la evidencia científica internacional respalda con firmeza los modelos comunitarios integradores, que incorporan determinantes sociales, culturales, económicos y subjetivos, y que demuestran superioridad en variables de inclusión social, recuperación funcional, cumplimiento de derechos humanos y costo-efectividad (Slade et al., 2014; Pūras, 2017). Se concluye la necesidad de superar las dicotomías disciplinares para consolidar un modelo centrado en la persona y en la comunidad, donde la psicología asuma un rol estratégico en la prevención, el tratamiento y la innovación del bienestar colectivo (APA, 2006; OMS, 2022).

Palabras clave: salud mental basada en evidencia, modelo biomédico, enfoque psicosocial, modelos comunitarios, derechos humanos.

ABSTRACT

Contemporary mental health constitutes a transdisciplinary field shaped by epistemological, political, economic, and ideological tensions. Over recent decades, a growing friction has emerged between the traditional biomedical model—centered on diagnostic categorization and over-pharmacologization—and psychosocial, community-based, and human-rights-oriented approaches. This paper analyzes the evidence underpinning this paradigmatic split, exploring its historical roots and practical implications for health systems. Using grounded theory alongside systematic review methodology, the findings indicate that community-centered models yield superior outcomes in functional recovery, social inclusion, and sustainability compared with strictly institutional

approaches. Reconciling these paradigms requires a person-centered, rights-based model in which psychology serves as a core strategic discipline.

Keywords: evidence-based mental health, biomedical model, psychosocial approach, community services, human rights.

A partir de esta doble acepción entre *evidencia* y *puesta en evidencia*, el capítulo organiza su análisis en tres niveles: primero, la discusión conceptual entre la práctica basada en evidencia y la crisis del paradigma dominante; segundo, la comparación entre los modelos biomédico, psicosocial y comunitario; y tercero, las implicaciones políticas, económicas y profesionales que dicha disputa tiene para la psicología y los servicios de salud mental en México.

LA DUALIDAD CONCEPTUAL: ¿QUÉ SIGNIFICA UNA «SALUD MENTAL EN EVIDENCIA»?

La dualidad conceptual que atraviesa la expresión «salud mental en evidencia» permite comprender el sentido de una salud mental escindida: por un lado, la aspiración científica de fundamentar las intervenciones en evidencia verificable, objetiva y cuantificable; por otro, la necesidad crítica de poner en evidencia las fallas, contradicciones y límites del sistema institucional que atiende el sufrimiento psíquico. Se trata de un campo en el que conviene sostenerse sobre dos apoyos, aclarando de qué está hecho cada uno para poder avanzar.

Por un lado, está la salud mental fundamentada en la evidencia —la práctica basada en la evidencia (PBE)—, que se refiere al uso riguroso, ético y verificado del conocimiento científico disponible para el diseño de intervenciones clínicas y comunitarias. Esta perspectiva concibe que el paciente o usuario tiene derecho a recibir tratamientos cuyas garantías de eficacia, efectividad y seguridad hayan sido validadas por la ciencia, superando el empirismo intuitivo y el dogmatismo clínico, sobre todo las improvisaciones personales que llegan casi al engaño (APA Task Force, 2006; Sackett et al., 1996).

Por otro lado, está la salud mental puesta «en evidencia» —la crisis del paradigma dominante—, que alude al acto de visibilizar las contradicciones, los sesgos y las limitaciones estructurales del modelo biomédico hegemónico. En esta segunda acepción es el propio sistema de atención el que queda expuesto ante la comunidad científica, al constatarse que el aumento sostenido de la prescripción farmacológica en salud mental y la medicalización de la vida cotidiana no se han traducido necesariamente en una disminución proporcional de la prevalencia ni de la discapacidad asociada a los trastornos mentales a nivel global, y sí son una carga presupuestal que solo benefician los bolsillos de quienes siguen medicalizando el sufrimiento humano sin razón y a diestra y siniestra (Moncrieff, 2008; Pūras, 2017; OMS, 2022).

Como puede observarse, la salud mental busca ser evidente, útil socialmente y científicamente sustentable, pero a la vez es puesta en evidencia, criticada y con problemas graves que aun no han sido señalados o correctamente atendidos.

TENSIONES PARADIGMÁTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Dimensión	Modelo biomédico tradicional	Modelo psicosocial y comunitario
Foco de intervención	Síntoma, neurotransmisión, diagnóstico nosológico	Persona y contexto, vínculo social, determinantes sociopolíticos
Estrategia principal	Farmacoterapia e institucionalización/hospitalización	Intervención psicoterapéutica, apoyo mutuo, redes comunitarias
Relación profesional-usuario	Jerárquica; sujeto pasivo de tratamiento	Horizontal; agente activo en su proceso de recuperación
Sustento de derechos	Centrado en la protección y la custodia	Centrado en la autonomía, la dignidad y los derechos humanos (ONU, 2006)
Costo/Beneficio	Acapara cerca del 95% del presupuesto público de salud mental	Tiene igual o mejor resultado en las intervenciones por problemas de salud mental

Estas tensiones paradigmáticas tienen también un trasfondo económico e institucional. En México, el número de profesionales de la psicología supera con amplitud al de especialistas en psiquiatría, lo que contrasta con la manera en que históricamente se han distribuido los recursos públicos destinados a la atención en salud mental.

Esta disparidad exige documentar con precisión las fuentes presupuestales, los criterios de asignación y las responsabilidades institucionales, evitando reducir el problema a una oposición gremial simplificada —como suponer que la psiquiatría atiende casos más graves que la psicología, lo cual no se sostiene en la evidencia disponible.

PROBLEMAS Y DETONANTES EN SALUD MENTAL

La práctica basada en la evidencia (PBE) es el uso consciente y riguroso de la mejor investigación científica disponible para tomar decisiones sobre el tratamiento de un paciente. Sus principales impulsores han sido los enfoques cognitivo-conductuales, que suelen presentarse como los que cuentan con resultados más consistentemente documentados. Cabe preguntarse, sin embargo, en qué se sustenta esa afirmación.

La PBE se apoya en tres pilares para ofrecer una atención integral y personalizada. El primero es la mejor evidencia científica disponible, es decir, las terapias e intervenciones evaluadas mediante ensayos clínicos y estudios rigurosos. El segundo es la experiencia clínica del profesional: el juicio y el conocimiento del terapeuta para aplicar y adaptar el tratamiento al caso particular. El tercero son las características y los valores del paciente, considerando sus preferencias, su cultura, su situación económica y sus metas personales de recuperación.

Entre las intervenciones con mayor respaldo empírico destacan, por la misma naturaleza de sus objetivos y creadores, la terapia cognitivo-conductual (TCC), eficaz para la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático; la terapia dialéctico-conductual (TDC), recomendada para el trastorno

límite de la personalidad y para problemas severos de regulación emocional; y la terapia de aceptación y compromiso (ACT), utilizada en trastornos de ansiedad y depresión.

La terapia psicoanalítica, por su parte, cuenta con una tradición teórica y clínica sólida cuya evidencia es de una naturaleza distinta —más cualitativa y hermenéutica que estadística—, sin que ello reste vigencia a sus elaboraciones conceptuales ni a sus resultados clínicos. Algo similar ocurre con la teoría humanista y la Gestalt, que mantienen un desarrollo teórico y una comunidad de práctica activos, con resultados en problemas resueltos que otras perspectivas teóricas no atienden.

El sentido de una ciencia basada en evidencia es evitar que los profesionales dependan únicamente de intuiciones, opiniones o modas terapéuticas, y anclar la práctica en un cuerpo de conocimiento que responda a problemas históricos de la vida subjetiva humana.

Al mismo tiempo, es necesario reconocer que el grado de predictibilidad alcanzado hasta ahora es menor al deseable, y que lo que puede medirse en este campo es también objeto de debate metodológico; no por ello deja de aportar datos relevantes para la práctica clínica.

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA EN CIFRAS

La OMS estima que, en 2021, alrededor de 1 mil millones de personas vivían con algún trastorno mental —aproximadamente una de cada siete personas en el planeta—, siendo los trastornos de ansiedad y depresión los más frecuentes.

La misma organización señala que la mayoría de las personas con trastornos mentales no reciben atención adecuada por los servicios públicos de salud, y que persisten violaciones de derechos humanos, estigma y discriminación en numerosos sistemas de salud mental, incluido el mexicano.

El Informe Mundial de Salud Mental de la OMS (2022) propone una transformación desde modelos hospitalocéntricos hacia servicios comunitarios, centrados en la persona, basados en derechos humanos y articulados con educación, vivienda, empleo y protección social —un horizonte del que México se encuentra todavía distante, a pesar de las acciones anunciadas por las autoridades.

Estas cifras evidencian que la salud mental no es solo un asunto individual, sino que tiene repercusiones directas en la economía nacional. La OCDE estima que los problemas de salud mental pueden representar costos económicos cercanos al 4 % del PIB en diversos países, debido a la pérdida de productividad, el desempleo, accidentes y el gasto sanitario asociado. En la región americana, los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de discapacidad y de años vividos con limitaciones funcionales.

En este contexto adquiere relevancia el papel de la psicología, una profesión cuyo protagonismo potencial no siempre ha sido plenamente asumido por el propio gremio. La OMS reconoce a los psicólogos como parte fundamental de los recursos humanos en salud mental y mantiene indicadores específicos sobre la proporción de psicólogos por cada 100 mil habitantes, dada su relevancia en la atención contemporánea.

Tabla 1. Comparativo internacional de psicólogos por país.

País / Región	Psicólogos por cada 100,000 habitantes	Contexto del Indicador
Argentina	222.6	Líder mundial per cápita debido a su amplia cultura terapéutica.
Países Bajos	123.4	El país europeo con mayor tasa en el sector especializado.
Finlandia	109.4	Alta cobertura integrada en sus sistemas de bienestar.
México	3.46 a 6.6	Posee unos 44 profesionales graduados en general por cada 100k, pero en el sistema público de salud mental la cifra cae drásticamente.
España	5.58 a 7.0	Cifra en el Sistema Nacional de Salud, muy por debajo de la media de la Unión Europea (que ronda los 18).
África Subsahariana	Menos de 0.1	Países como Guinea o Malí registran menos de un psicólogo por cada 200,000 personas.

La evidencia internacional muestra un aumento sostenido de la demanda de atención psicológica —particularmente después de la pandemia—, al tiempo que numerosos países reportan insuficiencia de profesionales y dificultades de acceso a los servicios, sobre todo por malas prácticas en la contratación del personal, beneficiando a sus familiares y amigos en detrimento de los mejores perfiles.

Hay que notar que los psicólogos no solo participan en la atención clínica individual, sino también en la intervención comunitaria, la prevención, la promoción de la salud, el acompañamiento psicosocial, la atención en crisis, la rehabilitación, el diseño de políticas públicas, la evaluación de programas y la defensa de los derechos humanos, entre otras funciones, lo que hace que los perfiles de los psicólogos sean heterogéneos y especializados.

Las cifras nacionales ilustran la magnitud del problema de la salud mental. El 21 % de la población mexicana presenta síntomas de ansiedad, y una proporción considerable con depresión y riesgo suicida no recibe atención gubernamental, en buena medida por la falta de una estrategia sostenida por parte de las autoridades.

Cerca del 11 % de la población presenta síntomas de depresión; en ambos padecimientos la prevalencia es mayor entre mujeres (25 % frente a 17 % de hombres en ansiedad; 13 % frente a 8 % en depresión), lo que también revela las limitaciones de las políticas de atención dirigidas a las mujeres, pese a los recursos presupuestales que oficialmente se destinan a este rubro.

El caso del suicidio es igual de alarmante, con más de 10 mil suicidios al año en México y al alza cada vez, representando más del doble que en España, siendo la mayoría de esos casos prevenibles y que se pudieron evitar si se contara con un programa nacional real y bien elaborado de prevención del suicidio, con psicólogos que sepan atender esos casos que tienen una lógica.

Según la Encuesta Nacional de los Hogares, el 30% de la población mexicana ha padecido depresión en algún momento; el grupo etario con mayor incidencia es el de 65 años y más, con un 45%, lo que evidencia un problema grave en la salud mental de las personas adultas mayores, frecuentemente asociado al abandono familiar y a la insuficiencia de políticas específicas para este grupo.

Solo el 5% de quienes han padecido depresión ha recibido tratamiento antidepresivo, lo que refleja las limitaciones de cobertura del sistema. Más de 1 millón 500 mil personas en México presentan algún problema de salud mental discapacitante. Frente a una población de más de 132 millones de habitantes, el país cuenta con aproximadamente 350 mil psicólogos, de los cuales solo 8 mil trabajan en el servicio público de salud, y con cerca de mil psiquiatras adscritos a la Secretaría de Salud.

La mayor parte de la atención es proporcionada por psicólogos, que, sin embargo, no cuentan con materiales ni presupuesto suficiente, ya que la mayor parte del gasto en salud mental se destina a gastos de psiquiatría y medicamentos. Estas cifras permiten dimensionar el problema de fondo que atraviesa al país en materia de violencia y de salud mental, con episodios de suicidio cada vez más visibles y, al mismo tiempo, menos atendidos institucionalmente, o personas que fueron atendidas por las instituciones públicas y fueron atendidas mal.

EL MODELO BIOMÉDICO: ALCANCES Y LÍMITES

La salud mental es un campo clínico que históricamente se ha visto en disputa entre la tradición biomédica y el modelo psicosocial. Para institucionalizarse, la psicología ha tenido con frecuencia que ceder ante los mandatos de un orden médico nacional caracterizado por una lógica jerárquica y normativa que no siempre da cabida a la subjetividad ni a la vida emocional de las personas.

El modelo biomédico puede entenderse como el enfoque tradicional de la medicina occidental, que concibe la salud como la ausencia de enfermedad. Al centrarse en procesos biológicos y farmacológicos, tiende a dejar en segundo plano los factores psicológicos y sociales, de modo que la biologización de la subjetividad humana busca terminar frecuentemente resuelta en un fármaco, aun cuando la experiencia clínica sugiere una realidad más compleja.

Para la tradición biomédica, el cuerpo humano funciona de manera análoga a una máquina: si una persona enferma, es porque una “pieza” —un órgano, un tejido, una célula— se ha dañado o ha sido atacada por un agente externo, como un virus o una bacteria.

El papel del personal de salud consiste en identificar esa falla y repararla, generalmente mediante fármacos o cirugía, apoyándose en sistemas de diagnóstico cada vez más sofisticados, como las técnicas actuales de neuroimagen.

En la realidad ese sistema se ha intentado institucionalizar sin éxito con el mhGAP (Mental Health Gap Action Program), que es un programa de la Organización Mundial de la Salud creado en 2008 para que el personal de salud detecte los problemas de salud mental de la población, pero sin contar con el interés ni la formación para atender esos problemas, estos últimos siguen fluyendo, a la par del modelo biomédico que lo vio nacer.

El modelo biomédico puede caracterizarse por cuatro rasgos:

- **Objetividad y fragmentación.** El profesional médico se posiciona como supuesto experto que analiza datos que consideran como objetivos —análisis de sangre, radiografías—, y la medicina se organiza en numerosas especialidades (cardiología, neurología, entre otras) que examinan cada componente por separado.
- **Patologocentrismo.** El foco se sitúa en la enfermedad, no en la persona; la dolencia se estudia de forma aislada respecto de los elementos que constituyen al sujeto que consulta.
- **Reduccionismo.** Los problemas de salud se explican en términos biológicos, químicos o físicos, dejando fuera las formaciones subjetivas —emociones, pensamientos, cognición, inconsciente— y factores contextuales como el estrés crónico o la situación socioeconómica.
- **Dualismo mente-cuerpo.** Se separa radicalmente lo físico de lo psicológico, bajo el supuesto de que las emociones y la cognición no deberían influir en una enfermedad física.

Este enfoque ha sido responsable de avances médicos importantes, pero también presenta limitaciones relevantes en el abordaje de la psicología y de las enfermedades mentales, limitaciones que en ciertos contextos institucionales —como algunos hospitales psiquiátricos— han derivado en violaciones de derechos humanos documentadas por organismos internacionales.

Su ventaja es notoria en la atención de urgencias médicas, pero resulta menos idónea frente a las urgencias psicológicas o la consulta externa de salud mental, dada la naturaleza distinta de estas últimas. La diferencia entre ambos modelos también se aprecia en sus capacidades preventivas: mientras el modelo biomédico enfrenta dificultades para lograr la adherencia de los pacientes a medidas preventivas, ya que no tiene en sí mismo una propuesta, el modelo psicosocial ha desarrollado, aunque de forma todavía perfectible, estrategias orientadas a la prevención en procesos comunitarios y para las personas y sus familias.

El desarrollo farmacológico ha permitido salvar millones de vidas, pero en el campo de la salud mental ha propiciado, en ocasiones, un trato deshumanizado que descuida procesos psicológicos que ningún fármaco puede resolver por sí solo, en casos como adicciones, violencia o ansiedades.

El modelo biomédico, próximo al método científico experimental y a la búsqueda de predictibilidad y datos medibles, muestra también sus límites frente a padecimientos crónicos y complejos —como la fibromialgia o la depresión—, en los que el contexto desempeña un papel determinante.

Aunque el modelo biomédico sigue siendo la estructura base de los sistemas hospitalarios, su rigidez y sus resultados limitados en salud mental han sido objeto de crítica creciente, tanto en México como en Argentina, Inglaterra y España, lo que ha impulsado, en las últimas décadas, una migración progresiva hacia el modelo psicosocial: uno que entiende que sanar a una persona no se reduce a revisar sus niveles bioquímicos, sino que exige considerar también su mente y su entorno social.

EL MODELO PSICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial nació en 1977 de la mano del psiquiatra George L. Engel, como una crítica a la rigidez del modelo biomédico tradicional. Su formulación surgió a partir de un artículo publicado en la revista *Science*, titulado “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine” (Engel, 1977), en el que su autor sostenía que el modelo biomédico deja fuera las emociones, el contexto social y las creencias del paciente, elementos que inciden directamente en la bioquímica del cuerpo.

Para fundamentar su propuesta, Engel se apoyó en la teoría general de sistemas de Karl Ludwig von Bertalanffy, entendiendo a la persona como un sistema compuesto por subsistemas —células, órganos— inserto a su vez en supersistemas más amplios —familia, comunidad, cultura—.

Durante las décadas de 1980 y 1990, el modelo psicosocial fue adoptado con fuerza por la psicología de la salud, la medicina familiar y los tratamientos del dolor crónico, transformando la relación médico-paciente y, con ella, el sistema de atención en salud mental. No obstante, su aplicación enfrenta desafíos prácticos importantes. Uno de ellos es su complejidad: al pretender abarcar la biología, la mente y el entorno de manera simultánea, resulta difícil para el profesional determinar qué factor debe priorizarse en una consulta breve. A esto se suma la falta de pautas clínicas estandarizadas, dado que el modelo se ubica en el terreno de la investigación cualitativa y no ofrece fronteras precisas sobre el alcance de la indagación en la vida privada del paciente.

Otra limitación es el costo en tiempo y recursos: el modelo exige consultas más extensas y la colaboración de distintos especialistas —médicos, psicólogos, trabajadores sociales—, lo que encarece la atención. Frente a ello, programas como el citado mhGAP (Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental) buscan identificar, evaluar y tratar los trastornos mentales mediante personal de atención primaria no especializado, lo cual, si bien amplía la cobertura, en ocasiones desplaza la función específica de los psicólogos.

A esto se añade la saturación de los sistemas de salud pública, organizados bajo una lógica biomédica orientada a atender con rapidez y prescribir, lo que dificulta la aplicación efectiva del enfoque psicosocial en el primer y segundo nivel de atención, dando a cada caso la atención y el tiempo que requiere por paciente.

Finalmente, existe una resistencia profesional persistente frente a estos cambios, vinculada en parte a intereses institucionales y económicos. Buena parte del personal médico considera que evaluar la salud mental o el entorno social del paciente excede sus funciones y su formación técnica —una percepción que resulta necesaria atender, dado que el país cuenta con más de 350 mil psicólogas y psicólogos en condiciones de asumir ese papel.

Como puede observarse, el modelo biomédico en salud mental es un tema que lo pone en evidencia, sobre todo por los abusos que se comenten, por la falta de liderazgo de los psicólogos para darle un sentido real a su valor en el sistema de atención, tanto público como privado, muchas veces por egos que no ayudan a su desarrollo social.

Para lograr entender con mayor profundidad este problema, es que se aborda un sistema de investigación cualitativa que permita entender los datos subjetivos de manera objetiva y entendible.

LA TEORÍA FUNDAMENTADA Y SUS DATOS EN SALUD MENTAL

La teoría fundamentada (*grounded theory*) es una metodología cualitativa que parte de los datos recabados en campo, en lugar de partir de hipótesis preexistentes. Fue formulada en 1967 por Glaser y Strauss en el ámbito de la sociología, con el propósito de dotar de rigor sistemático a los estudios inductivos en ciencias sociales. A diferencia de otros métodos orientados a comprobar teorías ya existentes, la teoría fundamentada busca generar una nueva teoría directamente a partir de los datos recolectados —entrevistas, observaciones, diarios de pacientes—.

Lo observado en la tesis doctoral sobre pedagogías del trauma e incidencias cognitivas por experiencias adversas de infancia (González, 2026), guarda relación directa con esta metodología. En ella se realizó un proceso de investigación de las principales teorías sobre los elementos que

sostienen el trauma y que se presentan en los centros de salud para su atención por problemas médicos, además de que se realizaron entrevistas semiestructuradas con pacientes que habían sufrido traumas severos, considerando tanto lo expresado por los pacientes como las observaciones del investigador, además del registro correspondiente a cada sesión psicológica.

En ese contexto, la teoría fundamentada resulta especialmente pertinente en salud mental porque da voz al paciente sin imponerle categorías preestablecidas —como los listados de síntomas de los manuales diagnósticos—, permitiendo que los conceptos emerjan de la propia narrativa de los usuarios y del personal de salud.

Se enfoca en procesos y en cómo cambian las personas a lo largo del tiempo —por ejemplo, el proceso de aceptación de una enfermedad crónica o las etapas del *recovery*— y otorga un lugar central a los testimonios de quienes viven la experiencia.

El método sigue un proceso iterativo: el investigador recolecta y analiza los datos de manera simultánea, mediante un muestreo teórico que no busca representatividad estadística, sino identificar los argumentos centrales —tanto los provenientes de las teorías científicas como los generados por las propias personas sobre su padecimiento—.

Se seleccionan participantes capaces de aportar información relevante para la teoría emergente, considerando su disponibilidad, su interés en el proceso y el contexto de los eventos vividos —ejecuciones extrajudiciales, violencia sexual, tortura, entre otros—.

El trabajo se detiene al alcanzar la saturación teórica, es decir, cuando las nuevas entrevistas dejan de aportar información novedosa y las narrativas comienzan a converger en un mismo sentido, mediante un método de comparación constante entre cada nuevo fragmento de texto y los anteriores.

El proceso de codificación constituye el núcleo del análisis y se organiza en tres fases. La codificación abierta fragmenta el texto línea por línea y asigna etiquetas a las acciones y emociones del paciente, identificando los núcleos temáticos de su discurso. La codificación axial agrupa esos códigos en categorías más amplias y busca conexiones entre ellas —por ejemplo, entre “falta de redes de apoyo” y “recaída”, o entre trauma e inconsciente—. La codificación selectiva identifica la categoría central del fenómeno estudiado y articula la teoría final que lo explica.

Entre las aplicaciones de la teoría fundamentada en salud mental destaca el estudio del proceso de recuperación (*recovery*), que permite comprender cómo las personas diagnosticadas con esquizofrenia logran reconstruir una vida con sentido más allá de sus síntomas, atravesando etapas como la desesperanza, el despertar y la reapropiación de la autonomía, en las que la experiencia traumática original ocupa un lugar central.

Otro ejemplo es el estudio del estigma internalizado, que indaga cómo el prejuicio social impacta la autoimagen de una persona con trastorno bipolar, permitiendo conceptualizar los mecanismos de defensa y las formaciones de pensamiento que se activan a partir de la experiencia cognitiva. Un tercer ejemplo es la experiencia del cuidador, que teoriza sobre el desgaste, la culpa y las estrategias de afrontamiento que desarrollan los familiares de pacientes con demencia o autismo.

La principal ventaja de la teoría fundamentada es que genera modelos con alta validez conceptual y cercanía a la realidad clínica, a partir de datos de primera mano y sin requerir recursos financieros considerables; su flexibilidad permite captar una complejidad humana que los métodos cuantitativos difícilmente logran medir.

Entre sus desventajas se cuentan el tiempo prolongado que exige su desarrollo y el riguroso control de sesgos que demanda del investigador, por lo que se recomienda su aplicación por personal experimentado. Asimismo, sus hallazgos son contextuales y difíciles de generalizar a toda la población —limitación que comparte, en última instancia, con cualquier teoría psicológica que aspire a explicar realidades heterogéneas.

En síntesis, en el campo de la salud mental la teoría fundamentada funciona como un puente entre la experiencia vivida y el conocimiento científico: toma las narrativas de las personas y las transforma en modelos teóricos que permiten a psicólogos, educadores y psiquiatras comprender mejor los fenómenos clínicos y diseñar intervenciones más empáticas y eficaces. En la presente investigación se aplicó esta metodología para dar cuenta de los procesos vividos por las personas en torno al trauma y de sus implicaciones en su vida subjetiva y objetiva.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las teorías disponibles en salud mental son heterogéneas, y su contraste con los datos empíricos revela una brecha significativa entre el discurso institucional sobre la inversión en salud mental y la realidad documentada por las cifras.

La evidencia disponible sugiere que el modelo biomédico, en su aplicación actual, no logra sostener resultados plenamente verificables en el campo de la salud mental, a pesar de su elevado costo para las finanzas públicas.

En la historia reciente de la salud mental el modelo biomédico prometía resultados que serían la respuesta a todos los problemas que se le presentaran, pero no fue así. De hecho, el modelo biomédico fue la base de duras críticas para que Hospitales Psiquiátricos fueran cerrados por sus abusos.

Asimismo, se observa que el gremio de la psicología permanece, en buena medida, desorganizado y con escasa incidencia en el diseño de la política pública de salud mental, un terreno que aún tiene mucho por definirse institucionalmente y a nivel social.

Los aportes que las distintas teorías del modelo psicosocial han avanzado, como la investigación-acción o la teoría fundamentada, nos permiten entender los problemas de la subjetividad humana sin la intrusiva participación del modelo biomédico, que se niega a ceder el poder que le corresponde a los psicólogos para la atención en salud mental.

Los intereses económicos que se hacen presentes en los fármacos de salud mental y su enquistamiento en el sistema de salud, hacen que una discusión seria sobre ese tema sea complicada, sobre todo porque no lo permiten.

CONCLUSIONES

La salud mental es un campo técnico, político y económico que requiere, en México, una forma distinta de organización institucional para dejar de ocupar un lugar secundario en la agenda pública, atendiendo los abusos que el modelo biomédico han propiciado por sus intereses particulares y económicos.

Superar la escisión entre el modelo biomédico y el modelo psicosocial-comunitario no implica descartar los aportes de la psiquiatría, sino reconocer, con base en la evidencia disponible, el papel

estratégico que corresponde a la psicología en la prevención, el tratamiento y la recuperación funcional de las personas.

Sobre todo, con presupuestos e inversiones económicas públicas que sean justas para los resultados y número de personas que atienden cada grupo de profesionales, siendo muy superior las atenciones psicológicas de las personas.

Para ello resulta indispensable que el gremio psicológico avance en su organización profesional y en su incidencia política, como ha ocurrido en otros contextos nacionales e internacionales.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las y los psicólogos de la Asociación Mexicana de Psicología y Desarrollo Comunitario por sus aportaciones en temas de trauma y tanatología, así como por sus procesos de innovación y su experiencia en salud mental.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Participación como único autor del material.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association [APA] Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- González, B. (2026). *Pedagogías del trauma: incidencias cognitivas por experiencias adversas de infancia* [Tesis doctoral inédita]. IMCED.
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Palgrave Macmillan.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. ONU.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: Promoción de los enfoques centrados en la persona y basados en los derechos*. OMS.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OMS.
- Pūras, D. (2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (A/HRC/35/21). Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future: The politics of mental health*. Polity Press.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 12–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.869570>

SALUD MENTAL EN LA FORMACIÓN MÉDICA Y EL ESPACIO DOCENTE-ASISTENCIAL (EDA): REVISIÓN DE ALCANCE DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS (2000–2026)

Mental Health in Medical Education and the Teaching–Care Environment (TCE): A Human Rights–Based Scoping Review, 2000–2026

Mauricio Fidel Mendoza González

Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1935-5744>

mmendoza@uv.mx

Carolina Delgado Domínguez

Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0949-4516>

Resumen

Introducción: La salud mental en la formación médica se asocia con la continuidad formativa, el aprendizaje clínico y la seguridad del paciente. El internado y la residencia concentran riesgos relacionados con altas cargas de trabajo, entornos jerárquicos y supervisión variable en el espacio docente-asistencial (EDA). **Objetivo:** Mapear la evidencia sobre burnout y otros desenlaces de salud mental en el internado y la residencia, identificar determinantes del EDA y describir las respuestas e intervenciones institucionales reportadas. **Métodos:** Se realizó una revisión de alcance (scoping review) con marco PCC y reporte PRISMA-ScR. Se efectuaron búsquedas entre 2000 y 2026 en PubMed/MEDLINE, LILACS/BVS, SciELO y ERIC, complementadas mediante búsqueda en cadena. Se realizó deduplicación y tamizaje por título y resumen conforme a los criterios PCC y los ejes del EDA. La evidencia se sintetizó por determinantes —carga y jornadas, supervisión y clima educativo, maltrato y violencia relacional, condiciones institucionales, estigma y acceso— y por desenlaces. **Resultados:** Se identificaron tres patrones: alta carga de burnout, distrés y síntomas ansioso-depresivos, con heterogeneidad contextual; asociación con jornadas extensas, entornos de aprendizaje y supervisión desfavorables, y exposición a maltrato u

hostigamiento; y presencia de desenlaces educativos, como satisfacción formativa, calidad percibida e ideación de deserción. También se mapearon intervenciones y respuestas institucionales. **Conclusiones:** La salud mental debe considerarse un resultado educativo y un indicador de calidad del EDA. Se requieren acciones multinivel centradas en la supervisión, organización de jornadas, prevención del maltrato y rutas confidenciales de apoyo, complementadas con intervenciones escalables.

Palabras clave: Salud mental; Educación médica; Espacio docente-asistencial; Internado médico; Residencia médica; Agotamiento profesional.

Abstract

Introduction: Mental health in medical education is closely linked to continuity of training, clinical learning, and patient safety. Internship and residency are high-risk stages because of heavy workloads, hierarchical environments, and variable supervision within the teaching–care environment (TCE). **Objective:** To map the evidence on burnout and other mental health outcomes during internship and residency, identify determinants of the TCE, and describe reported institutional responses and interventions. **Methods:** A scoping review was conducted using the Population–Concept–Context framework and reported in accordance with PRISMA-ScR. Searches covering 2000–2026 were performed in PubMed/MEDLINE, LILACS/BVS, SciELO, and ERIC, and were supplemented by citation chaining. Records were deduplicated and screened by title and abstract according to the PCC criteria and the main TCE domains. Evidence was synthesised by determinants—workload and working hours, supervision and educational climate, mistreatment and relational violence, institutional conditions, stigma, and access to support—and by outcomes. **Results:** Three major patterns were identified: a high burden of burnout, psychological distress, and anxiety and depressive symptoms, with substantial contextual heterogeneity; associations with long working hours, adverse learning environments, inadequate supervision, and exposure to mistreatment or harassment; and the presence of educational outcomes, including training satisfaction, perceived quality of training, and intention to discontinue training. Institutional interventions and responses were also mapped. **Conclusions:** Mental health should be regarded

as both an educational outcome and an indicator of TCE quality. Multilevel strategies are needed, focusing on supervision, the organization of working hours, prevention of mistreatment, and confidential pathways to support, complemented by scalable interventions.

Keywords: Mental health; Medical education; Teaching–care environment; Medical internship; Medical residency; Burnout.

INTRODUCCIÓN

La salud mental de quienes se forman en medicina ha emergido como un asunto crítico para la educación médica contemporánea, no solo por su alta frecuencia, sino por sus consecuencias sobre el aprendizaje clínico, la continuidad de las trayectorias formativas y la calidad de la atención. La evidencia resumida en revisiones sistemáticas y metaanálisis muestra que, en los estudiantes de medicina, la depresión, los síntomas depresivos y la ideación suicida se presentan con una carga relevante y sostenida a nivel internacional, configurando un problema de salud y educación de alcance global (Rotenstein et al., 2016).

De manera concomitante, el síndrome de burnout se ha documentado como un fenómeno altamente prevalente en ellos, con heterogeneidad por región, etapa formativa, instrumentos y puntos de corte, pero con consistencia en la señal de riesgo (Almutairi et al., 2022). En el posgrado, la literatura global también confirma una prevalencia elevada de burnout entre médicos en entrenamiento, reforzando la necesidad de abordajes institucionales y curriculares más allá de intervenciones individuales aisladas (Naji et al., 2021). En el continuo profesional, la síntesis de la evidencia en médicas y médicos sugiere que el burnout no es un evento anecdótico, sino un fenómeno extendido con impacto potencial en el desempeño y la seguridad, lo que obliga a comprender su génesis en términos organizacionales y del entorno formativo (Rotenstein et al., 2018).

Un punto de inflexión particularmente relevante para la educación médica es la transición hacia escenarios clínicos de alta exigencia —internado y residencia—, donde se intensifican responsabilidades asistenciales, exposición a sufrimiento, trabajo por turnos y relaciones jerárquicas. En el internado médico, estudios de cohorte prospectiva han mostrado un incremento significativo del riesgo de depresión durante el año de entrenamiento clínico, asociado a factores

individuales y contextuales, lo que respalda la hipótesis de una “ventana de vulnerabilidad” formativa (Sen et al., 2010).

En paralelo, la discusión sobre burnout ha sido posicionada como un riesgo para la sostenibilidad de los sistemas de salud y una amenaza para establecer reformas orientadas a la calidad, en tanto se vincula con disminución del desempeño, deterioro del profesionalismo, ausentismo y rotación, además de costos institucionales (Dyrbye & Shanafelt, 2011). La evidencia contemporánea ha consolidado un marco explicativo que integra contribuyentes (carga y control del trabajo, cultura organizacional, eficiencia administrativa, apoyo social, justicia organizacional) y consecuencias (para la persona, el equipo y el paciente), así como soluciones multinivel que incluyen rediseño del trabajo, supervisión efectiva, liderazgo clínico-educativo, y evaluación continua del bienestar como dimensión de calidad (West et al., 2018).

En este marco, el bienestar profesional y la salud mental deben ser comprendidos como indicadores que atraviesan la misión educativa y la misión asistencial. Desde una perspectiva de calidad, se ha propuesto que el “bienestar” médico constituye un indicador omitido en los sistemas de aseguramiento de la calidad, con implicaciones directas sobre resultados clínicos y desempeño institucional (Wallace et al., 2009). Esta noción se alinea con llamados de organismos académicos y profesionales que plantean el burnout como una amenaza poco reconocida para la atención segura y de alta calidad, y exhortan a investigar y atender sus determinantes estructurales (Dyrbye et al., 2017). Del mismo modo, iniciativas normativas y de consenso profesional han impulsado marcos de responsabilidad compartida —entre individuos e instituciones— para proteger y promover el bienestar de quienes ejercen y se forman en medicina, con énfasis en obligaciones organizacionales y en condiciones del entorno de trabajo y aprendizaje (Thomas et al., 2018).

Sin embargo, una parte sustantiva de la producción científica tiende a describir la problemática en clave predominantemente psicométrica o individual, con riesgo de descontextualizar el sufrimiento y de invisibilizar la arquitectura institucional que lo produce y reproduce. En América Latina, la tradición de la salud colectiva ha enfatizado que los procesos de salud–enfermedad–atención son inseparables de determinaciones sociales y de arreglos de poder que estructuran oportunidades, riesgos y capacidades de respuesta, ofreciendo herramientas conceptuales para interpretar la salud

mental como resultado de condiciones socio institucionales, y no solo como suma de vulnerabilidades personales (Breilh, 2013). Trasladado a la educación médica, esto implica analizar el ambiente formativo no como un escenario neutro, sino como un sistema de prácticas, incentivos, jerarquías, cargas, dispositivos de evaluación y culturas profesionales que modulan el aprendizaje y el bienestar.

En esta línea, resulta útil operacionalizar el análisis del entorno clínico de formación a través del concepto de espacio docente-asistencial (EDA), entendido como el entramado donde convergen docencia y atención, con tensiones entre producción de servicios, supervisión educativa, seguridad del paciente, relaciones de autoridad y condiciones laborales de quienes se forman. Desde una perspectiva ética, el EDA permite visibilizar dilemas y asimetrías que afectan la dignidad formativa, la integridad personal y la justicia en la distribución de cargas y riesgos; asimismo, habilita un lenguaje analítico para describir fenómenos como maltrato institucional, normalización del desgaste, silenciamiento, y fragilidades de gobernanza educativa en sedes clínicas (Vázquez Martínez, 2022). Complementariamente, el enfoque de derechos aplicado al EDA ha propuesto comprender la educación médica como un derecho exigible y, por tanto, analizar cómo determinadas prácticas institucionales pueden constituir vulneraciones sistemáticas o riesgos estructurales para la formación (Vázquez Martínez et al., 2023).

Este artículo adopta explícitamente un marco de derechos humanos para abordar la salud mental en estudiantes de medicina, internos y residentes. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, interpretado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece obligaciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, e incorpora deberes estatales e institucionales que son pertinentes para entornos de aprendizaje clínico (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud ha reforzado la centralidad de la salud mental como prioridad de respuesta y fortalecimiento de sistemas (World Health Organization, 2022), y ha enfatizado la necesidad de promover y proteger derechos humanos en salud mental, incluyendo la erradicación de discriminación, coerción y barreras de acceso, así como el diseño de políticas basadas en dignidad y participación (World Health Organization, 2023).

La guía conjunta de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la OMS ofrece además orientaciones prácticas sobre legislación y políticas, útiles para discutir responsabilidades institucionales en contextos formativos (Office of the High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2023). En paralelo, la UNESCO ha subrayado el vínculo entre educación y salud, y la relevancia de la educación para el bienestar y la salud mental, reforzando la necesidad de estrategias intersectoriales donde las instituciones educativas y de salud asuman compromisos verificables (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2024). En América Latina, ya se ha planteado explícitamente la pregunta por la salud mental en estudiantes de medicina como un derecho, lo que justifica y fortalece un abordaje normativo que trascienda la prevención individual y se centre en transformaciones del ambiente formativo (Ochoa Ávila et al., 2024).

Con base en lo anterior, esta revisión de alcance propone sintetizar críticamente la evidencia sobre salud mental en la formación médica —con especial énfasis en el internado y la residencia—, identificando patrones de riesgo, determinantes asociados al ambiente formativo/EDA y brechas de respuesta institucional. Al articular evidencia empírica con marcos de derechos, se busca contribuir a una agenda de educación médica que reconozca el bienestar como resultado educativo y como condición de seguridad y calidad, orientando recomendaciones para la gobernanza de sedes clínicas, la supervisión docente, la gestión de cargas laborales, la prevención de maltrato y la implementación de apoyos institucionales sostenibles.

OBJETIVO

Sintetizar críticamente la evidencia publicada sobre salud mental en la formación médica —con énfasis en el internado y la residencia—, describiendo la magnitud y variabilidad de los principales desenlaces (burnout, depresión, ansiedad, estrés e ideación suicida), identificando determinantes asociados al ambiente formativo y al espacio docente-asistencial (EDA), y delimitando brechas de respuesta institucional e implicaciones para la gobernanza educativa de sedes clínicas.

Preguntas de revisión

RQ1. ¿Qué desenlaces de salud mental (burnout, depresión, ansiedad, estrés/distrés, ideación suicida, bienestar/satisfacción y deserción) se han evaluado en médicos internos de pregrado y residentes, y con qué instrumentos y puntos de corte?

RQ2. ¿Qué determinantes del ambiente formativo/espacio docente-asistencial (EDA) (carga y jornadas, supervisión, cultura jerárquica/maltrato, seguridad, estigma y acceso a apoyo) se reportan asociados a esos desenlaces?

RQ3. ¿Qué respuestas institucionales/intervenciones (estructurales y escalables) se han documentado para prevenir o mitigar estos desenlaces en internado y residencia, y qué resultados (factibilidad/efectividad) se reportan?

Marco PCC (Population–Concept–Context/ Población–Concepto–Contexto)

P (Población): médicos internos de pregrado (internado/internship) y médicos residentes (todas las especialidades).

C (Concepto): desenlaces de salud mental/bienestar (burnout, depresión, ansiedad, estrés/distrés, ideación suicida, bienestar/satisfacción y deserción) y determinantes del EDA (carga/jornadas, supervisión, maltrato, seguridad, estigma y acceso a apoyo).

C (Contexto): espacio docente-asistencial (EDA)/teaching–care setting, campos clínicos y programas de internado y residencia; búsqueda global con estratificación posterior por región.

MÉTODO (Revisión de alcance trazable; PRISMA-ScR)

Diseño

Se realizó una revisión de alcance (scoping review) con enfoque crítico-interpretativo, orientada al mapeo de evidencia y a la identificación de vacíos de conocimiento y de respuesta institucional en el internado y la residencia. El reporte siguió la lista de verificación PRISMA-ScR y se incorporó un diagrama de flujo y un mapa de evidencia (Tabla 1) (Jácome et al., 2019).

Fuentes de información

Se consultaron bases de datos bibliográficas internacionales y regionales de acceso abierto o institucionalmente accesibles: PubMed/MEDLINE, LILACS (BVS), SciELO y ERIC. Se complementó con documentos institucionales y búsqueda en cadena a partir de revisiones y estudios seminales.

No se incluyeron Scopus ni Web of Science por restricciones de acceso en esta fase; esta limitación se declara explícitamente (Castro Apodaca et al., 2025; Terrones-Rodríguez et al., 2016; Valero-Vidal et al., 2019)

Periodo y fecha de búsqueda

La ventana principal de búsqueda se definió entre 1 de enero de 2000 y 31 de diciembre de 2026. Se incorporaron referencias históricas selectas previas a 2000 únicamente con propósito contextual, sin integrarlas a la síntesis de magnitud ni a las inferencias principales sobre internado/residencia.

Estrategia de búsqueda

Se construyeron estrategias combinando términos MeSH y texto libre en español e inglés, agrupados en tres dominios:

- Población/etapa-formativa: medical students, internship, residency, postgraduate medical trainees, residents, internos, residencia médica;
- Desenlaces: burnout, depression, anxiety, stress, psychological distress, suicidal ideation, well-being (bienestar);
- Contexto educativo/organizacional: learning environment, training environment, clinical learning environment, mistreatment, workload, working hours, supervision, patient safety, organizational culture.

Como ejemplo de cadena en PubMed (adaptada por base): (“Students, Medical” OR medical student* OR intern* OR “Internship and Residency” OR resident* OR postgraduate trainee*) AND (burnout OR depression OR anxiety OR stress OR “psychological distress” OR “suicidal ideation” OR wellbeing) AND (“learning environment” OR “training environment” OR “clinical learning environment” OR supervision OR workload OR mistreatment OR “working hours”)

En bases regionales (SciELO y LILACS) se emplearon combinaciones equivalentes en español: (estudiantes de medicina OR internos OR internado OR residencia OR residentes) AND (burnout OR depresión OR ansiedad OR estrés OR ideación suicida OR bienestar) AND (ambiente formativo OR entorno de aprendizaje OR maltrato OR supervisión OR jornadas OR carga de trabajo)

Criterios de elegibilidad

Inclusión: Estudios que evaluaran desenlaces de salud mental/bienestar en internado y residencia. Se incluyeron estudios en pregrado únicamente cuando aportaron intervención escalable o marco transferible a etapas clínicas avanzadas. Trabajos que reportaran al menos uno de los siguientes desenlaces: burnout, depresión, ansiedad, estrés, distrés psicológico, ideación suicida, o bien indicadores de bienestar psicológicos pertinentes. Artículos de investigación original, revisiones (sistemáticas o narrativas) y documentos institucionales con relevancia directa para educación médica y derechos.

Exclusión: Estudios fuera del ámbito de formación médica (p. ej., población general sin estratificación para medicina). Trabajos sin acceso al texto completo cuando no fuera posible verificar métodos y resultados. Publicaciones duplicadas o reportes redundantes de un mismo estudio sin información adicional.

Selección y gestión de registros

Diagrama de flujo PRISMA-ScR

Se elaboró un diagrama de flujo PRISMA-ScR para documentar identificación, deduplicación, tamizaje y elegibilidad. Los registros se exportaron en formatos NBIB (PubMed) y RIS (LILACS y SciELO) y se integraron en un registro maestro. La deduplicación se realizó por DOI y por coincidencia de título-año; posteriormente se efectuó tamizaje por título/resumen según el marco PCC y los ejes del EDA (carga/jornadas, supervisión/clima educativo, maltrato, seguridad y estigma/acceso), con codificación de razones de exclusión (E1–E6).

Diagrama de flujo PRISMA-ScR (Ruta 2; bases abiertas, búsqueda global 2000–2026). Registros identificados: PubMed/MEDLINE (n=4046), LILACS/BVS (n=322), SciELO (n=38) y ERIC (n=1). Total identificados: n=4407. Deduplicación (por DOI y coincidencia título-año) aplicada a exportaciones disponibles (PubMed+LILACS+ERIC): duplicados eliminados n=13; registros tras deduplicación n=4356. Registros tamizados por título/resumen (PCC + ejes EDA): n=4356. Excluidos en tamizaje (E1–E3): n=4269 (E1 no población PCC=3043; E2 no desenlace=822; E3 no contexto EDA=404). Textos completos evaluados para extracción: n=87. Textos completos excluidos por insuficiencia de datos/alcance al extraer (E4–E6): n=44. Estudios incluidos en síntesis empírica (internado/residencia): n=38 (Tabla S2-A, material suplementario).

Intervenciones/respuestas institucionales mapeadas (Tabla 2): n=5.

Razón (tamizaje)	n
E1 No población PCC	3043
E2 Sin desenlace salud mental/bienestar	822
E3 Sin contexto EDA/learning environment	404
E4–E6 Excluidos en extracción texto completo	44

Los registros recuperados se depuraron eliminando duplicados. La selección se realizó en dos etapas: 1) Tamizaje por título/resumen para pertinencia temática y población objetivo y 2) Revisión a texto completo para confirmar criterios de elegibilidad y extraer variables.

Cuando existieron discrepancias de interpretación durante la clasificación temática (por ejemplo, definición de internado vs. prácticas clínicas tempranas), se resolvieron mediante revisión del texto completo y criterios operativos predefinidos (etapa formativa, nivel de responsabilidad asistencial y relación contractual/educativa).

Dado el carácter iterativo de la búsqueda (incluida la búsqueda en cadena), se aseguró trazabilidad mediante matriz de extracción, mapa de evidencia (Tabla S2-A, material suplementario), y diagrama PRISMA-ScR. El registro nominal completo de artículos evaluados a texto completo y excluidos (E4–E6) está disponible bajo solicitud.

Extracción de información

Se diseñó una matriz estandarizada para extraer:

- **Identificación:** autor/año, país/región, tipo de institución/sede, población (estudiantes/internos/residentes), especialidad (si aplica), tamaño muestral.
- **Diseño y medición:** tipo de estudio, instrumento(s) (p. ej., MBI, PHQ-9, GAD-7 u otros), puntos de corte, periodo (pre/post pandemia), método de recolección.

RESULTADOS

A partir del mapa de evidencia (Tabla 1) se identificaron patrones consistentes en internado y residencia: (i) alta carga de síntomas de burnout y malestar afectivo con heterogeneidad por sede/servicio; (ii) asociación recurrente con determinantes del espacio docente-asistencial (EDA), especialmente carga/jornadas, calidad del learning environment/supervisión y exposición a

maltrato/hostigamiento; y (iii) presencia de desenlaces educativos (satisfacción, calidad percibida del internado, ideación de deserción) en una fracción de los estudios (Athié Gutiérrez et al., 2016; Barbosa-Camacho et al., 2024).

1) Carga, jornadas y descanso. Los estudios muestran que la intensidad asistencial, la privación de sueño y las jornadas extensas se asocian con mayor burnout/estrés y peor salud mental, con variación por servicio (p. ej., entornos críticos). La evidencia incluye internado y residencia en múltiples países (Tabla 1) (Athié Gutiérrez et al., 2016; Barbosa-Camacho et al., 2024).

2) Supervisión y clima educativo (learning environment). Diversos estudios que aplican instrumentos del clima educativo (p. ej., PHEEM, D-RECT, SPEED) muestran una asociación inversa entre mejor entorno de aprendizaje y burnout, sugiriendo un efecto protector de la supervisión, la autonomía formativa y el soporte social (Tabla 1) (van Vendeloo et al., 2018a; van Vendeloo et al., 2018b).

3) Maltrato, hostigamiento y discriminación. La exposición a mistreatment/ harassment/ bullying se asocia sistemáticamente con burnout y con otros desenlaces adversos (ansiedad, depresión e ideación suicida), y se acompaña de deterioro de satisfacción/experiencia formativa (Tabla 1) (Hu et al., 2019; Zárate-Camargo et al., 2024).

4) Seguridad y cultura organizacional. Factores del entorno institucional (cultura oculta, justicia/reciprocidad, normas de trato) emergen como determinantes del bienestar; en algunos estudios se reporta correlación con indicadores de desempeño/seguridad (Tabla 1).

Tabla 1. Estudios centinela sobre salud mental en internado y residencia y determinantes del espacio docente-asistencial (EDA): revisión de alcance (2000–2026).

Estudio	País	Etap	Diseño/ (n)	Instrumento	Determinante EDA	Hallazgo clave
Athié Gutiérrez et al., 2016	México	I	Transversal (141)	MBI; ESS	Carga/rotación; sueño	Burnout con variación por servicio y somnolencia asociada
Barbosa-Camacho et al., 2024	México	I	Transversal (311)	CBI; FCV-19S	Tipo de sede; crisis COVID	Burnout/malestar y deterioro percibido del internado; diferencias público/privado
Camarillo-Nava et al., 2024	México	R	Transversal (200)	MBI; Beck; Hamilton	Continuidad formativa	Depresión/ansiedad/burnout asociados a ideación de deserción académica
Zárate-Camargo	México	R	Transversal	DASS-21; resiliencia;	Maltrato/jerarquía	Maltrato percibido asociado a peor salud

et al., 2024				maltrato (autores)		mental y menor satisfacción
Llera & Durante, 2014	Argentina	R	Transversal	PHEEM; MBI	Clima educativo/autonomía	Mejor entorno educativo asociado a menor burnout
van Vendeloo et al., 2018	Bélgica	R	Observacional	D-RECT; burnout	Learning environment/supervisión	Mejor clima de residencia asociado a menor burnout
van Vendeloo et al., 2018	Países Bajos	R	Nacional (NR)	SPEED; burnout	Dominios del learning environment	Asociación inversa consistente entre learning environment y burnout
Hu et al., 2019	EE.UU.	R	Nacional (NR)	Burnout + mistreatment (encuesta)	Maltrato/discriminación	Mistreatment asociado a burnout e ideación suicida
de Mélo Silva Júnior et al., 2022	Brasil	R	Nacional (NR)	PHQ-4; burnout (MBI abreviado); ESS	Factores del programa/jornadas	Desenlaces afectivos y burnout asociados a factores individuales y del programa
Ovejas-López et al., 2020	España	R	Observacional (NR)	Burnout + malestar	Organización/carga	Burnout/malestar en residentes y correlatos del entorno

Nota: La Tabla 1 resume estudios “centinela” seleccionados por su representatividad del internado (I)/ residencia (R), el uso de instrumentos estandarizados y/o la explicitación de determinantes del Espacio Docente Asistencial EDA (carga/jornadas, supervisión/clima educativo, maltrato). La Tabla S2-A (material suplementario) presenta el mapa de evidencia ampliado de la revisión de alcance.

Abreviaturas: EDA, espacio docente-asistencial; NR, no reportado; MBI, Maslach Burnout Inventory; ESS, Epworth Sleepiness Scale; CBI, Copenhagen Burnout Inventory; FCV-19S, Fear of COVID-19 Scale; DASS-21, Depression Anxiety Stress Scales-21; PHQ-4, Patient Health Questionnaire-4; PHEEM, Postgraduate Hospital Educational Environment Measure; D-RECT, Dutch Residency Educational Climate Test; SPEED, Scan of Postgraduate Educational Environment Domains; Res, residencia; Int, internado

5) Respuestas e intervenciones. La Tabla 2 mapea intervenciones escalables (p. ej., programas digitales) y respuestas institucionales orientadas a prevención del maltrato, soporte entre pares/debriefing y rediseño de jornada/supervisión; la evidencia es heterogénea y depende de la implementación (Castillo-Angeles et al., 2019; Wang et al., 2024).

Tabla 2 Intervenciones y respuestas institucionales mapeadas para abordar desenlaces de salud mental y determinantes del espacio docente-asistencial (EDA) en internado y residencia: revisión de alcance (2000–2026).

Estudio	Población y contexto	Diseño / n	Intervención	Resultados principales	Implicación educativa/ EDA
Wang et al., 2024	Estudiantes de medicina	ECA + seguimiento	Programa en línea basado en ACT (autoayuda)	Mejoras a corto plazo en depresión/ansiedad/estrés y flexibilidad psicológica	Intervención escalable complementaria (no sustituye cambios estructurales del EDA)
Castillo-Angeles et al., 2019	Residentes (cirugía/entorno)	Mixto	Intervención educativa para sensibilización sobre	Aumenta conocimiento/conciencia;	Soporta estrategias anti-

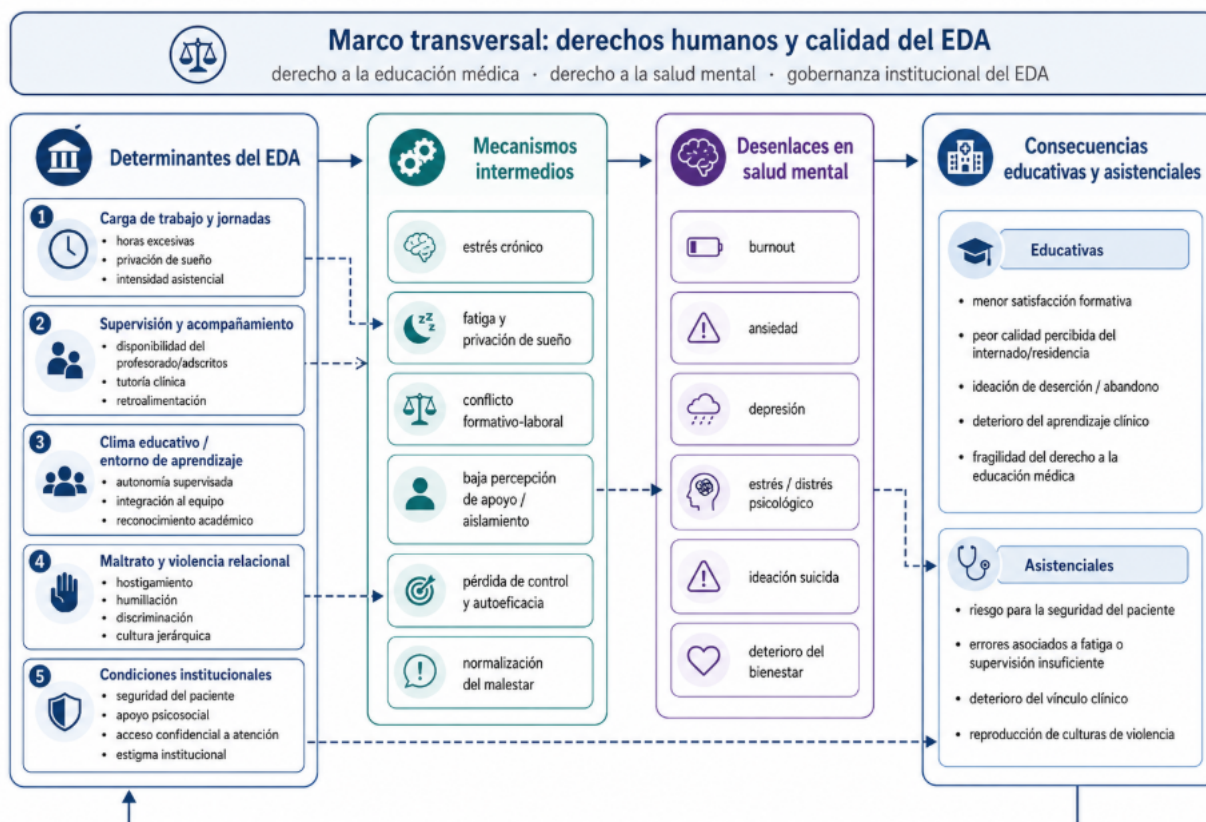
	académico)		mistreatment/learning environment	base para políticas de conducta y reporte	maltrato en sedes clínicas
Programas anti-mistreatment (síntesis)	Residentes (varios)	Revisión/serie	Políticas y programas de prevención y respuesta al maltrato	Reducción de reportes en algunos contextos; depende de implementación	Necesita gobernanza, confidencialidad, seguimiento
Debriefing y apoyo entre pares	Internos/residentes	Variado	Debriefing estructurado post-evento y soporte entre pares	Mejora afrontamiento y seguridad psicológica; evidencia heterogénea	Útil para ambientes de alta carga emocional (UCI/urgencias)
Rediseño de jornada y supervisión	Internos/residentes	Política/implementación	Límites de jornada, descanso, estándares de supervisión	Mejora bienestar y seguridad; requiere auditoría	Intervención estructural central del EDA

Nota: La tabla presenta un mapeo de intervenciones y respuestas institucionales identificadas en la revisión de alcance; no se realizaron comparaciones cuantitativas de efectividad entre intervenciones por heterogeneidad de diseños, contextos y métricas. Cuando un elemento no se reporta en la fuente (p. ej., tamaño muestral o punto de corte), se consigna como NR (no reportado). Se incluyó una intervención en pregrado por su potencial transferible como componente escalable complementario en etapas clínicas avanzadas.

Abreviaturas: **EDA**, espacio docente-asistencial; **ACT**, Acceptance and Commitment Therapy; **NR**, no reportado; **ECA**, ensayo clínico aleatorizado.

En conjunto, la evidencia revisada permite proponer un modelo conceptual en el que las condiciones del espacio docente-asistencial (EDA) actúan a través de mecanismos intermedios (estrés crónico, fatiga, conflicto formativo-laboral y bajo apoyo) que se asocian con desenlaces de salud mental y con consecuencias educativas y asistenciales (Figura 1).

Figura 1. Modelo conceptual de la relación entre el espacio docente-asistencial, la salud mental y los desenlaces educativos en la formación médica.



Nota: La figura sintetiza la evidencia del scoping review y muestra la relación entre las condiciones del EDA, los mecanismos intermedios de afectación, los desenlaces de salud mental y sus consecuencias educativas y asistenciales.

Abreviatura: EDA, espacio docente-asistencial.

Discusión

Interpretación de los hallazgos: mecanismos plausibles, heterogeneidad y sentido educativo

Los hallazgos sintetizados sugieren que el malestar psicológico y el burnout en el internado y durante la residencia no pueden interpretarse como eventos exclusivamente “individuales” o atribuibles a vulnerabilidades personales aisladas. La evidencia global y los marcos contemporáneos han señalado que el burnout se asocia con un conjunto de contribuyentes organizacionales (carga y control del trabajo, cultura institucional, eficiencia del sistema, apoyo social y justicia organizacional) y con consecuencias relevantes para el desempeño, el profesionalismo y los resultados en el sistema de salud (Dyrbye & Shanafelt, 2011; West et al., 2018). En este sentido, la residencia y el internado funcionan como entornos de alta exposición

donde convergen demandas asistenciales, presión de desempeño y aprendizaje situado, lo que hace plausible que pequeños déficits estructurales en supervisión, descanso, organización del trabajo o cultura del servicio se traduzcan en aumentos significativos del riesgo.

Un punto crítico de interpretación es la heterogeneidad de las estimaciones reportadas en los estudios. Las síntesis internacionales en estudiantes y posgrado han documentado variación importante por región, etapa formativa, especialidad e instrumentos/puntos de corte, sin que ello disminuya la relevancia del problema; al contrario, refuerza la idea de que el fenómeno es contexto-sensible y depende del diseño del ambiente formativo y del trabajo clínico (Almutairi et al., 2022; Naji et al., 2021). En el corpus revisado, esta heterogeneidad se expresa en diferencias entre sedes y servicios (internado por rotación), en contrastes entre instituciones (público/ privado durante COVID-19), y en perfiles por especialidad (p. ej., unidades de cuidados intensivos). Por tanto, el objetivo no es fijar una prevalencia, sino identificar patrones y condiciones de producción del riesgo que sean relevantes para la gobernanza educativa.

Los resultados también sugieren que el malestar en etapas clínicas avanzadas se vincula con desenlaces que son intrínsecamente educativos (p. ej., ideación de deserción, satisfacción con la residencia, percepción de deterioro de la calidad del internado). Este hallazgo es consistente con un argumento ampliamente desarrollado en la literatura: el bienestar profesional debería considerarse un componente faltante en los marcos de calidad, con implicaciones para seguridad y desempeño; en consecuencia, su vigilancia no es accesorio, sino parte del aseguramiento de la calidad en entornos de formación clínica (Dyrbye et al., 2017; Wallace et al., 2009). La idea de responsabilidad institucional compartida, respaldada por iniciativas de consenso, sugiere que las soluciones de mayor rendimiento no se ubican solo en programas individuales de resiliencia, sino en intervenciones multinivel donde las instituciones asumen compromisos verificables sobre condiciones de trabajo y aprendizaje (Thomas et al., 2018).

Desde una lectura específica de educación médica, los hallazgos empíricos que vinculan maltrato percibido con salud mental y satisfacción formativa apuntan a un mecanismo relacional de alto peso explicativo: la cultura jerárquica y las prácticas de violencia (simbólica o directa) pueden operar como determinantes próximos del sufrimiento, afectando seguridad psicológica para aprender,

disposición a pedir ayuda y posibilidad de construir agencia formativa. Esta interpretación es congruente con el marco ético del espacio docente-asistencial (EDA), que enfatiza las asimetrías de poder, los dilemas de dignidad formativa y las tensiones entre docencia y producción de servicios como dimensiones estructurantes de la experiencia clínica (Vázquez Martínez, 2022). En la misma línea, la conceptualización de la educación médica como derecho exigible en el EDA permite reubicar estos hallazgos en el terreno de obligaciones institucionales: no solo “evitar daño”, sino configurar condiciones aceptables y seguras para aprender y trabajar en formación (Vázquez Martínez et al., 2023).

Un mecanismo transversal adicional es el estigma y la discriminación en salud mental, que pueden traducirse en ocultamiento, retraso en búsqueda de atención y evitación de servicios de apoyo. En entornos formativos competitivos y jerárquicos, el estigma puede intensificarse por temor a repercusiones académicas, reputacionales o laborales, configurando dinámicas de silenciamiento que agravan el problema y reducen la efectividad de intervenciones disponibles (Marrugo Martínez et al., 2025). De modo complementario, la exposición sostenida al sufrimiento clínico y a escenarios de alta carga emocional puede activar procesos de desgaste vinculados a fatiga por compasión, que, aunque estudiados con frecuencia en profesiones afines, ofrecen una lente útil para comprender el impacto de la carga emocional y moral sobre quienes se forman en ámbitos asistenciales intensivos (Pérez-García et al., 2021). Estos mecanismos relacionales y emocionales, sumados a los organizacionales, ayudan a explicar por qué ciertas especialidades o servicios concentran mayor riesgo.

Finalmente, debe subrayarse que la evidencia revisada está dominada por diseños transversales y por mediciones heterogéneas; ello limita inferencias causales y comparaciones directas entre estudios. Sin embargo, la consistencia de patrones —incremento del riesgo en etapas clínicas avanzadas, sensibilidad a condiciones del entorno, asociación con desenlaces educativos— aporta suficiente plausibilidad para justificar intervenciones institucionales. La lectura desde la salud colectiva y determinación social refuerza que el sufrimiento no es un residuo individual, sino el resultado de arreglos institucionales y sociales que estructuran riesgos y recursos de afrontamiento (Breilh, 2013). En consecuencia, la interpretación más parsimoniosa y educativa es que el internado

y la residencia concentran vulnerabilidad porque concentran exposición: jornadas y cargas, supervisión variable, jerarquías, estigma y, en ciertos contextos, crisis sanitarias; todo ello configura el EDA como un determinante central del bienestar y del aprendizaje.

Implicaciones para la educación médica y sedes clínicas: recomendaciones accionables desde el EDA y el enfoque de derechos humanos

Los hallazgos respaldan que la salud mental y el bienestar durante el internado y la residencia deben incorporarse como objetos legítimos de gobernanza educativa y como componentes de la calidad del proceso formativo. En la medida en que el bienestar ha sido propuesto como un indicador faltante de la calidad, y se reconoce el vínculo entre burnout y resultados adversos para personas, equipos y sistemas, su abordaje no puede delegarse exclusivamente a estrategias individuales; requiere rediseño institucional del entorno de aprendizaje y del trabajo clínico (Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; Wallace et al., 2009). La evidencia empírica aquí revisada refuerza esa conclusión al mostrar asociaciones con desenlaces educativos (p. ej., ideación de deserción), diferencias entre sedes (público/privado en pandemia) y efectos del maltrato percibido sobre salud mental y satisfacción formativa (Barbosa-Camacho et al., 2024; Camarillo-Nava et al., 2024; Zárate-Camargo et al., 2024).

1) Gobernanza del EDA: bienestar como resultado educativo y como indicador de calidad

Recomendación central: formalizar el bienestar y la salud mental como un resultado educativo y un indicador de calidad en sedes clínicas, con vigilancia periódica y rendición de cuentas. La literatura sobre calidad y los llamados institucionales sostienen que el bienestar debe evaluarse de manera sistemática, y que las instituciones tienen responsabilidad directa sobre condiciones organizacionales que contribuyen al desgaste (Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; Wallace et al., 2009). Para la educación médica, esto implica que la sede clínica no solo debe acreditar competencias clínicas, sino demostrar condiciones mínimas de supervisión, jornada, seguridad y soporte compatibles con aprendizaje seguro.

Acciones mínimas (sede clínica):

- Implementar un tablero de vigilancia semestral con indicadores trazadores: burnout (instrumento definido), síntomas ansiosos/depresivos (instrumentos definidos), percepción

de maltrato y seguridad psicológica, y desenlaces educativos (p. ej., ideación de deserción/abandono) (Camarillo-Nava et al., 2024; Zárate-Camargo et al., 2024).

- Integrar estos indicadores a comités docente-asistenciales y a procesos de mejora continua, no como acciones aisladas (Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; Vázquez Martínez, 2022; Vázquez Martínez et al., 2023; Wallace et al., 2009).

2) Estándares de supervisión clínica y seguridad psicológica para aprender

La supervisión y la retroalimentación son ejes de calidad del ambiente formativo; su ausencia amplifica incertidumbre, estrés y riesgo clínico. Aunque no todos los estudios cuantitativos miden “supervisión” de forma homogénea, el marco explicativo de contribuyentes al burnout y las diferencias por servicio y rotación sugieren que la supervisión opera como un amortiguador (Athié Gutiérrez et al., 2016; Dyrbye et al., 2017; West et al., 2018).

Acciones mínimas (programa/servicio):

- Establecer estándares operativos de supervisión por guardia y turno (quién supervisa, cuándo, y cómo se documenta).
- Introducir mecanismos de “retroalimentación segura”: espacios regulares de briefing/debriefing clínico-educativo, donde preguntar y reportar errores no implique sanción formativa (Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; Wallace et al., 2009).

3) Jornada, descanso y carga asistencial: rediseño del trabajo formativo

Las cargas y jornadas aparecen como determinantes estructurales de desgaste. En el internado, la coexistencia de burnout con somnolencia y variación por servicio respalda que el diseño del trabajo formativo (guardias, ritmos, descanso) es un componente causal plausible y modificable (Athié Gutiérrez et al., 2016). En la residencia, la variabilidad por especialidad y las señales extremas en servicios críticos deben leerse como indicadores de entornos particularmente demandantes que requieren control institucional (Castro Apodaca et al., 2025; Ovejas-López et al., 2020; Valero-Vidal et al., 2019).

Acciones mínimas (sede/sistema):

- Definir y auditar límites de jornada/guardias y periodos de descanso, con trazabilidad y protección contra represalias.

- Rebalancear tareas: separar actividades formativas vs. cargas administrativas repetitivas sin valor educativo (rediseño de procesos), coherente con el marco de soluciones organizacionales (Dyrbye et al., 2017; West et al., 2018).

4) Prevención del maltrato y violencia institucional: tolerancia cero y rutas efectivas

La asociación entre maltrato percibido y peor salud mental, junto con su vínculo con satisfacción formativa, obliga a tratar el maltrato como un riesgo institucional y un marcador de disfunción del EDA (Zárate-Camargo et al., 2024). Además, el vínculo entre síntomas e ideación de deserción fortalece la lectura de que ambientes hostiles impactan retención y continuidad del entrenamiento (Camarillo-Nava et al., 2024).

Acciones mínimas (programa/sede):

- Política explícita de “tolerancia cero” con definiciones operacionales (qué se considera maltrato, hostigamiento, humillación).
- Rutas de denuncia confidenciales y no punitivas, con tiempos de respuesta definidos y protección del denunciante.
- Auditoría periódica del clima formativo (encuestas, grupos focales) para detectar servicios/turnos críticos (Camarillo-Nava et al., 2024; Zárate-Camargo et al., 2024).

5) Acceso seguro a apoyo psicológico: reducir barreras y estigma

El estigma y la discriminación son barreras estructurales para solicitar ayuda; en entornos jerárquicos, el temor a repercusiones puede intensificar silenciamiento y retrasar atención (Marrugo Martínez et al., 2025). Por ello, la disponibilidad de apoyo debe ir acompañada de garantías explícitas de confidencialidad y de no repercusión académica/laboral.

Acciones mínimas (institución formadora/sede):

- Servicios de apoyo con canal independiente del comité evaluador, con protocolos de confidencialidad.
- Estrategias de reducción de estigma (campañas + formación de tutores y jefaturas para detección y derivación) (Marrugo Martínez et al., 2025).

6) Portafolio de intervención: combinar acciones estructurales con apoyos individuales escalables

La evidencia experimental sugiere que ciertas intervenciones digitales estructuradas pueden mejorar indicadores de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes, y formar parte de un portafolio institucional; sin embargo, deben considerarse complementarias y no sustitutivas del rediseño del ambiente formativo (Dyrbye et al., 2017; Wang et al., 2024; West et al., 2018).

Acciones mínimas (institución):

- Ofrecer intervenciones escalables (p. ej., programas basados en ACT u otros) con monitoreo de resultados y derivación a atención especializada cuando sea necesario (Wang et al., 2024).
- Integrarlas en una estrategia institucional que incluya cambios en supervisión, jornadas y prevención de maltrato (Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; West et al., 2018).

7) Marco de derechos humanos: obligaciones institucionales aplicadas al entorno formativo

El enfoque de derechos aporta un lenguaje normativo operativo: el derecho al más alto nivel posible de salud implica obligaciones sobre disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, aplicables a políticas institucionales de salud mental dentro del EDA (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). De manera concordante, los marcos recientes de OMS subrayan la protección de derechos, reducción de discriminación y diseño de políticas centradas en dignidad y participación, y la guía OHCHR/OMS ofrece orientaciones prácticas para legislación y políticas (Office of the High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2023; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023). El vínculo entre educación y bienestar respaldado por UNESCO refuerza la responsabilidad intersectorial de instituciones educativas y de salud para implementar estrategias verificables (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2024). En el terreno del EDA, la ética docente-asistencial y el derecho a la educación médica ofrecen un marco para conceptualizar estas obligaciones como parte de la gobernanza de sedes clínicas, no como acciones voluntaristas (Vázquez Martínez, 2022; Vázquez Martínez et al., 2023).

Traducción operativa (derechos → estándares institucionales):

- Disponibilidad: existencia de servicios de apoyo y protocolos de crisis (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; Office of the High Commissioner for Human

Rights & World Health Organization, 2023; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023).

- **Accesibilidad:** acceso real sin barreras económicas, geográficas o de horario; canales 24/7 en etapas de guardias (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; Office of the High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2023; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023).
- **Aceptabilidad:** atención no punitiva, culturalmente pertinente, con confidencialidad y participación de estudiantes/residentes en diseño (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; Office of the High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2023; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023).
- **Calidad:** intervenciones basadas en evidencia, supervisadas, con evaluación de resultados (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; Office of the High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2023; Wang et al., 2024; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023).

En síntesis, la lectura más consistente con la evidencia y con los marcos de calidad y derechos es que el internado y la residencia constituyen escenarios donde el bienestar debe gobernarse como parte de la calidad educativa y asistencial. Ello exige una estrategia multinivel: rediseño de jornadas y supervisión, prevención del maltrato, reducción de estigma y acceso seguro a apoyo, complementada por intervenciones escalables y evaluación sistemática. Esta agenda es coherente con la conceptualización del EDA como espacio donde se juegan dignidad formativa, integridad y justicia institucional (Vázquez Martínez, 2022; Vázquez Martínez et al., 2023), y con las obligaciones de derechos humanos aplicadas a salud mental (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; Office of the High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2023; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2024; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023).

Conclusiones

1. La evidencia sintetizada confirma que los desenlaces de salud mental en la formación médica —particularmente en el internado y la residencia— tienen magnitud relevante y

variabilidad contextual, coherente con la heterogeneidad descrita en revisiones globales (Almutairi et al., 2022; Naji et al., 2021).

2. En etapas clínicas avanzadas, los desenlaces no se explican adecuadamente mediante enfoques exclusivamente individuales; se asocian con determinantes del ambiente formativo en el EDA, incluyendo organización del trabajo, jornadas, supervisión, cultura jerárquica y, de manera destacada, el maltrato percibido. (Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; Wallace et al., 2009; West et al., 2018; Zárate-Camargo et al., 2024)
3. La salud mental en el internado y la residencia debe conceptualizarse como un resultado educativo y como un componente de la calidad, dado su vínculo con desenlaces formativos (p. ej., ideación de deserción) y con el funcionamiento del entorno clínico-educativo (Camarillo-Nava et al., 2024; Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; Wallace et al., 2009).
4. La reducción de riesgos exige intervenciones multinivel: rediseño de jornadas/carga, estándares de supervisión, prevención efectiva del maltrato y rutas de apoyo accesibles y no punitivas; las intervenciones individuales, aunque útiles, son insuficientes si el entorno permanece sin cambios (Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; West et al., 2018).
5. El estigma y la discriminación constituyen barreras transversales que pueden inhibir la búsqueda de ayuda y favorecer el silenciamiento del malestar; por ello, las políticas institucionales deben incluir estrategias explícitas de reducción de estigma y confidencialidad (Marrugo Martínez et al., 2025).
6. Existe evidencia de que ciertas intervenciones escalables (p. ej., programas digitales estructurados) pueden mejorar indicadores de bienestar en estudiantes; su incorporación es pertinente como componente complementario de un portafolio institucional de apoyo (Wang et al., 2024).
7. El enfoque de derechos humanos provee un marco operativo para traducir evidencia en obligaciones verificables (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) aplicables a sedes clínicas y programas formativos, reforzando la responsabilidad institucional sobre el EDA (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; Office of the High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2023; United Nations

Educational, Scientific and Cultural Organization, 2024; Vázquez Martínez, 2022; Vázquez Martínez et al., 2023; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023).

8. Se recomienda consolidar sistemas de vigilancia del bienestar en el internado y la residencia, integrados a la gobernanza docente-asistencial, con indicadores trazadores y rendición de cuentas, como parte de la mejora continua de la educación médica y la seguridad del paciente (Dyrbye et al., 2017; Thomas et al., 2018; Vázquez Martínez, 2022; Vázquez Martínez et al., 2023; Wallace et al., 2009).

Fortalezas y limitaciones

Fortalezas

Esta revisión de alcance (scoping review) integra evidencia empírica de diferentes diseños (transversales, analíticos, experimentales y síntesis) y la articula con un marco conceptual orientado a educación médica, privilegiando el internado y la residencia como escenarios de alta densidad formativa y asistencial. La incorporación del concepto de espacio docente-asistencial (EDA) y del enfoque de derechos humanos aporta una lente interpretativa que permite trascender descripciones psicométricas aisladas y orientar implicaciones institucionales verificables, en consonancia con marcos contemporáneos que vinculan bienestar, calidad y seguridad (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000; Dyrbye et al., 2017; Office of the High Commissioner for Human Rights & World Health Organization, 2023; Thomas et al., 2018; United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2024; Vázquez Martínez, 2022; Vázquez Martínez et al., 2023; Wallace et al., 2009; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2023).

Limitaciones

Primero, la heterogeneidad metodológica de los estudios disponibles (instrumentos distintos, puntos de corte variables y contextos institucionales diversos) limita comparaciones directas y desaconseja agregaciones cuantitativas propias en este manuscrito, por lo que se privilegió una síntesis narrativa trazable (Almutairi et al., 2022; Naji et al., 2021). Segundo, la evidencia regional y mexicana está dominada por diseños transversales, lo que restringe inferencias causales y temporalidad de los efectos; en consecuencia, las relaciones entre determinantes del entorno y desenlaces deben interpretarse como asociaciones plausibles más que como causalidad demostrada. Tercero,

algunos documentos contextuales relevantes no siempre se reportan con el mismo nivel de detalle, instrumentos o puntos de corte, lo que obliga a ponderar su peso inferencial y a utilizarlos de forma complementaria. Finalmente, como en toda revisión narrativa, existe riesgo de sesgo de selección; para mitigar este riesgo se propuso una estrategia de búsqueda y extracción explícita y la construcción de un mapa de evidencia (Tabla 1) para sostener trazabilidad. Adicionalmente, al no incluirse bases comerciales (Scopus/Web of Science) por restricciones de acceso, es posible que algunos estudios no hayan sido capturados; este riesgo se mitigó con búsqueda en cadena y la inclusión de bases regionales.

Referencias

- Almutairi, H., Alsubaiei, A., Abduljawad, S., et al. (2022). Prevalence of burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(6), 1157–1170. <https://doi.org/10.1177/00207640221106691>
- Athié Gutiérrez, C., Cardiel Marmolejo, L. E., Camacho Aguilera, J., Mucientes Avellaneda, V. M., Terronez Girón, A. M., Cabrera Mora, N. A., et al. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en Educación Médica*, 5(18), 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.020>
- Barbosa-Camacho, F. J., Rodríguez-Machuca, V. U., Ibarrola-Peña, J. C., et al. (2024). COVID-19 pandemic and its impact on medical interns' mental health in public and private hospitals in Guadalajara. *Medical Education Online*, 29(1), 2308360. <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2308360>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13–27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Camarillo-Nava, V. M., López-Rojas, E., Hernández-Cid de León, S., Gutiérrez-Muñoz, C. I., Andrade-Pineda, J. E., Quiroz-Cortés, G. D., et al. (2024). Depresión, ansiedad y burnout y su asociación con ideación de deserción académica en médicos residentes. *Atención Familiar*, 25(2), 92–101. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.287953>

- Castillo-Angeles, M., Calvillo-Ortiz, R., Acosta, D., Watkins, A. A., Evenson, A., Atkins, K. M., et al. (2019). Mistreatment and the learning environment: A mixed methods approach to assess knowledge and raise awareness amongst residents. *Journal of Surgical Education*, 76(2), 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.07.019>
- Castro Apodaca, F. J., et al. (2025). Prevalencia y caracterización del síndrome de burnout en residentes de ginecología y obstetricia en un hospital de tercer nivel, Culiacán, Sinaloa. *Ginecología y Obstetricia de México*, 93(1), 24–30. <https://doi.org/10.24245/gom.93i1.19>
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000, August 11). General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the ICESCR). United Nations. <https://www.refworld.org/es/publisher%2CCESCR%2CGENERAL%2C%2C47ebcc492%2C0.html>
- Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2011). Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA*, 305(19), 2009–2010. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.652>
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., et al. (2017). Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. National Academy of Medicine. <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care>
- Hu, Y. Y., Ellis, R. J., Hewitt, D. B., Yang, A. D., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T., et al. (2019). Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *The New England Journal of Medicine*, 381(18), 1741–1752. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1903759>
- Jácome, S. J., Villaquiran-Hurtado, A., García, C. P., & Duque, I. L. (2019). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médicas. *Revista Cuidarte*, 10(1), e543. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.543>
- Marrugo Martínez, M. A., Falconi Calderón, E. J., Durango Benavides, G. V., Montero Pinos, M. B., & Granja Mendoza, A. S. (2025). Estigma y discriminación en la salud mental: Artículo de revisión. *Ocronos Revista Médica y de Salud*, 8(7), 345. <https://doi.org/10.58842/ERGV6419>

- Naji, L., Singh, B., Shah, A., et al. (2021). Global prevalence of burnout among postgraduate medical trainees: A systematic review and meta-regression. *CMAJ Open*, 9(1), E189–E200. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200068>
- Ochoa Ávila, E., Mercado Ibarra, S. M., Ocampo Verduzco, J. C., & Hernández Mercado, K. M. (2024). Promoción de la salud mental en estudiantes de medicina en América Latina: ¿Un derecho? *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, (17), 1–14. <https://doi.org/10.25965/trahs.5827>
- Office of the High Commissioner for Human Rights, & World Health Organization. (2023, October 9). Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>
- Ovejas-López, A., Izquierdo, F., Rodríguez-Barragán, M., et al. (2020). Burnout y malestar psicológico en los residentes de medicina familiar y comunitaria. *Atención Primaria*, 52(9), 608–616. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.014>
- Pérez-García, E., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., et al. (2021). Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 469–478. <https://doi.org/10.1111/inm.12807>
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., et al. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 316(25), 2214–2223. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., et al. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Sen, S., Kranzler, H. R., Krystal, J. H., et al. (2010). A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 557–565. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.41>
- Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V., & Arreola-Rocha, J. J. (2016). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 242–248. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/301

- Thomas, L. R., Ripp, J., & West, C. P. (2018). Charter on physician well-being. *JAMA*, 319(15), 1541–1542. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1331>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2024). What you need to know about health education: Health and education—Mental health and wellbeing. <https://www.unesco.org/en/health-education/need-know>
- Valero-Vidal, M., Rivera-Chávez, M. J., Magder, S., et al. (2019). Incidencia del síndrome de burnout en residentes de terapia intensiva en hospitales de tercer nivel: Estudio multicéntrico internacional (INCIBUS). *Medicina Crítica*, 33(5), 238–244. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000500238
- van Vendeloo, S. N., Godderis, L., Brand, P. L. P., Verheyen, C. C. P. M., Rowell, S. A., & Hoekstra, H. (2018a). Resident burnout: Evaluating the role of the learning environment. *BMC Medical Education*, 18, 54. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1166-6>
- van Vendeloo, S. N., Prins, D. J., Verheyen, C. C. P. M., Prins, J. T., van den Heijkant, F., van der Heijden, F. M. M. A., et al. (2018b). The learning environment and resident burnout: A national study. *Perspectives on Medical Education*, 7(2), 120–125. <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0405-1>
- Vázquez Martínez, F. D. (2022). Ética docente-asistencial. *Medicina y Ética*, 33(2), 441–471. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.04>
<https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/1263>
- Vázquez Martínez, F. D., Mendoza González, M. F., Luzania Valerio, M. S., Ortiz Chacha, C. S., & Delgado Domínguez, C. (2023). El derecho a la educación médica en el espacio docente-asistencial. *UVserva*, (16), 67–76. <https://doi.org/10.25009/uvs.vi16.2977>
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9706), 1714–1721. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Wang, D., Lin, B., Zhang, S., Xu, W., & Liu, X. (2024). Effectiveness of an internet-based self-help acceptance and commitment therapy program on medical students' mental well-being: Follow-up randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e50664. <https://doi.org/10.2196/50664>

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

World Health Organization. (2022). Mental health: Strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2023, October 6). Mental health: Promoting and protecting human rights. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/mental-health-promoting-and-protecting-human-rights>

Zárate-Camargo, N., Marván, M. L., & Rosas-Santiago, F. J. (2024). Resiliencia, percepción de maltrato y salud mental en médicos residentes. *Horizonte Sanitario*, 23(2), 315–322. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5861>

ANEXO

Tabla S2-A. Mapa de evidencia ampliado (n=34) de estudios empíricos sobre salud mental en internado y residencia y determinantes del espacio docente-asistencial (EDA): revisión de alcance (2000–2026).

Estudio	País	Etap	Diseño / n	Instrumento(s)	Hallazgo clave	Determinante EDA	DOI/URL
Athié Gutiérrez et al., 2016	México	Interno	Transversal (n=141)	MBI; Epworth	burnout 16.3%; variación por servicio	Carga/servicio; sueño	doi:10.1016/j.riem.2016.01.020
Barbosa-Camacho et al., 2024	México	Interno	Transversal (n=311)	CBI; FCV-19S	burnout y afectación percibida del internado (COVID); diferencias por tipo hospital	Tipo de sede; crisis sanitaria	doi:10.1080/10872981.2024.2308360
Camarillo-Nava et al., 2024	México	Residencia	Transversal (n=200)	MBI; Beck; Hamilton	Depresión/ansiedad/burnout, asociadas a ideación de deserción	Permanencia formativa	doi:10.22201/fm.14058871p.2024.287953
Zárate-Camargo et al., 2024	México	Residencia	Transversal (n=147)	DASS-21; resiliencia; maltrato (autores)	Maltrato percibido asociado a peor salud mental y menor	Maltrato/jerarquía	doi:10.19136/hs.a23n2.5861

					satisfacción		
Castro Apodaca et al., 2025	México	Residencia (ginecología y obstetricia)	Transversal (n=35)	MBI-HSS	Distribución por niveles y subescalas	Especialidad / servicio	doi:10.24245/gom.93i1.19
Martínez-García et al., 2022	México	Residencia	Transversal	NR	Depresión/ansiedad durante COVID y factores asociados	Crisis/organización	doi:10.29262/ram.v69i1.903
Zhou et al., 2023	México	Residencia	Observacional	NR	Depresión/ansiedad/burnout a 1 año de residencia	Transición residencia	doi:10.35366/110256
Jácome et al., 2019	Colombia	Residencia	Observacional	NR	Prevalencia de burnout en residentes	Condiciones de trabajo	doi:10.15649/cuidarte.v10i1.543
Ovejas-López et al., 2020	España	Residencia (MFyC)	Observacional	NR	burnout y malestar psicológico en residentes	Carga/organización	doi:10.1016/j.aprim.2020.02.014
Li et al., 2024	China	Residencia	Análisis de redes	NR	Interrelaciones estrés–burnout–ansiedad – depresión–calidad de vida–suicidabilidad	Complejidad del entorno	doi:10.1080/07853890.2024.2433030
Llera & Durante, 2014	Argentina	Residencia	Transversal	PHEEM; MBI	Mejor ambiente educativo se correlaciona con menor burnout	Autonomía/soporte/enseñanza	PubMed:24566775; PDF: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a03e.pdf
van Vendeloo et al., 2018 (BMC Med Educ)	Bélgica	Residencia	Transversal	D-RECT; MBI (UBOS-C)	Ambiente de aprendizaje protector frente a burnout	Supervisión/acompañamiento/evaluación	doi:10.1186/s12909-018-1166-6
van Vendeloo et al., 2018 (Perspect Med Educ)	Países Bajos	Residencia	Nacional	SPEED; burnout	Un mejor entorno de aprendizaje se asoció inversamente con	Dominios del entorno de aprendizaje	doi:10.1007/s40037-018-0405-1

					el burnout (aOR).		
de Mélo Silva Júnior et al., 2022	Brasil	Residencia	Nacional	PHQ-4; MBI-abreviado; Epworth	Depresión/ansiedad/burnout asociados a factores individuales y del programa	Jornadas/apoyo/estructura programa	doi:10.1186/s12888-022-03916-0
Chew et al., 2019	Singapur	Residencia (Psiquiatría)	Transversal	OLBI; PHEEM	burnout asociado a peor ambiente de aprendizaje	Entorno de aprendizaje (autonomía/enseñanza/suporte)	doi:10.1136/bmjopen-2019-030619
Chew et al., 2022	Singapur	Residencia (Psiquiatría)	Longitudinal	Burnout; subdominios del entorno de aprendizaje	burnout predice peor percepción del entorno de aprendizaje en el tiempo	Entorno de aprendizaje (subdominios)	https://bmjopen.bmj.com/content/12/9/e060148
Sum et al., 2019	Singapur	Residencia (Psiquiatría)	Cohorte	PHEEM; PSS; OLBI	El entorno de aprendizaje media la relación estrés→burnout	Autonomía/enseñanza/suporte	PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6697290/
Cheng et al., 2020	EE.UU.	Residencia	Transversal (n=105)	MBI; maltrato	El maltrato se asoció con burnout (OR = 7.6) y con síntomas de ansiedad y depresión.	Maltrato	PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8368104/
Hu et al., 2019	EE.UU.	Residencia (Cirugía)	Nacional (n≈7400)	MBI modificado; ideación suicida	maltrato frecuente y asociado a burnout e ideación suicida	Discriminación/abuso	doi:10.1056/NEJMsa1903759
De la Cerdas-Vargas et al., 2021	LatAm	Residencia (Neurocirugía)	Transversal	Burnout + abuso/maltrato	burnout y maltrato durante COVID-19 en residentes LatAm	Abuso/maltrato	PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8574080/

Castillo-Angel et al., 2019	EE.UU.	Residencia	Mixto	Intervención + encuesta	Programa de sensibilización sobre maltrato/entorno de aprendizaje	Normas/entorno de aprendizaje	doi:10.1016/j.jsurg.2018.07.019
Sen et al., 2010	EE.UU.	Interno	Cohorte prospectiva	NR	Incremento de depresión durante internado	Carga/estrés del rol	doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.41
Øhrstrøm et al., 2026	NR	Residencia	ECA/ensayo	WHO-5	Participación 297 médicos jóvenes (tasa de respuesta: 38%). Entre 66% y 79% valoró positivamente la inducción y la supervisión; se identificaron áreas susceptibles de mejora en el entorno formativo.	Supervisión	doi:10.61409/A05250361
Saeed et al., 2026	NR	Residencia	Transversal	DASS-21	La prevalencia de depresión, ansiedad y estrés fue de 69.3%, 63.2% y 64.6%, respectivamente; se identificaron factores sociodemográficos y de carga laboral asociados.	Carga de trabajo	doi:10.1177/00207640251411971
Al Houqani	NR	Residencia/Interno	Transversal	OLBI	De 1,618 residentes se	Supervisión	doi:10.1186/s12909-026-08857-w

et al., 2026					internos invitados, 653 participaron (40.4%). Se identificó una elevada frecuencia de burnout y asociaciones con factores del entorno clínico de aprendizaje.		
Aljuhani et al., 2026	NR	Residencia/Internado	Transversal	PHQ-4	La elevada carga de trabajo, el estrés psicológico y los horarios irregulares de sueño durante la residencia se asociaron con resultados desfavorables de salud mental.	Carga de trabajo	doi:10.7759/cureus.104447
Patel et al., 2026	NR	Residencia	Cohorte	MBI	Cuarenta y nueve residentes respondieron la encuesta y 25 participaron en grupos focales. Se observó una prevalencia elevada de burnout y factores relacionados con el	Clima educativo / entorno de aprendizaje	doi:10.34197/ats-scholar.2025-0008OC

					entorno formativo		
Elliott et al., 2026	NR	Reside ncia/Int ernado	Encuesta (n=545)	OLBI	822 cuestiona rios recibidos y 545 incluidos en un subanálisis	Carga de trabajo	doi:10.1016/j.radi.202 6.103396
Castellini et al., 2026	NR	Reside ncia/Int ernado	Cohorte	MBI	Mayores niveles de burnout se asociaron con apego inseguro, desregul ación emociona l y estrategi as de afrontami ento desadapt ativas.	Supervisión	doi:10.1192/bjp.2026. 10582
Tokeshi et al., 2025	NR	Reside ncia	Longitudin al	MBI	Los puntajes de ansiedad y depresió n variaron significati vamente; se observó disminuci ón del logro personal y presencia de hostigami ento durante el seguimie nto.	Maltrato/ hostigamient o/ discriminació n	doi:10.47626/1516- 4446-2024-3579
Boyle et al., 2025	NR	Reside ncia	Transversa l	MBI	De 509 participan tes, 409 (80%) presentar on burnout elevado en al menos una dimensió	Carga de trabajo	doi:10.1136/bmjopen- 2024-089034

					n; 163 (32%) en una dimensión y 111 (22%) en dos.		
Leep Hunderfund et al., 2025	NR	Residencia	Encuesta	MBI	De 2,257 personas en formación invitadas, respondieron 1,261 (56%). Un mayor sentido de pertenencia se vinculó con mejores condiciones del entorno educativo.	Clima educativo/ entorno de aprendizaje	doi:10.1097/ACM.0000000005892
Alhenaidi et al., 2025	NR	Residencia	Transversal	PHEEM	Se incluyeron 184 residentes. Los puntajes medios de autonomía, percepción de la enseñanza y apoyo social mostraron áreas de oportunidad en el entorno educativo.	Clima educativo / entorno de aprendizaje	doi:10.1186/s12909-025-07030-z
Tieleman et al., s/f (ERIC)	EAU (Dubai)	Residencia/Internado	Cuantitativo (según ERIC)	Burnout + entorno clínico de aprendizaje	Correlación burnout–percepción de entorno clínico de aprendizaje en personal en formación (Dubai)	Clima educativo / entorno de aprendizaje	Registro ERIC (sin DOI/URL en export)

Nota. La tabla presenta los estudios empíricos incluidos en el mapa ampliado de evidencia de la revisión de alcance. La selección comprende investigaciones realizadas en internado, residencia o

poblaciones mixtas de personal médico en formación que evaluaron desenlaces de salud mental, bienestar o burnout, así como determinantes del espacio docente-asistencial. Los hallazgos corresponden a síntesis narrativas de los resultados principales reportados por cada estudio y no constituyen estimaciones directamente comparables, debido a la heterogeneidad de diseños, poblaciones, instrumentos, puntos de corte y contextos institucionales. Los componentes consignados como “determinante EDA” representan la dimensión predominante del entorno formativo analizada en cada estudio y no implican causalidad demostrada. NR indica información no reportada o no recuperable en la fuente consultada; $n \approx$ indica tamaño muestral aproximado. Cuando no se identificó DOI, se proporciona el enlace de PubMed Central, el PDF disponible o el registro bibliográfico correspondiente.

Abreviaturas: aOR, razón de momios ajustada; CBI, Copenhagen Burnout Inventory; DASS-21, Depression Anxiety Stress Scales–21; DOI, identificador de objeto digital; D-RECT, Dutch Residency Educational Climate Test; EAU, Emiratos Árabes Unidos; ECA, ensayo clínico aleatorizado; EDA, espacio docente-asistencial; FCV-19S, Fear of COVID-19 Scale; Gine/Ob, ginecología y obstetricia; LatAm, América Latina; MBI, Maslach Burnout Inventory; MBI-HSS, Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey; MFyC, medicina familiar y comunitaria; NR, no reportado; OLBI, Oldenburg Burnout Inventory; OR, razón de momios; PHEEM, Postgraduate Hospital Educational Environment Measure; PHQ-4, Patient Health Questionnaire–4; PMC, PubMed Central; PSS, Perceived Stress Scale; SPEED, Scan of Postgraduate Educational Environment Domains; UBOS-C, versión neerlandesa del MBI para profesiones de contacto; WHO-5, World Health Organization–Five Well-Being Index.

RASGOS COINCIDENTES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES QUE PADECEN MIGRAÑA

COMMON PERSONALITY TRAITS IN ADOLESCENTS WITH MIGRAINE

Sergio Javier Leyva Barajas

<https://orcid.org/0009-0005-5948-8754> 

sergio.leyva@umich.mx

Morelia, Michoacán, México

María de los Ángeles Orduña

<https://orcid.org/0009-0005-8526-9723> 

de.orduna@umich.mx

Morelia, Michoacán, México

Resumen

Las causas que pueden provocar un ataque de migraña pueden ser variadas. La mayoría de las investigaciones sobre migraña fijan su objetivo en el descubrimiento y comercialización de nuevos fármacos para controlar los síntomas, dejando atrás el origen de esta, o su posible cura. La migraña se presenta en cualquier grupo de edad, no obstante, los adolescentes son un grupo especialmente vulnerable debido a que se encuentran en la etapa de la vida en que se producen múltiples alteraciones físicas, cognitivas y psicosociales. La presente investigación se centra en adolescentes diagnosticados con migraña, con el objetivo de identificar rasgos de personalidad y características del entorno familiar asociados a este padecimiento. Se empleó un enfoque aplicado, descriptivo, no experimental y multimetódico, utilizando el MMPI-A, entrevistas y observación. La muestra fue no probabilística por conveniencia de sujetos tipo, y estuvo conformada por once adolescentes diagnosticados con migraña. Los resultados arrojaron que el 64% de los adolescentes presentó rasgos histéricos de personalidad, un 45% obtuvo puntuaciones elevadas en la escala de desviación psicopática, y el 36% manifestó síntomas depresivos, incluyendo preocupaciones somáticas. Asimismo, se identificó que el entorno familiar suele ser rígido y demandante, lo que puede contribuir al desarrollo de estrés y ansiedad. Se concluye que, aunque no se establece causalidad directa, existe una relación importante entre factores psicológicos y migraña en adolescentes. Por ello, se propone complementar el tratamiento farmacológico con intervenciones psicoterapéuticas para mejorar el manejo del estrés y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Migraña, adolescentes, personalidad.

Abstract

The causes of a migraine attack can be varied. Most migraine research focuses on the discovery and marketing of new drugs to control symptoms, neglecting the underlying causes or potential cures. Migraines can occur in any age group; however, adolescents are particularly vulnerable because they are in a stage of life marked by multiple physical, cognitive, and psychosocial changes. This research focuses on adolescents diagnosed with migraines, aiming to identify personality traits and family environment characteristics associated with this condition. An applied, descriptive, non-experimental, and multi-method approach was used, employing the MMPI-A, interviews, and

observation. The sample was non-probabilistic, selected for convenience, and consisted of eleven adolescents diagnosed with migraines. The results showed that 64% of the adolescents exhibited hysterical personality traits, 45% scored high on the psychopathic deviation scale, and 36% displayed depressive symptoms, including somatic concerns. Furthermore, it was identified that the family environment is often rigid and demanding, which can contribute to the development of stress and anxiety. It is concluded that, although direct causality is not established, there is a significant relationship between psychological factors and migraines in adolescents. Therefore, it is proposed that pharmacological treatment be complemented with psychotherapeutic interventions to improve stress management and the quality of life of these patients.

Keywords: Migraine, adolescents, personality.

INTRODUCCIÓN

Se puede afirmar que el dolor de cabeza ha acompañado al hombre desde sus orígenes. En la antigüedad y mucho antes del invento de la escritura, ya se realizaban técnicas rudimentarias, como perforar el cráneo, en busca de alivio. Civilizaciones que desarrollaron la escritura, dejaron plasmados los primeros escritos sobre dolores de cabeza, los más antiguos provienen del Egipto de los faraones y las pirámides, y versan sobre dolores punzantes de cabeza cuyo tratamiento era la colocación de trapos fuertemente amarrados alrededor de las sienes con algún fetiche de barro. Hipócrates describió en sus manuscritos “una luz brillante, normalmente en el ojo derecho, seguida de un violento dolor que se originaba en la zona temporal y terminaba abarcando toda el área de la cabeza y cuello”; en esa época se tenía la creencia de que el dolor punzante (migraña) se originaba por vapores que subían desde el estómago hasta la cabeza, y que al vomitar el enfermo podía aliviar en parte su molestia.

En siglos más recientes, la historia de la cefalea (dolor de cabeza) no cambia mucho, en el siglo XVIII todavía se creía que la migraña se originaba por trastornos estomacales o del útero de las mujeres. Desde entonces y hasta el siglo pasado, diferentes investigadores desarrollaron teorías del origen de la migraña, algunas que se acercaron al problema como las teorías de la vasodilatación, y otras un tanto más descabelladas como la que atribuía el origen de la migraña a reumas musculares en el cuero cabelludo.

Durante la prolongada lucha de la humanidad para comprender y controlar las cefaleas, y especialmente la migraña, se le han imputado diversas causas a su origen, así como creado un sinfín de remedios como tratamientos de centrifugación para impulsar el flujo de sangre de la cabeza a los pies, cataplasmas de miel y opio en las sienes, ingesta de nitroglicerina y cáñamo indio (marihuana), hasta el uso del hongo del centeno del cual posteriormente se aisló una sustancia que actualmente se conoce como ergotamina y que hasta la fecha se utiliza en la producción de medicamentos contra la migraña.

La migraña se caracteriza por dolores punzantes predominantemente en un lado de la cabeza que suelen ser de moderados a intensos; a veces ocurre un aviso previo a su manifestación (aura), como la aparición de luces, la pérdida de visión en alguna parte del campo visual, o sensaciones extrañas en alguna parte de la cara o las extremidades. Estos indicios no suelen durar más de una hora y después comienza propiamente el ataque de migraña que va acompañado de intolerancia a la luz (fotofobia), al ruido (sonofobia), molestia a ciertos olores, así como de náuseas o vómito; el malestar dura de tres a setenta y dos horas y desaparece de manera espontánea o con algún medicamento, cuando ello ocurre, la persona se siente cansada y con cambios de humor, afectando la calidad de vida de quien la padece.

La causa de la migraña no se conoce. Los expertos opinan que la migraña es una condición hereditaria que es afectada también por el medio ambiente. La razón por la cual la migraña puede ser leve en una persona y muy severa en otra no está clara. Las causas que pueden provocar un ataque de migraña en un individuo pueden ser muy variadas e incluyen estrés, cambios hormonales, ingesta de algunos alimentos y trastornos del sueño entre otros.

El tratamiento común para la migraña es a base de drogas abortivas o sintomáticas que se utilizan para controlar los ataques, sin que resuelvan el problema de raíz, por lo que existen millones de personas que las utilizan por años. La mayoría de las investigaciones sobre migraña (patrocinadas por los grandes laboratorios farmacéuticos) fijan su objetivo en el descubrimiento y comercialización de nuevos fármacos para controlar los síntomas, dejando atrás el origen de la misma, y por lo tanto su cura definitiva.

La migraña es un padecimiento más frecuente de lo que se cree, las estadísticas epidemiológicas oficiales son escasas y no son lo suficientemente veraces, debido en parte, a que muchas de las personas que la padecen no acuden al médico, prefiriendo tomar analgésicos de libre comercialización. Alrededor del 18% de la población mundial padece migraña. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera como una de las enfermedades de más impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren, encontrándose en el puesto número diecinueve de las enfermedades que causan incapacidad. En Latinoamérica la cifra es de 12% y la prevalencia es de dos mujeres por un varón. En México se le considera un problema de salud pública ya que tiene un considerable efecto incapacitante en el ámbito laboral y escolar, afectando la productividad de las personas y repercutiendo en el aspecto económico de la nación. Este padecimiento afecta al 12.6% de la población femenina en México y al 6.4% de la masculina.

La migraña inicia desde edades muy tempranas, inclusive, hay infantes que tienen episodios desde que cursan el preescolar, aunque el mayor número de personas afectadas se ubica entre los 14 y los 40 años. En mujeres jóvenes, la mayor incidencia ocurre entre los 14 y los 19 años. En general, el sexo femenino suele estar más afectado que el masculino. Aunque la migraña se puede presentar en cualquier grupo de edad, los adolescentes son un grupo muy vulnerable debido a que se encuentran en la etapa de la vida en que se producen múltiples alteraciones físicas, cognoscitivas y psicosociales. Debido a este crecimiento personal en todas dimensiones, algunos jóvenes enfrentan serios problemas para manejar tantos y tan repentinos cambios en sus vidas.

Los cambios fisiológicos a los que se enfrenta el adolescente son en primera instancia la pubertad y los cambios hormonales propios de este ciclo de vida. Además, el joven puede enfrentarse a problemas más complejos como consumo inmoderado de alcohol y drogas, inicio precoz de relaciones sexuales y enfermedades de transmisión sexual, así como en muchos casos, severos trastornos de alimentación debido a la sensibilidad que desarrolla en cuanto a su apariencia física, en base a patrones y modas sociales. En lo que respecta al desarrollo psicosocial, el adolescente se enfrenta a un largo proceso de crecimiento y maduración en el que debe adquirir la capacidad de lograr una identidad personal para encontrar un sentido coherente de su existencia, adquirir la capacidad para relacionarse maduramente, adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal, de manera que se forme un sistema propio de valores; debe lograr la independencia psicológica para poder tomar decisiones por sí mismo sin depender de los demás, asumiendo el rol de persona adulta, y en muchos casos, debe lograr la independencia económica de su familia. Dentro de todas estas crisis variadas e intensas a las que el adolescente se tiene que enfrentar, no es raro que expresen su desadaptación con angustia, tensión, inquietud, síntomas depresivos menores, expresiones fisiológicas de los estados afectivos, y en algunos casos, trastornos de la personalidad. Los teóricos cognoscitivos-sociales de la personalidad aseveran que la manera en que una persona se percibe así misma y a su entorno, determina la manera en que responde con emociones y comportamientos. Al estar la personalidad vinculada a la manera en que un

adolescente percibe lo que lo rodea y al desarrollo de emociones y conductas, también juega un papel determinante en su estado de salud.

Algunas investigaciones afirman que los dolores de migraña en los adolescentes son causados mayormente por las preocupaciones relacionadas a la escuela y los cambios en el patrón de sueño entre otros factores. Una investigación realizada en Taiwán afirma que las migrañas que se padecen durante la adolescencia suelen dejarse atrás al llegar a la adultez ocurriendo en el 88% de los casos, aunque el 12% restante suele convivir con la molestia durante muchos años.

El Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos” es el único hospital pediátrico que existe en el estado de Michoacán que atiende a la población abierta (sin estar dados de alta en la seguridad social); su área de influencia comprende la totalidad de la población infantil del estado de Michoacán, así como poblaciones colindantes de Guerrero, Guanajuato, Estado de México y Jalisco. En la consulta externa de neurología pediátrica se tratan entre otros muchos trastornos neurológicos, los casos de migraña en niños y adolescentes que acuden a la Institución en busca de ayuda. En el transcurso de dos años acudieron un total de 38 adolescentes (de entre 13 y 18 años cumplidos de edad cronológica) con este padecimiento. El tratamiento que actualmente se les establece es a base de medicamentos que disminuyen y controlan la sintomatología.

Tanto en la anamnesis como a la simple observación de conductas de estos pacientes, se percibieron rasgos de personalidad consistentes en excesiva meticulosidad y perfeccionamiento en la realización de las tareas que se les asignan, sobre todo en el ámbito escolar. Así mismo, al realizar la entrevista clínica a los padres o tutores de estos pacientes, se distinguieron características similares en su entorno familiar consistentes en estilos de crianza rígidos y/o en extremo convencionales.

En la presente investigación se buscó evaluar la personalidad de una muestra no probabilística, por conveniencia, de sujetos tipo que padecen migraña y que han asistido a la consulta externa de neurología del Hospital Infantil de Morelia en un período de dos años, con la finalidad de buscar rasgos coincidentes que permitan establecer un perfil psicológico común. Así mismo, se pretendió conocer las características del entorno familiar de estos pacientes, así como la manera en que estos jóvenes perciben, evalúan y hacen frente a los estresores de su entorno (ámbito familiar, escolar e interpersonal).

El impacto de encontrar coincidencias en el perfil psicológico de los adolescentes con diagnóstico de migraña radica en enfatizar la importancia del aspecto psicológico en el origen del padecimiento y/o en el desencadenamiento de los ataques, y con esto, estar en condiciones de ofrecer un tratamiento psicoterapéutico asertivo que coadyuve con su tratamiento medicamentoso.

MARCO TEÓRICO

REVISIÓN DE LAS CEFALÉAS.

Aspectos históricos de la cefalea.

Se puede afirmar que el dolor de cabeza (cefalea) ha acompañado al hombre desde el origen de la civilización. Silberstein y coautores (2005) describen como en restos humanos que datan del neolítico (7000-3000 a.C.) existe evidencia de la realización de trepanaciones, una práctica en la cual se perforaba el cráneo (figura 1.1).



Figura 1.1 Cráneo trepanado de aproximadamente 3,000 años de antigüedad. Este individuo sobrevivió lo suficiente para generar nuevo hueso en el margen del agujero trepanado. (Tomado del Atlas de la Cefalea, 2005).

En un principio se creía que estas trepanaciones se realizaban como parte de rituales teológicos, pero evidencias más recientes sugieren que se llevaban a cabo por motivos médicos.

Otro indicio de esta práctica se encontró en herramientas antiguas del Perú precolombino (figura 1.2). En la actualidad algunas tribus africanas todavía siguen practicando la trepanación sin aplicar ningún tipo de anestesia, se realiza principalmente para liberar al paciente del dolor o para eliminar una línea de fractura tras sufrir una herida en la cabeza.

Las civilizaciones que desarrollaron la escritura dejaron plasmados los primeros escritos sobre dolores de cabeza. Papiros del antiguo Egipto (1200 a.C.) describen la migraña, la neuralgia y los dolores punzantes de cabeza cuyo tratamiento era la colocación de una venda fuertemente amarrada alrededor de las sienes con un cocodrilo de barro (figura 1.3). Es posible que con la presión en las sienes y lo frío del barro hubiera algún alivio momentáneo en el doliente (Silberstein y coautores, 2005).



Figura 1.2 Tumi utilizado como trepanador del Perú precolombino. Nótese las instrucciones de uso en el extremo del mango. (Tomado del Atlas de la Cefalea, 2005).



Figura 1.3 Dibujo que representa la prescripción médica para la migraña. (Tomado del Atlas de la Cefalea, 2005).

Hipócrates (470-410 a. C.) describió una luz brillante, normalmente en el ojo derecho, seguida de un violento dolor que se originaba en la zona temporal y terminaba abarcando toda el área de la cabeza y del cuello, creyó que esta cefalea se podía mitigar realizando ejercicio o el acto sexual, que la migraña procedía de vapores que ascendían a la cabeza desde el estómago y que vomitando

se podía aliviar parcialmente el dolor. Celso (215-300 d. C.) sostenía que beber vino, las malas digestiones, el frío o el calor del fuego o del sol podían desencadenar la migraña.

Galeno (200 d. C.) introdujo el término “migraña” que deriva del griego hemicrania, él creyó erróneamente que estaba causada por vapores ascendentes, tanto en exceso como demasiado calientes o fríos, sin embargo, gracias a sus claras descripciones, Areteo de Capadocia (siglo II d. C.) se hizo acreedor al título de “descubridor de la migraña”. (Silberstein y coautores, 2005).

En la edad media, ilustraciones como las de la abadesa Hildegard von Bingen (1098-1180) sugieren imágenes de aura visual, ésta sostenía que nadie que sufriera dolores de cabeza como los de ella podría permanecer de pie (figura 1.4).



Figura 1.4 Ilustraciones del manuscrito *Scivias* de Hildegard von Bingen (ca. 1165–1175). Algunos autores han sugerido que los patrones luminosos, figuras centelleantes y formas geométricas representadas en estas visiones podrían corresponder a fenómenos visuales de aura migrañosa. Tomado de Foxhall, K. (2014).

En los siglos subsecuentes no se aportaron cambios sustanciales a las teorías sobre la migraña (Palacios, 2004).

Fue hasta 1683, cuando Thomas Willis describió el caso de una mujer aquejada de una cefalea migrañosa, periódica, severa, precedida de pródromos y asociada a vómitos.

El primero en distinguir la migraña de la cefalea común fue Tissot en 1783, quien la describió como una neuralgia supraorbital, provocada por reflejos del estómago, de la vesícula biliar o del útero. Para esta época y de acuerdo con las clasificaciones actuales, se podría decir que ya estaban descritas las migrañas con y sin aura, la migraña basilar, la neuralgia del trigémino, y varios tipos de cefaleas secundarias. A lo largo del siglo siguiente, DuBois, Mollendorf y posteriormente Eulenburg, propusieron diversas teorías vasculares sobre la migraña (Silberstein y coautores, 2005).

En 1873 Liveing redactó su primera monografía sobre migraña, la cual dio origen a la teoría neural, atribuyó la enfermedad a alteraciones del sistema nervioso autónomo, a las que bautizó como “tormentas nerviosas”.

Por su parte, William Gowers en 1888 publicó un libro de texto de neurología donde destacó la importancia de mantener un estilo de vida saludable y defendió el uso de una solución de nitroglicerina (1% en alcohol) combinada con otros agentes para el tratamiento de las cefaleas; este autor fue también famoso por recomendar el cáñamo indio (marihuana) para el alivio de la cefalea (Silberstein y coautores, 2005).

En 1912 Edward Flatau publicó su libro “Die Migrane”, con la más completa descripción sobre migraña para su época, sin embargo, sus medidas terapéuticas fueron temerarias al recomendar la aplicación de arsénico por vía subcutánea. El primero en aislar alcaloide puro de cornezuelo (ergotamina) fue Stoll en 1918, lo usó inicialmente en obstetricia y ginecología. Hasta 1925 Rothlin tuvo éxito con un caso de migraña severa e intratable al administrar una inyección subcutánea de tartrato de ergotamina.

En 1937 John Graham y Harold Wolff demostraron el efecto vasoconstrictor de la ergotamina en arterias temporales dilatadas durante una crisis de migraña. Esto marco el inicio de una era de ensayos farmacológicos controlados. Wolff fue el inspirador de otros investigadores que formaron

el comité “ad hoc” y que en 1956 publicaron la primera clasificación de las cefaleas, que aunque contenía elementos útiles, generó más confusión que utilidad por sus definiciones demasiado amplias (Palacios, 2004).

La Sociedad Internacional de Cefaleas se creó en 1983, y en 1985 formó un comité de clasificación formado por más de 100 expertos, que, tras tres años de exhaustivo trabajo, publicó en 1988 un extenso documento titulado “Clasificación de las cefaleas, neuralgias craneanas y dolor facial”, que fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud.

Clasificación de las cefaleas.

La Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS por sus siglas en inglés) publicó la primera clasificación de las cefaleas en 1988, la cual recibió el apoyo generalizado de la comunidad médica internacional, así como de la OMS.

La segunda edición se publicó en el año 2004, la cual tiene fundamentos en las investigaciones realizadas mediante estudios epidemiológicos, descriptivos, genéticos, cohortes longitudinales, fisiopatología, neuroimagen y resultados de tratamientos, resultando más compleja pero mucho más completa.

Esta nueva clasificación permite considerar la división de las cefaleas en tres grandes grupos:

I) Cefaleas Primarias: en las que se encuentran contenidas la migraña, la cefalea tipo tensional, la cefalea en racimos y otras cefaleas (cefalea por ejercicio, hípica, thunderclap, entre otras).

II) Cefaleas Secundarias: contiene a la cefalea postraumática, la cefalea atribuida a enfermedad vascular cerebral, la cefalea atribuida a enfermedad intracraneal no vascular (tumor cerebral), la cefalea atribuida a sustancias o a suspensión brusca, la cefalea atribuida a infecciones, cefalea atribuida a desórdenes de la homeostasis, cefalea o dolor facial atribuido a enfermedades de cráneo, cuello, ojos, oído, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales, y la cefalea atribuida a enfermedades psiquiátricas.

Y el grupo III) Neuralgias craneales: que contiene las causas centrales de dolor facial central y otras cefaleas.

En el caso de las cefaleas primarias como la migraña, la cefalea y cualquier característica asociada a ésta, son en sí mismo la enfermedad. En cambio, las cefaleas secundarias son el síntoma de otras enfermedades (HCCIHS, 2024).

MIGRAÑA.

Concepto.

La migraña es un dolor de cabeza pulsátil de intensidad entre moderada y severa que puede durar desde dos horas hasta dos o tres días, usualmente empeora con cualquier movimiento o actividad, así como con la exposición a luces o ruidos fuertes. La migraña debe ser entendida como un trastorno primario del cerebro. Es una forma de cefalea neurovascular episódica en la cual los eventos neuronales dan como resultado dolor.

La migraña no es causada por un solo factor, por lo que hay diferentes tipos de migraña, diferente genética, diferentes caminos en los cuales los síntomas se desarrollan y, por lo tanto, tienen una variedad de recursos para el dolor; todo esto resultando en una manifestación final (Vélez y Rayo, 2009).

Nappi y Rossi (2004) describen la migraña como un iceberg (figura 1.5), la punta de la estructura representa los aspectos percibidos tanto por el paciente como por el médico, es decir, la expresión clínica (principalmente signos y síntomas del ataque); mientras que la parte debajo de la superficie denota los múltiples aspectos de la migraña que todavía son desconocidos.

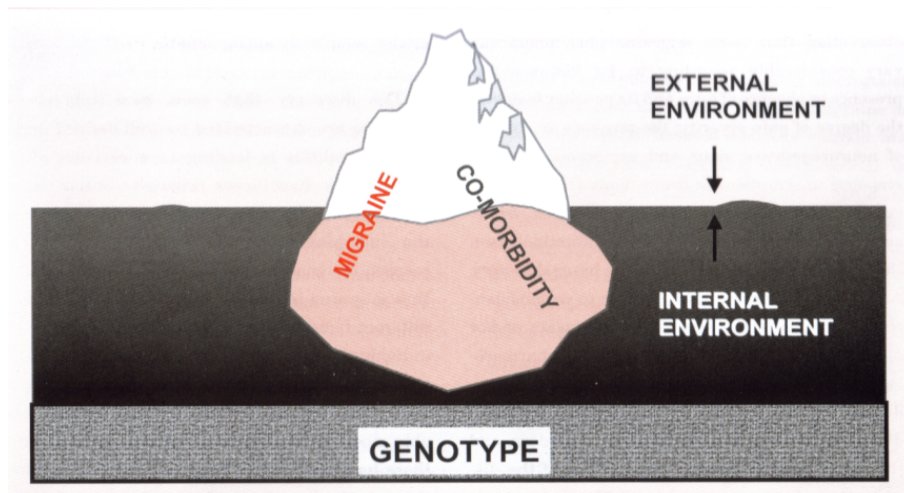


Figura 1.5 Representación esquemática del concepto de migraña. La punta del iceberg se compone de los fenómenos clínicos, mientras que la parte debajo de la superficie incluye aspectos subclínicos. Se ilustra el papel que juega el entorno externo e interno, y del genotipo. (Tomado del libro: "Migraine Current Concepts", 2004).

Clasificación de la migraña.

De acuerdo con los criterios de la segunda clasificación de la Sociedad Internacional de las Cefaleas, la migraña se clasifica de la siguiente forma:

- I) Migraña sin aura.
- II) Migraña con aura; que contiene a la cefalea tipo migrañosa con aura típica, la Cefalea tipo migrañosa sin aura típica, la cefalea sin aura típica, la migraña hemipléjica familiar (MHF), la migraña hemipléjica esporádica y la migraña tipo basilar.
- III) Síndromes periódicos en la infancia que comúnmente son precursores de migraña; que contiene el vómito cíclico, la migraña abdominal y el vértigo paroxístico de la niñez.
- IV) Migraña retiniana.
- V) Complicaciones de la migraña; que contiene a la migraña crónica, al estado migrañoso, al aura persistente sin infarto, al infarto migrañoso y a la migraña desencadenada por crisis.
- VI) Probable migraña; que contiene la probable migraña con aura, la probable migraña sin aura y la probable migraña crónica.

Según esta clasificación y sus criterios diagnósticos, para diagnosticar las migrañas deben presentarse unas determinadas características clínicas y debe excluirse la enfermedad orgánica.

Diagnóstico de la migraña.

Vélez y Rayo (2009) señalan que el complejo sintomático de la migraña puede manifestarse de manera independiente o estar asociado a trastornos psiquiátricos (depresión y ansiedad) u otras alteraciones neurológicas como la epilepsia; pero que existen tres condiciones clínicas esenciales en el diagnóstico de la migraña:

- a) Cefalea pulsátil predominantemente unilateral.
- b) Fenómenos visuales.
- c) Náusea o vómitos.

También señalan que existen diversos síntomas y fenómenos neurológicos asociados que no necesariamente se dan todos en un mismo paciente, pero que sí existe una concordancia de eventos sistematizados y repetitivos.

Para diagnosticar la migraña sin aura se necesitan al menos 5 ataques de entre 4 y 72 horas de duración, con un mínimo de 2 de las siguientes 4 características: localización unilateral, dolor pulsátil, intensidad de moderada a severa, y que se agrave con la actividad física rutinaria. Además, los ataques deben tener una de las siguientes características: náuseas y/o vómitos, fotofobia (sensación desagradable y hasta dolorosa provocada por la luz más o menos intensa) y sonofobia (sensibilidad anormal al sonido).

La migraña sin aura es la más frecuente de todas las migrañas y por su alta frecuencia es la más incapacitante. A la migraña con aura se le llamaba anteriormente migraña clásica, oftálmica, hemipléjica, afásica o complicada. El aura típica consiste en síntomas visuales y/o sensitivos o alteraciones del lenguaje, tiene un desarrollo gradual de no más de una hora con una mezcla de signos positivos y negativos completamente reversibles asociados a una cefalea que llena los criterios para la migraña sin aura.

De acuerdo con Vélez y Rayo (2009) el aura puede tener las siguientes características: síntomas visuales reversibles que incluyen características positivas (luces parpadeantes o líneas) y/o características negativas (pérdida de la visión). Síntomas sensitivos reversibles que incluyen características positivas (hormigueo o piquetes) y/o negativas (adormecimientos), así como alteraciones en el lenguaje completamente reversibles.

Silberstein y coautores (2022) reconocen cuatro fases de la migraña: pródromo (malestar que precede a una enfermedad), aura, cefalea y postdromo (resolución), las cuales pueden ocurrir por separado o en combinación con cualquier otra fase. El pródromo consiste en una serie de fenómenos premonitorios que suelen darse horas o días antes de la cefalea, e incluyen cambios mentales o del estado de ánimo como depresión, ira, euforia, rigidez de cuello, fatiga, bostezos, hambre voraz, retención de líquidos y aumento del volumen urinario.

El aura se compone de síntomas neurológicos focales que suelen preceder a la cefalea, y que no acostumbran a durar más de 60 minutos, los más comunes son las figuras en zigzag o luminosas (espectro de fortificación), escotomas (zona de ceguera parcial) y distorsiones de formas y tamaños; también pueden darse alteraciones motrices, sensoriales o del tallo cerebral.

La fase de la cefalea se caracteriza por un dolor unilateral punzante, entre moderado y severo, que se agrava por la actividad física. El dolor de la migraña va inevitablemente acompañado de otras características, en el 90% de los casos, el paciente siente náuseas, mientras que sólo un tercio llega a vomitar. En la fase de resolución, el dolor disminuye, al desaparecer el dolor de cabeza, es probable que el paciente se sienta cansado, irritable y apático, sin poder concentrarse, con hipersensibilidad en el cuero cabelludo o con cambios del estado de ánimo.

Nappi y Rossi (2004) mencionan que el diagnóstico de la migraña se hace mediante el establecimiento de la historia de los síntomas, así como de la historia familiar de dolores de cabeza similares, y que las pruebas como la tomografía computarizada y resonancia magnética son útiles para confirmar la ausencia de causas orgánicas, pero que actualmente no existe ninguna prueba para confirmar el diagnóstico de migraña.

Fisiopatología de la migraña.

La migraña se considera hasta ahora un trastorno con una función anómala pero una estructura cerebral normal. En los inicios del siglo XXI todavía se sabe muy poco de la migraña y su origen. Sin embargo, gracias a los adelantos científicos y tecnológicos, se puede describir lo que sucede cuando se está presentando un ataque de migraña.

El cerebro es un órgano sin sensibilidad que carece de inervación por fibras sensibles al dolor; sin embargo, la duramadre y los vasos sanguíneos meníngeos cuentan con abundantes fibras nerviosas sensitivas originadas a partir de la división oftálmica del nervio trigémino; éstas, junto con el núcleo trigeminal, constituyen el sistema trigeminovascular.

Silberstein y coautores (2022) describen cómo durante un ataque de migraña, estas fibras sensitivas liberan desde las terminaciones nerviosas perivasculares unos péptidos que promueven la permeabilidad, como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina o la neurocinina.

Estos péptidos promueven una respuesta inflamatoria estéril dentro de la duramadre, causan la sensibilización de las fibras nerviosas sensitivas a estímulos que antes les eran inocuos, y se manifiestan como una hipersensibilidad intracraneal aumentada e hiperalgesia (respuesta aumentada a un estímulo que normalmente provoca dolor) que empeora con la tos o con movimientos bruscos de la cabeza.

Se ha encontrado que el péptido relacionado con el gen de la calcitonina muestra concentraciones elevadas en la sangre que circula por el flujo venoso yugular durante los ataques de migraña y que regresan a los niveles normales tras administrar sumatriptán (medicamento que estimula los receptores de serotonina presinápticos que están presentes en los vasos sanguíneos, causando vasoconstricción e inhibiendo la salida de los neuropéptidos inflamatorios relacionados con el dolor) y/o aliviarse la cefalea (Silberstein y coautores, 2022).

Aunque no está claro qué es lo que origina la activación trigeminovascular, sí se sabe que ocurre de forma secundaria a un factor iniciador de los ataques de migraña. Es probable que el tallo cerebral, las estructuras corticales o una disfunción neuroquímica puedan desempeñar un importante papel en los procesos de génesis o de modulación de la migraña, o incluso en ambos.

Existen dos teorías acerca de la patología de la migraña: la teoría vasogénica y la teoría neurogénica.

Teoría vasogénica de la migraña.

La premisa que fundamenta la teoría vasogénica toma a la isquemia focal (falta de aporte adecuado de sangre arterial a los tejidos) como raíz de la migraña con aura.

Las auras se deben a la hipoperfusión secundaria a la vasoconstricción de los vasos sanguíneos que perfunden el lóbulo cortical correspondiente al síntoma del aura, ya sea visual, sensorial o motriz.

Por su parte, una vasodilatación reactiva explicaría la génesis del dolor por estimulación de las fibras sensitivas perivasculares.

Esta teoría estaría de acuerdo con la calidad punzante del dolor, con su variada localización y con el alivio del dolor producido por los agentes vasoconstrictores, como la ergotamina. (Silberstein y coautores, 2022).

Teoría Neurogénica de la migraña.

La teoría neurogénica se basa en la depresión cortical propagada descrita por Leao (1944), la cual sostiene que las alteraciones en el flujo sanguíneo se desarrollaron como consecuencia de acontecimientos neuronales.

Durante un ataque de migraña se produce una breve fase de hiperperfusión, seguida de otra relativamente prolongada de hipoperfusión, que se corresponde con la depresión propagada. Esto refleja probablemente una onda de despolarización neuronal y glial, seguida de una supresión de la actividad neuronal, de más duración.

Se ha dado credibilidad a esta teoría gracias a recientes estudios de imágenes mediante el empleo de técnicas dependientes del nivel de oxigenación sanguínea e imágenes intensificadas por perfusión durante ataques de migraña con aura, que han revelado cambios en las señales característicos de la depresión cortical propagada dentro del cerebro humano (Silberstein y coautores, 2022).

Comorbilidad.

La comorbilidad hace referencia a la coexistencia de un trastorno con otro que supera la frecuencia de la casualidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona.

De acuerdo a Silberstein y coautores (2022) enfermedades como el ictus (infartos cerebrales), la epilepsia, la depresión, la manía, la ansiedad y los trastornos de pánico son comórbidos con la migraña.

La comorbilidad tiene ciertas implicaciones para el diagnóstico de la migraña, ya que se produce una sustancial superposición de síntomas entre las enfermedades comórbidas. Tanto la epilepsia como la migraña pueden causar cefaleas y alteraciones transitorias en consecuencia.

Por su parte, un ictus puede provocar, como la migraña, signos neurológicos transitorios y cefalea. Asimismo, los síntomas prodrómicos de la migraña, como la fatiga y la irritabilidad, pueden formar parte de una depresión comórbida.

La comorbilidad influye en la terapia, puesto que tal simultaneidad puede imponer ciertas limitaciones a un tratamiento. Cuando en una persona ocurren dos enfermedades a la vez, pueden presentarse por coincidencia aparentes asociaciones, una enfermedad puede provocar la otra, o simplemente puede atribuirse a factores genéticos o medioambientales comunes; por ejemplo, un traumatismo en la cabeza es factor de riesgo de migraña y de epilepsia, de modo que puede ser causa común o parte de la relación entre ambas enfermedades.

Migraña y trastornos psiquiátricos.

Silberstein y coautores (2022) señalan que gracias a diversas investigaciones se puede afirmar que la ansiedad y los trastornos afectivos son más comunes entre los migrañosos, que la prevalencia vital de los trastornos afectivos y de ansiedad es elevada en los pacientes de migraña, y que los trastornos de personalidad se asocian con la migraña.

Estos últimos se sirvieron del Eysenck Personal Questionnaire (EPQ) que es una medida ampliamente extendida que incluye cuatro escalas: psicoticismo, extroversión, neuroticismo y mentira. Los pacientes de migraña mostraron unos resultados más altos que los controles en la escala de neuroticismo del EPQ, lo que indica que estaban más tensos, ansiosos y depresivos que el grupo control.

Las mujeres con migraña puntuaron mucho más que las mujeres control en la escala psicoticismo, lo que les atribuye una mayor hostilidad, menos sensibilidad interpersonal y desacuerdo y falta de armonía con sus parejas. La cefalea crónica diaria, especialmente la migraña crónica, es una patología altamente comórbida con la depresión, la ansiedad y el insomnio (Silberstein y coautores, 2022).

Aspectos psicológicos de la migraña.

Kolb (1992) señala que muchas de las personas que sufren de migraña provienen de familias ambiciosas y en exceso convencionales, que dan gran importancia al éxito, y en las cuales se requiere que los hijos se ciñan a pautas de conducta estrictas, que limitan la expresión directa de cualquier agresión a través de actividad física o verbal.

Si el individuo no se ciñe a las reglas, pone en peligro los lazos familiares y por lo tanto, se reprimen los sentimientos hostiles hacia los padres o hacia otras personas que hay que respetar o amar. En consecuencia y en palabras de Kolb “cualquier estímulo que desencadena ira o deseos hostiles, produce conflicto y angustia, y esta condición actúa como un factor que precipita la respuesta neurovascular fisiopatológica” (Kolb, 1992).

Desencadenantes de los ataques de migraña.

De acuerdo con Nappi y Rossi (2004) existen muchos factores que pueden desencadenar ataques de migraña, como la alteración del ciclo sueño-vigilia, la falta o el retraso de una comida, la ingesta

de medicamentos que producen inflamación de los vasos sanguíneos, el uso diario o casi diario de medicamentos diseñados para aliviar los dolores de cabeza, la exposición a luces brillantes, ver televisión, la ingesta de ciertos alimentos y el ruido excesivo. El estrés y/o la depresión subyacente son importantes factores desencadenantes que pueden ser diagnosticados y tratados adecuadamente.

McEwen realizó una evaluación de 113 investigaciones científicas sobre el estrés y sus efectos a corto y largo plazos, en base a esta, dio cuenta del desgaste que se padece durante la adaptación a las situaciones estresantes. Ante cualquier situación de estrés, interno o externo, responden el sistema nervioso central, el eje hipotalámico-hipofisario, el sistema cardiovascular, el metabólico y el inmune (Oblitas, 2022).

No se puede enumerar la cantidad de estímulos que producen estrés, ya que lo que es estresante para unos, puede no ser estresante para otros; es decir, depende de la percepción de cada individuo. En este sentido estamos expuestos a estímulos estresantes continuamente a lo largo de la vida. Los síntomas y sensaciones de tensión que se experimentan durante la respuesta que individualmente se tiene hacia el estrés son los mismos en todos los humanos, lo que es independiente en cada uno es el motivo que lo causa (Escobar, 2006).

Epidemiología e impacto socio-económico.

La migraña es un padecimiento más frecuente de lo que se cree, las estadísticas epidemiológicas oficiales son escasas y no son lo suficientemente veraces, debido en parte, a que muchas personas que la padecen no acuden al médico, prefiriendo tomar algún analgésico de los muchos que existen en el mercado. No obstante, la mayoría de los especialistas afirman que este padecimiento afecta al 12.6 por ciento de la población femenina en México y al 6.4 por ciento de la masculina. Se estima que entre un 10 y 15 por ciento de la población mexicana la sufre y se caracteriza por iniciar en etapas tempranas de la vida, como la niñez y la adolescencia (Nuñez, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la migraña como una de las enfermedades de más impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren, encontrándose entre las veinte enfermedades crónicas que más incapacitan.

Silberstein y coautores (2022) señalan que la estimación de la prevalencia de la migraña es muy variable según el país, habiéndose registrado desde un 3% hasta un 22% de prevalencia; y sugieren que tales diferencias pueden atribuirse a las distintas definiciones y metodología aplicadas. Y continúan exponiendo que, en un estudio epidemiológico danés, la prevalencia vital de la migraña se fijó en un 16% (8% en varones y 25% en mujeres), mientras que la prevalencia anual se estimó en el 10%. En la población norteamericana, la prevalencia de la migraña a 1 año resultó ser del 12% (6% en varones y 18% en mujeres). En Francia se obtuvieron los mismos datos.

Se ha estimado que esta enfermedad afecta a un 1,5% de los habitantes de Hong Kong, a un 2,5% de los de Arabia Saudita y a un 3% de los etíopes. En Japón y Malasia, los índices fueron muy parecidos a los de los países occidentales (8,4 y 9% respectivamente). Un estudio epidemiológico reciente llevado a cabo en Sudamérica mostró las siguientes prevalencias: Brasil 17% en mujeres y 8% en varones; en Argentina fue de 6% en mujeres y 4% en hombres; en Colombia 14% mujeres y 5% varones; y en Venezuela 12% mujeres y 5% hombres.

La prevalencia de la migraña depende de la edad y del sexo. Antes de la pubertad, la migraña es algo más común en varones, alcanzando los valores máximos entre los 6 y los 10 años de edad. En mujeres jóvenes, la mayor incidencia ocurre entre los 14 y los 19 años. Por norma general, el sexo femenino suele estar más afectado que el masculino, con una prevalencia vital del 12-17% y del 4-6% respectivamente.

Según el American Migraine Study, la prevalencia a 1 año de la migraña aumenta con la edad en hombres y mujeres, llegando a valores máximos entre los 35 y los 45 años y decreciendo a partir de entonces. Por otro lado, señalan que la prevalencia de la migraña es inversamente proporcional

a los ingresos del individuo, con índices superiores para los grupos de menor poder adquisitivo. La etnia y la región geográfica son factores también relevantes en la prevalencia de la migraña. Los valores más altos se registran en Estados Unidos y en Europa Occidental, y por ejemplo, la raza caucásica registra una mayor prevalencia que los americanos negros o de origen asiático. Los factores medioambientales y los genéticos influyen en gran medida a la migraña. La migraña con aura tiene una influencia genética y medioambiental mucho más marcada que la migraña sin aura (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024).

Los cambios conductuales, emocionales o incluso climatológicos pueden desencadenar la migraña, modificar la vulnerabilidad del paciente o afectar su prevalencia. Además, añaden que existe evidencia que sugiere que la incidencia de la migraña va en aumento (Silberstein y coautores, 2022). La migraña es un problema de salud pública porque afecta tanto al individuo que la padece como a la sociedad. Es un trastorno que puede durar gran parte de la vida y afecta al individuo durante sus años más productivos. La carga para el individuo la produce el impacto que los ataques producen sobre su calidad de vida, y la reducción de sus actividades familiares, sociales, laborales, escolares y recreativas. El problema para la sociedad se aprecia sensiblemente en el costo directo para el presupuesto sanitario público, e indirectamente por el abstencionismo laboral y escolar.

Tratamiento.

El tratamiento oportuno de las cefaleas primarias puede evitar complicaciones y progresión de las mismas, especialmente en el caso de la migraña crónica o cefalea por abuso de analgésicos, generando así una mejor calidad de vida para el paciente con cefaleas recurrentes e incapacitantes. Vélez y Rayo (2009) sugiere como primer paso explicar al paciente que la migraña es una enfermedad del sistema nervioso central, que ha nacido con una tendencia a tener cefaleas y que, aunque no se cura, el tratamiento oportuno, específico e individualizado mejorará la calidad de vida del paciente.

Tratamiento medicamentoso.

Según Nappi y Rossi (2004), en Estados Unidos la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado tres medicamentos para tratar la migraña para su venta libre. Excedrin (una combinación de aspirina, paracetamol y cafeína), Advil y Motrin aprobados para tratar la migraña y el dolor. El uso de agentes antiinflamatorios que son efectivos para algunas migrañas puede tener efectos secundarios gastrointestinales que limitan su uso.

Los medicamentos abortivos son más eficaces cuando se toman oportunamente en un ataque, mientras el dolor es aún leve y antes de que aumente la sensibilidad de la piel. El objetivo es el alivio completo de los síntomas asociados, para que la víctima pueda volver rápidamente a su funcionamiento normal. Algunos ataques no pueden ser eliminados por el tratamiento abortivo, pero como el paciente requiere aliviar el dolor y debido a la gravedad, se pueden requerir un analgésico narcótico.

Vélez y Rayo (2009) exponen que el tratamiento de elección dependerá de la severidad, frecuencia, síntomas asociados, respuesta previa a los analgésicos, eficacia de los medicamentos, abuso y efectos colaterales.

Tratamiento no medicamentoso.

Nappi y Rossi (2004) recomiendan, de acuerdo a los muchos factores que desencadenan los ataques de migraña como la dieta, el sueño, la actividad y los problemas psicológicos; el uso de un diario para registrar los acontecimientos que posiblemente desencadenen los dolores de cabeza.

Posterior a la identificación, las evitaciones de estos factores pueden reducir el número de ataques. De igual manera recomiendan estilos de vida saludables que incluyan ejercicio regular y dejar de fumar por lo nocivo de la nicotina.

Otras técnicas no farmacológicas para el control de la migraña que son útiles para algunos pacientes, pueden ser el biofeedback (biorretroalimentación), en el que se capacita al paciente a controlar los procesos físicos relacionados con el estrés por medio de un equipo especial que supervisa la tensión física, la medicina alternativa y el asesoramiento terapéutico como la auto-hipnosis que enseña al paciente a controlar la contracción muscular y la inflamación de los vasos sanguíneos.

Holroyd y Drew (2006) afirman que las intervenciones conductuales proporcionan una opción de tratamiento, e incluso podrían reemplazar a la farmacoterapia en algunos pacientes. Los objetivos del tratamiento conductual es aumentar el control de los dolores de cabeza por parte del paciente, reduciendo la frecuencia y gravedad de los mismos, así como reducir la discapacidad y la angustia afectiva relacionadas, limitando la dependencia de medicamentos mal tolerados o no deseados.

Tratamientos modernos.

Silberstein y coautores (2022) expresan, “nos encontramos al borde de una explosión en el conocimiento, en el diagnóstico y en el tratamiento de la migraña y otras cefaleas”, y describen cómo el enfoque moderno del tratamiento de la migraña comenzó con el desarrollo del sumatriptán por parte de Pat-Humphrey y sus colegas.

Basándose en el concepto de que la serotonina puede aliviar la cefalea, diseñaron un compuesto químico similar a dicha sustancia, pero más estable y con menos efectos secundarios. Este avance originó los ensayos clínicos modernos para el tratamiento de la migraña aguda, así como para elucidar el mecanismo de acción de los hoy llamados triptanos.

Se han desarrollado numerosos triptanos de nueva generación, entre los que se encuentran el zolmitriptán, el naratriptán, el eletriptán, el frovatriptán, el rizatriptán y el almotriptán. Sicuteri contribuyó al desarrollo de la metisergida, un antagonista de la serotonina, para el tratamiento profiláctico de la migraña y de la cefalea acuminada.

Tras un largo paréntesis, se han comenzado a investigar y desarrollar nuevos fármacos para la prevención de la migraña. En esta línea, se ha demostrado que ciertos medicamentos antiepilépticos también son eficaces contra esta enfermedad. (Silberstein y coautores, 2022).

ADOLESCENCIA

Para comenzar a hablar sobre adolescencia, es necesario establecer los límites que abarca esta etapa de la vida. La Organización Mundial de Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años de edad, considerando dos fases: la adolescencia temprana (12 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

Papalia (2023) señala inicios similares al afirmar que la etapa de la adolescencia dura aproximadamente una década, y que va desde los 11 o 12 años hasta finales de los 19 o comienzo de los 20 años.

Por otro lado, Santrock (2024) considera tres etapas en el camino hacia la madurez: la adolescencia inicial que abarca de los 12 a los 14 años, la adolescencia media de los 15 a los 17 años y la adolescencia tardía que va de los 18 a los 21 años. Desde el punto de vista psicológico, los límites cronológicos de la adolescencia se tornan más complejos debido a que la edad cronológica no juega un papel fundamental. Los aspectos cognoscitivos, de madurez emocional, de capacidad de independencia y desarrollo de sistemas propios de valores, son los que ponen estos límites.

De acuerdo a estos criterios psicológicos, existen personas que, al no lograr conjuntar estos aspectos en la etapa correspondiente, se pueden convertir en los “eternos adolescentes”.

Si recurriéramos a la filosofía, los límites cronológicos quedarían más confusos, sobre todo el límite superior, ya que como dijo Kant: “La pubertad es un acto de la naturaleza, la adolescencia es un acto del hombre”.

Aunque no existe un consenso general del punto de inicio y de término, por lo general, y para efectos de estudios e investigaciones, se considera que la adolescencia comienza con la pubertad o el comienzo de la madurez sexual (capacidad del ser humano de reproducirse), y termina con la entrada a la vida adulta.

Ahora bien, la entrada a la vida adulta tiene múltiples factores tanto físicos, biológicos, sociológicos, psicológicos y hasta económicos, ya que en algunas culturas se considera que se es adulto cuando el individuo se puede sostener por sus propios medios, independizándose de la familia parental.

En México, por ejemplo, la entrada a la adultez se liga socialmente al concepto legal de la mayoría de edad, que otorga al joven la capacidad de votar por representantes políticos a los 18 años de edad.

La adolescencia analizada desde cualquier punto de vista, implica un crecimiento personal en todas dimensiones (física, cognoscitiva y psicosocial), razón por la cual, algunos jóvenes enfrentan serios problemas para manejar tantos y tan repentinos cambios en sus vidas.

Desarrollo físico y salud

La adolescencia por lo general es una época de vida en que se cuenta con buena salud; estadísticamente se tienen índices bajos de padecimientos y enfermedades crónicas. Generalmente los problemas de salud provienen del estilo de vida o el nivel socioeconómico.

El ejercicio o la falta de éste, afecta directamente la salud física y mental del adolescente; una vida sedentaria que persiste hasta la edad adulta, conduce al deterioro de la salud y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardíacas y cáncer (Papalia, 2023).

Cornellá (2002) señala que actualmente los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes se han hecho más complejos: dificultades adaptativas y alteraciones en la salud mental, dificultades escolares, consumo de alcohol y drogas, inicio precoz de relaciones sexuales y enfermedades de transmisión sexual ya son comunes.

Morris y Maisto (2005) mencionan que los adolescentes son conscientes de los cambios que ocurren en su cuerpo, y muchos se muestran ansiosos respecto a si su forma y tamaño son los correctos, comparándose frecuentemente con actores y modelos de televisión, razón por la cual, constantemente es la apariencia física lo que más disgusta de sí mismos a los adolescentes. Esta sensibilidad en cuanto a la apariencia física que desarrollan los adolescentes en base a patrones y modas sociales, los orilla en muchos casos a trastornos alimenticios severos.

Desarrollo cognoscitivo

De acuerdo con Piaget, los jóvenes de entre 11 a 14 o 15 años están en el período de las operaciones formales. El rango de la aplicación del pensamiento se amplía e incluye la prueba de hipótesis y el razonamiento científico, las estructuras cognoscitivas se modifican por la asimilación y acomodación.

Es cuando alcanzan la capacidad para elaborar pensamiento abstracto aplicándolo a lo posible e hipotético además de a lo real, al futuro, así como al presente, a afirmaciones o proposiciones puramente verbales o lógicas, pudiendo entender conceptos muy abstractos. Para que se presente este desarrollo cognoscitivo, es necesario que a los factores neurológicos se unan factores ambientales o del entorno en el adolescente.

Papalia (2023) describe más claramente la teoría Piagetana, señalando que los jóvenes entran al nivel más alto del desarrollo cognoscitivo cuando alcanzan la capacidad para el pensamiento abstracto, ocurriendo alrededor de los 12 años, lo que les da una nueva manera de manipular información.

Ya no están limitados al pensamiento en el aquí y ahora, sino que pueden pensar en términos de lo que podría ser verdad, no sólo en términos de lo que es verdad, pueden imaginar posibilidades, demostrar hipótesis y formular teorías.

De acuerdo a Morris y coautor (2001), Elkind utilizó el concepto de egocentrismo en el adolescente propuesto por Piaget para explicar dos falacias del pensamiento en este grupo de edad. La primera es la de la “audiencia imaginaria”, que es la tendencia del adolescente a sentir que es observado constantemente por otros, que la gente siempre está juzgando su apariencia y su conducta. Esta sensación de estar permanentemente “en escena” quizá sea la causa de gran parte de su timidez, de su preocupación por el aspecto personal y de su presunción.

La otra falacia del pensamiento del adolescente es la “fábula personal”, o sea, un sentido irreal de la propia singularidad. Por ejemplo, un adolescente sentirá que los demás no pueden comprender el amor que siente por un amigo o amiga porque su amor es único y especial. Esta actitud se relaciona con la sensación de invulnerabilidad. Muchos adolescentes piensan que son tan distintos de los demás que no los tocarán las cosas negativas que les ocurren a otros (Morris y Moison, 2001).

Desarrollo psicosocial

Muchos autores señalan que posiblemente la tarea más importante del joven adolescente consista en la búsqueda (o construcción) de una identidad propia, entendiendo “identidad” como la organización de las pulsiones, habilidades, creencias e historia del individuo en una imagen coherente de sí mismo (Papalia 2023).

Esta búsqueda de la identidad implica para el joven tomar decisiones y hacer elecciones deliberadas, en particular sobre el trabajo, los valores, la ideología y los compromisos con personas e ideas. Necesitan formarse un sistema propio de valores, opiniones e intereses al margen del sistema de sus padres, para lograr enorgullecerse de sus logros.

Erikson sostenía que la búsqueda de la identidad es el tema más importante a través de la vida del ser humano, afirmaba que la sociedad era una fuerza positiva que ayudaba a moldear el desarrollo del individuo.

Dentro de su teoría del desarrollo psicosocial que divide en ocho períodos la vida humana representados por una crisis que debía resolverse para lograr la madurez, sostenía que, en el caso de la adolescencia, esta crisis era la “Identidad Vs. Confusión”, que va desde la pubertad hasta la edad adulta temprana, en la que el adolescente debe terminar su propio sentido de sí mismo y tener como virtud la fidelidad.

Papalia (2023) señala que la identidad se forma cuando la gente joven resuelve tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores para creer en ellos y vivirlos, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

En este sentido, Cornellá (2002) complementa lo anterior al señalar que el adolescente se encuentra en un largo proceso de crecimiento y maduración, con tareas muy concretas, cuyo objetivo final debe ser la adquisición de las siguientes capacidades: Identidad, para encontrar un sentido coherente a su existencia; Intimidad, para adquirir la capacidad para las relaciones maduras; Integridad para adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal; Independencia psicológica, para adquirir la capacidad para tomar las decisiones por sí mismo sin depender de los demás, asumiendo el rol de persona adulta; así como Independencia física, de manera que adquiera la capacidad para ganarse la vida y ser independiente de la familia.

Aberastury y coautor (2018) señalan que, en esta etapa de la vida, la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta “patológica” que se debe considerar inherente a la evolución “normal”.

Utilizaron el término “Síndrome Normal de la Adolescencia” y sintetizaron las características de éste:

- 1) Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- 2) tendencia grupal.
- 3) necesidad de intelectualizar y fantasear.

- 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- 5) desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario.
- 6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad adulta.
- 7) actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad.
- 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de la vida.
- 9) separación progresiva de los padres.
- 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. (Aberastury y Knobel, 2004).

Kolb (1992) señala que dentro de las crisis tan variadas e intensas a las que el adolescente está expuesto, es natural que surjan trastornos de la personalidad en este período de la vida. Y menciona: “el adolescente a menudo busca ayuda porque se siente angustiado e inseguro cuando intenta diferentes tareas en el hogar, la escuela o el trabajo; asustado cuando se enfrenta a su rabia acumulada contra las autoridades en cualquier marco; culpable, avergonzado o desesperado respecto a sus exploraciones sexuales; aceptado o rechazado, y aceptante o rechazante, en sus relaciones con otros; envidioso del éxito de sus amigos o alarmado de las exigencias que estos le imponen”.

Así mismo, señala que las formas en que el adolescente suele expresar su mala adaptación son: angustia con tensión, inquietud e insomnio, en ocasiones síntomas depresivos menores, y expresiones fisiológicas de los estados afectivos (Kolb, 1992).

PERSONALIDAD

Concepto de personalidad. Existen muchos y muy diversos estudios sobre la personalidad dentro de la psicología, los diferentes estudiosos de la personalidad no se han puesto de acuerdo en una definición única de personalidad. Una de las concepciones más aceptadas pese al paso del tiempo es el de Eysenck (1970) que la define como “una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente” (Dicaprio, 2020).

T. Millon señala que la personalidad representa un patrón profundamente incorporado que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos, y conductuales manifiestos, que persisten por largos periodos de tiempo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V-TR) de la American Psychiatric Association, acuña parte de esta definición y en su glosario de términos técnicos la define como: patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Y los rasgos de personalidad los define como aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes (American Psychiatric Association. (2022).

Dicaprio (2020) señala que, aunque la personalidad no es tangible, se puede uno acercar a ella a través de la conducta observable, y es posible formar teorías de su estructura y principios de funcionamiento, así como del estudio de la naturaleza de su desarrollo y la forma en que se provoca un cambio.

En lo que sí están de acuerdo los estudiosos de la materia, es en que la personalidad es lo suficientemente precisa y medible para ser considerada en el estudio de la conducta humana.

Desarrollo de la personalidad

Para hablar del desarrollo de la personalidad, es importante distinguir entre los conceptos de genotipo y fenotipo. El genotipo se refiere a las potencialidades de cada persona debido a su constitución biológica, es decir, está determinado por la herencia y el desarrollo neurológico de los

primeros años de vida. Pasada la adolescencia, una vez que se ha terminado de desarrollar el aspecto biológico y terminado el desarrollo neurológico, será difícil que el genotipo sufra más cambios (excepto lesiones cerebrales). El fenotipo está determinado por el genotipo y por los procesos de aprendizaje a los que las personas se someten a lo largo de la vida. Tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad (Mischel y cols. 2023).

Ahora bien, respecto a cómo se adquiere, se plasma y se mantiene la personalidad existen diversas teorías, sin embargo, antes de mencionar las teorías de la personalidad más convenientes con la presente investigación, es importante conceptualizar lo que es una teoría.

Allport, citado por Cueli y cols. (2021), señala que una teoría es un sistema conceptual bien coordinado, que intenta dar coherencia racional a un cuerpo de leyes empíricas conocidas, de las cuales se pueden deducir teoremas cuyos valores predictivos pueden ser probados.

Cuando nos referimos a una teoría de la personalidad, ésta constituye la organización parsimoniosa del rango total de conocimientos en un campo dado, lo suficientemente comprensiva como para abarcar o predecir un amplio rango de conducta humana (Cueli y col., 2021).

La personalidad y las enfermedades

La personalidad puede ser un factor en el desarrollo de enfermedades fisiológicas, por ejemplo, personas con personalidad obsesiva que tiene un patrón de conducta tipo “A”, que son excesivamente meticulosos y perfeccionistas, tienden a desarrollar problemas cardíacos o a tener mayor riesgo de tenerlos.

De acuerdo con Jenkins (1979), creador del test JAS, el patrón de conducta tipo “A”, es considerado un síndrome de conducta manifiesta o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación de logro, agresividad (algunas veces contenida con esfuerzo), apresuramiento, impaciencia, inquietud, explosividad en el habla, tensión en los músculos faciales, y sensación de estar bajo presión del tiempo y en desafío con la responsabilidad.

Otro patrón de conducta denominado de tipo “C”, se le ha imputado una clara relación con el cáncer; este patrón de conducta está vinculado a la represión de las emociones ahogando su expresión e interiorizando sus efectos. Por otra parte, afecciones menos graves como el acné o la caída prematura del cabello están ligados a los individuos que por la configuración de su personalidad, interpretan múltiples situaciones como amenazantes y mantienen una activación nerviosa aumentada durante mucho tiempo.

Los trastornos de personalidad suelen aparecer en la adolescencia que es una etapa crucial en la configuración de la identidad del individuo; y pueden continuar a lo largo de la vida adulta.

Teorías de la personalidad

De acuerdo con Dicaprio (2020), las teorías de la personalidad sirven como modelos informativos de la naturaleza de los seres humanos; no existe una teoría universal o única de la personalidad porque cada una contiene aplicaciones a ciertos aspectos o ámbitos de la personalidad, es decir, cada teoría tiene la capacidad ya sea para describir, explicar, predecir o analizar cambios de la personalidad, por lo que una puede ser más adecuada que otra para alcanzar alguno de los objetivos anteriores.

Los teóricos de la personalidad cognoscitivos-sociales han usado en forma extensa las variables de la personalidad que intervienen en la conducta abierta, y especialmente los determinantes cognoscitivos que la motivan.

Otras características que distinguen a estas teorías (cognoscitivas/sociales) es su fundamento empírico. A diferencia de los teóricos de la personalidad tradicionales, los cognoscitivos sociales obtienen sus constructos y postulados de los resultados de la experimentación, e incluyen una medición y control rigurosos (Dicaprio, 2020).

De acuerdo a lo anterior y a que la premisa básica de las teorías cognoscitivo-sociales es la aseveración de que la manera en que cada persona se percibe a sí misma y a su entorno determina la forma en que responde al mundo con emociones y comportamientos propios; se eligieron para los fines de la presente investigación los postulados de los teóricos cognoscitivos-sociales George Kelly, Albert Bandura, Julian Rotter, Albert Ellis y Walter Mischel.

Kelly propuso un ser humano que activamente percibe, organiza, predice e interpreta el mundo a su manera de acuerdo a sus experiencias pasadas. En su principal postulado sostiene que nuestros procesos psicológicos son gobernados por las formas en que anticipamos los acontecimientos, esto es que, mediante nuestros propios constructos, intentamos anticipar las consecuencias de nuestras acciones hacia las otras personas y en general hacia el mundo.

Kelly señaló que las personas solemos formamos construcciones de la realidad que funcionan como suposiciones, y que a medida que adquirimos experiencia, nuestra comprensión de la realidad mejora. En base a los resultados de la experiencia se desarrolla una forma de interactuar con el mundo, y que esta forma de interacción es nuestra personalidad Dicaprio (2020).

Bandura atribuye una gran parte del aprendizaje humano a la observación e imitación de las conductas de otras personas, en la mayoría de los casos, significativas para el que aprende. En este sentido, los modelos (personas significativas) inadecuados o ausentes, producen conductas inadecuadas socialmente en aquel que las copia o imita. Cuando se ha aprendido un comportamiento de un modelo, las consecuencias de llevar a cabo la conducta pueden reforzarla, debilitarla o incluso desaparecerla.

Estas consecuencias pueden ser respuestas sociales a la conducta dada, o percepciones anticipadas de posibles consecuencias, así como autorrecompensas o castigos, es decir, estas conductas se pueden fortalecer con estímulos externos y/o internos. Conjuntamente con las conductas que se pueden copiar de un modelo, se aprehenden las normas y valores que rigen estas conductas.

Como señala Dicaprio (2020), existen muchas condiciones para establecer normas y para recompensar o castigar nuestra propia conducta como la influencia de los compañeros o amigos, normas inconscientes y observación de modelos que ejecutan conductas desaprobadas sin recibir castigo entre muchas otras. Bandura señala que, según la postura cognoscitiva social, la gente no es impulsada por fuerzas internas ni controlada y moldeada automáticamente por estímulos externos, si no que el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales cognoscitivos, así como los acontecimientos del entorno son determinantes que interactúan unos con otros.

Rotter introduce al concepto de reforzadores de la conducta la situación psicológica, ésta se refiere al mundo subjetivamente significativo, es decir, a la percepción de situaciones basadas en los atributos psicológicos individuales. Y afirma que la percepción precede a la respuesta, es decir, que cada individuo responde a un mundo subjetivamente significativo, un mundo como cada individuo lo interpreta, y que, por lo tanto, la ejecución y repetición de la conducta depende de la percepción y la expectativa de cada individuo, así como del valor del reforzamiento (Dicaprio, 2020).

Según Rotter y Hochreich (1975) una expectativa se basa en el aprendizaje pasado y siempre es subjetiva, es lógica desde la perspectiva propia de cada persona, aunque pueda parecerle ilógica a los demás. Mucha conducta irracional puede explicarse como la persecución vana de objetivos altamente valorados, la conducta que resulta del valor intensificado del objetivo puede ser altamente irracional y mal adaptativa. La frustración persistente del objetivo puede producir irritabilidad generalizada, hostilidad desplazada, regresión, odio a sí mismo, apatía, depresión, evitación neurótica, y conductas obsesivas y compulsivas (Dicaprio, 2020).

Mischel afirma que las personas somos capaces de hacer discriminaciones sumamente finas entre los estímulos que existen en nuestro medio, y que también podemos generar múltiples conductas adaptativas y de ajuste para enfrentarnos a las diversas situaciones de estímulo. Cada individuo

tiene un amplio repertorio de conductas adaptativas únicas ante la multiplicidad de situaciones propias del entorno, incluso un pequeño cambio en una situación puede producir grandes cambios en la conducta.

Para Ellis, el factor cognoscitivo tiene un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad, ha relacionado las estructuras cognoscitivas con los procesos emocionales y de motivación. Afirma que pensar racionalmente es el camino para adquirir el control de nuestras emociones y estados afectivos. Cuando las emociones son muy elevadas, el funcionamiento cognoscitivo está muy deteriorado. Al igual que los demás teóricos cognoscitivos, Ellis sostiene que se pueden aprender estrategias cognoscitivas efectivas de diversas fuentes, elaborarlas nosotros mismos a partir de los errores pasados, o anticipándolos y previniéndolos. Subraya que muchas experiencias emocionales se generan por lo que nos decimos a nosotros mismos acerca de las cosas que suceden, la autocrítica ocurre frecuentemente. El estado emocional es apropiado para el tipo de pensamiento que tiene una persona, pero si el pensamiento es erróneo, las emociones que ocurren serán disfuncionales y conducirán a conductas irracionales (Dicaprio, 2020).

De acuerdo a Martín y Muñoz, citado por Beck (1979), los errores del pensamiento más frecuentes, o distorsiones cognitivas, son:

- ✓ Pensar en términos de blanco o negro, es decir, ser extremista y no considerar los términos medios.
- ✓ Minimizar los aspectos positivos y maximizar los aspectos negativos, de manera que a estos últimos se les asigne una relevancia mayor que sobrepasa a los primeros.
- ✓ Atender sólo a una parte de la información, reforzando las ideas que uno mismo elabora en función de determinados intereses y prejuicios.
- ✓ Generalizar a partir de un hecho aislado generalmente negativo.
- ✓ Atribuirse toda la responsabilidad acerca de un acontecimiento sin haber razones suficientes para ello.
- ✓ Suponer o intentar adivinar lo que otros piensan sin tener pruebas para ello, y generalmente en términos negativos.
- ✓ Y desarrollar autoexigencias desmesuradas o perfeccionismo exagerado sobre objetivos poco razonables (Beck y cols. 1979).

En general y como lo describen Cueli y col. (2021), los teóricos del aprendizaje cognoscitivo social asumen que, para cada situación dada, cada uno de nosotros tenemos una serie de reacciones posibles que podemos mostrar.

Personalidad y salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En base a esta definición y en cuanto a “salud mental” se refiere, se deben incluir las dimensiones de bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (OMS, 2004).

Oblitas (2020) señala que ciertas personas, en virtud de las características cognitivas propias de su perfil de personalidad, responden de forma aguda o crónica (inestable o permanente) a los estresores con una reactividad fisiológica exagerada. Esta reactividad fisiológica está determinada por la evaluación de las situaciones como más estresantes de lo que en realidad son, o bien porque las conductas realizadas por estos individuos producen elevadas respuestas simpáticas o neuroendocrinas.

Un ejemplo claro de lo anterior, es el patrón de conducta denominado tipo “A”, caracterizado por una implicación laboral extrema, urgencia de tiempo, impaciencia, hostilidad y competitividad, así como la necesidad del éxito y reconocimiento social de forma constante. La competitividad y hostilidad que caracteriza a estos individuos provoca el desarrollo de sentimientos y percepciones

de amenaza que provoca a su vez un aumento fisiológico desencadenante de respuestas tales como aumento de la presión sanguínea, de la tasa cardíaca y de la secreción de catecolaminas con el consiguiente efecto nocivo sobre arterias y vasos sanguíneos. En aquellos sujetos que sufren patologías isquémicas, se ha descubierto que las características principales de personalidad son el alto nivel de perfeccionismo, la inflexibilidad, la susceptibilidad en sus relaciones sociales y una baja autoestima (Oblitas, 2020).

Evaluación de la personalidad

La evaluación de la personalidad se define como el avalúo y la tasación, a partir de la conducta manifiesta, de los diversos segmentos de la personalidad. En esta evaluación se utilizan escalas numéricas o estimaciones subjetivas o ambas.

Ronald Cohen y coautor (2022) definen la evaluación de la personalidad como la medida de rasgos psicológicos, estados, valores, intereses, actitudes, perspectiva del mundo, aculturación, identidad personal, sentido del humor, estilos cognoscitivos y conductuales y/o características individuales relacionadas.

La personalidad puede evaluarse mediante diferentes métodos como la entrevista interpersonal, pruebas aplicadas o escritas, observación conductual, valoración de datos de historias clínicas y registro de respuestas fisiológicas.

Los denominados métodos objetivos de evaluación de la personalidad contienen de manera característica reactivos de respuesta cerrada en los que la tarea del evaluado es seleccionar una respuesta entre dos o más opciones. Estos pueden incluir reactivos redactados en un formato de opción múltiple, cierto/falso o de relación (Cohen, 2022).

Un método objetivo de evaluación de la personalidad consiste en la aplicación de un test preconcebido para tales fines. En terminología psicométrica, los test de personalidad son instrumentos que se utilizan con la finalidad de medir las características emocionales, motivacionales, interpersonales y de actividades, rasgos todos estos que se consideran distintos de las habilidades.

La medida objetiva de evaluación de la personalidad más ampliamente utilizada para adolescentes a nivel internacional, es el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes "MMPI-A" (Lucio y cols., 2020).

Butcher y coautores (1992) mencionan que evaluar la personalidad, los síntomas psicológicos y los problemas de conducta de adolescentes es una tarea difícil, y que la conducta del adolescente, como la de los niños, debe considerarse dentro del contexto familiar, debido a que el comportamiento de los adultos significativos en la vida del adolescente, tiene un impacto directo en su forma de actuar.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de carácter aplicado, con un diseño no experimental y un enfoque de métodos combinados; asimismo, incorpora dos tipos de estudios descriptivos: el estudio de caso y el estudio correlacional.

La población estuvo constituida por adolescentes con diagnóstico de migraña que reciben atención en la consulta externa del Servicio de Neurología del Hospital Infantil de Morelia, México. Por su parte, la población accesible estuvo integrada por 38 adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 13 y 18 años, quienes acudieron a la consulta externa de Neurología de dicho hospital y contaban con diagnóstico confirmado de migraña durante los años de 2018 y 2019.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante la selección teórica de casos típicos, integrada por 11 participantes provenientes de la población accesible.

El tamaño muestral respondió a las condiciones reales de reclutamiento y constituyó la alternativa metodológicamente viable dadas las dificultades encontradas durante el proceso de selección de

los sujetos, entre las que destacaron la ausencia de datos de contacto telefónico, la negativa de los padres o tutores para autorizar la participación de los menores de edad, la lejanía geográfica de los domicilios y otras limitaciones logísticas.

Técnicas de investigación

En la presente investigación se hace uso de la escala denominada “Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes” (MMPI-A).

De igual manera se llevó a cabo la técnica de entrevista focal, que consistió en entrevistar directamente a los sujetos siguiendo una guía temática que abarcó tanto su entorno familiar (composición, clima, estilo de crianza, comunicación, valores y creencias, nivel socioeconómico y cultural), como su percepción sobre las presiones que enfrentan en su entorno familiar, escolar e interpersonal.

Asimismo, se empleó la técnica de observación directa no estructurada, apoyada en el registro de notas de campo, mediante las cuales el investigador documentó de manera sistemática las características físicas de los participantes, así como sus comportamientos, reacciones y expresiones de lenguaje no verbal observadas durante el proceso de investigación.

Al utilizar diferentes técnicas de investigación se buscó la “triangulación de métodos”, que consiste en el uso de referentes múltiples para llegar a conclusiones acerca de lo que constituye la verdad. Este método se utiliza para incrementar la probabilidad de que los resultados sean creíbles.

El principal instrumento de medición que se utilizó en la presente investigación es el denominado Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) el cual constituye un instrumento actualizado que permite explorar una cantidad importante de áreas de la personalidad.

La versión en español es producto de una investigación que se llevó a cabo en la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) bajo la dirección de la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo (1996), por lo que es un instrumento con validez y confiabilidad comprobada para la población de adolescentes mexicanos.

El MMPI-A se compone de diez escalas clínicas, quince escalas de contenido y seis escalas suplementarias. Esta prueba detecta las siguientes características en la personalidad de los adolescentes: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía, introversión social, ansiedad, obsesividad, depresión, preocupación por la salud, enajenación, pensamiento delirante, enojo, cinismo, problemas de conducta, baja autoestima, aspiraciones limitadas, incomodidad en situaciones sociales, problemas familiares, problemas escolares, rechazo al tratamiento, represión y reconocimiento o tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas. Así mismo cuenta con seis escalas de validez que detectan mentira, infrecuencia, defensividad hacia la prueba, inconsistencia en las respuestas variables e inconsistencia en las respuestas verdaderas.

En cuanto al rango de edad para su aplicación, el comité de la Universidad de Minnesota para el proyecto del MMPI-A tomó la decisión de limitar las normas del Test a categorías de edad entre los 14 y 18 años inclusive.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

Adolescentes con diagnóstico confirmado de migraña que tengan entre 13 y 18 años cumplidos de edad cronológica, que hayan asistido al menos una vez a la consulta externa de Neurología del Hospital Infantil de Morelia en los años 2018 y 2019, que estén en disposición de sujetarse a la evaluación y entrevista, y que cuenten con la autorización de sus padres o tutores.

Criterios de exclusión:

Adolescentes con diagnóstico de migraña que acudieron a consulta de Neurología del Hospital Infantil de Morelia dentro del período evaluado que no cumplan con el rango de edad, o que no cuenten con el consentimiento de sus padres para la realización de la prueba psicométrica o que no estén dispuestos a someterse a ella.

Apartado ético

En la presente investigación se aplicaron los tres principios éticos primordiales de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia (artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud).

La beneficencia se expresa en la máxima “por encima de todo, no dañar”. Este principio nos supone evitar a los participantes daños físicos y psicológicos, protegerlos contra la explotación y procurar ofrecerles algún beneficio.

Se ponderó detenidamente la razón costo/beneficio para los sujetos, así como los posibles riesgos a los que se exponían, comparados con el beneficio social potencial de la investigación.

El principio de respeto a la dignidad humana comprende el derecho del sujeto a la autodeterminación, y a decidir su participación voluntaria en el estudio, este principio incluye también el derecho del participante a un conocimiento irrestricto de la información.

En la presente investigación se pidió tanto a los padres como a los adolescentes su consentimiento informado, y se les describió detalladamente la naturaleza y características del estudio; de igual manera, se buscó en todo momento, y en la manera de lo posible, la comodidad del sujeto de estudio.

El tercer principio, la justicia, incluye el derecho a un trato justo, tanto durante la selección de los participantes como durante el estudio, así como de respeto a la privacidad.

RESULTADOS

El análisis de la información se dividió en dos partes; el análisis individual por sujeto de investigación y el análisis de la información de la muestra.

En el primer caso se utilizó el estilo de análisis denominado “análisis de contenido manifiesto”, en donde el investigador (psicólogo clínico) utiliza ideas preconcebidas acerca del análisis, las cuales se utilizan para clasificar los datos; en esta parte del análisis, se exponen las observaciones del investigador junto con parte del discurso manifiesto de cada sujeto de estudio durante la entrevista y aplicación del test, tratando de plasmar la percepción de cada adolescente respecto a las presiones que sienten sobre su entorno familiar, escolar e interpersonal. En seguida se hace un breve análisis de las puntuaciones significativas de las diferentes escalas del instrumento de medición, y por último se transcriben los comentarios del aplicador sobre el análisis de los datos de las diferentes técnicas utilizadas.

En la segunda fase del análisis de la información (de la muestra completa), se muestran gráficamente las características de la muestra (género, edad cronológica, tipo de migraña y preexistencia de patología neurológica). En seguida se analizan los rasgos coincidentes de las escalas clínicas básicas y de las escalas de contenido del instrumento de medición, buscando rasgos de personalidad que se repitan en los adolescentes sujetos de estudio.

Por último, se escogieron los rasgos de personalidad que con mayor frecuencia arrojó el instrumento de medición, y se recurrió a las demás técnicas (de acontecimientos críticos, entrevista semiestructurada, observación molecular) para revalidar individualmente este rasgo coincidente.

Resultados cualitativos de las entrevistas

Categoría 1. Presiones familiares y estilos de crianza percibidos.

La mayoría de los adolescentes reportaron experimentar algún grado de presión o conflicto dentro de su entorno familiar. Estas presiones estuvieron asociadas principalmente con exigencias académicas, control parental excesivo, conflictos familiares o estilos de crianza autoritarios.

Alex señaló sentirse presionado por las exigencias académicas y las constantes críticas de familiares cercanos:

"Me exigen no reprobar materias" y sus tías son "criticonsísimas".

De manera similar, Zaira manifestó una percepción negativa de la dinámica familiar, describiendo frecuentes conflictos con sus padres:

"Me obligan a estudiar y sacar buenas calificaciones".

Mago reportó sentirse limitada por la sobreprotección de su padre y hermanos:

"No me dejan salir sola a ningún lado".

Por otra parte, algunos participantes, como Leo y Checo, describieron ambientes familiares percibidos como adecuados y con buena comunicación, aunque durante la observación se identificaron elementos de posible control parental, particularmente en el caso de Leo.

Categoría 2. Expresión emocional e inhibición afectiva

En varios participantes se observó dificultad para expresar emociones negativas de manera abierta, predominando mecanismos de inhibición emocional y control afectivo.

Lupita presentó un patrón caracterizado por sumisión, control emocional y negación de la ansiedad, acompañado de una tendencia a la somatización de conflictos internos. Los resultados psicométricos sugieren una marcada inhibición de la agresividad y una actitud defensiva.

De forma semejante, Mago se describió como una adolescente tímida, introvertida y sobrecontrolada, con dificultades para expresar necesidades emocionales y una importante necesidad de afecto.

Kenia también mostró indicadores de defensividad emocional, minimizando los conflictos derivados de la separación de sus padres y asumiendo un rol protector dentro de la familia.

Categoría 3. Somatización del estrés y relación con la migraña

Uno de los hallazgos más consistentes fue la presencia de manifestaciones somáticas asociadas a situaciones de tensión emocional.

Diversos participantes mostraron perfiles compatibles con la tendencia a expresar el estrés mediante síntomas físicos. En Lupita, Mago, Álvaro, Yahir y Kenia se identificaron elevaciones en escalas relacionadas con somatización y respuestas histéricas al estrés.

Yahir, por ejemplo, se encontraba atravesando una ruptura amorosa significativa al momento de la evaluación, situación que coincidía con indicadores de depresión y preocupación excesiva por la salud.

Kenia describió respuestas físicas intensas ante situaciones académicas evaluativas:

"Me falta el aire y siento que me voy a desvanecer cuando presento un examen".

Estos hallazgos sugieren que, en varios casos, los eventos estresantes podrían actuar como factores precipitantes o agravantes de los episodios migrañosos.

Categoría 4. Problemas de adaptación escolar y presión académica

Las exigencias escolares aparecieron como una fuente importante de estrés para varios participantes.

Jaqui reportó una fuerte presión para mantener una beca académica:

"Tengo que conservar una beca".

Katy expresó preocupación constante por mantener el rendimiento requerido para continuar sus estudios universitarios.

Álvaro manifestó inquietud debido a problemas disciplinarios que ponían en riesgo su permanencia escolar:

"Ya no me quieren aceptar en tercero".

En contraste, otros participantes, como Leo y Checo, refirieron no experimentar presiones académicas significativas.

Categoría 5. Conductas externalizantes y dificultades en el control emocional

Algunos adolescentes presentaron indicadores de impulsividad, problemas conductuales y dificultades para regular emociones.

Alex fue el caso más representativo de esta categoría. Durante la entrevista se describió como un adolescente extrovertido, impulsivo y con antecedentes de conductas problemáticas. Tanto la entrevista como el MMPI-A sugieren problemas en el control del enojo, influencia negativa de pares y conductas de riesgo.

Álvaro también mostró rasgos asociados con búsqueda de sensaciones, transgresión de normas y dificultades de adaptación escolar.

Estos casos contrastan con participantes como Checo, Mago o Kenia, quienes mostraron estilos de personalidad más inhibidos y controlados.

Categoría 6. Psicopatología asociada y vulnerabilidad emocional

Aunque la mayoría de los participantes no presentaron indicadores clínicos graves, algunos casos mostraron señales importantes de vulnerabilidad psicológica.

El caso de Jaqui destacó por la presencia de autolesiones, posibles experiencias perceptivas inusuales y un perfil psicométrico severamente alterado. La información obtenida tanto de la entrevista como del MMPI-A sugirió la necesidad de seguimiento psiquiátrico especializado.

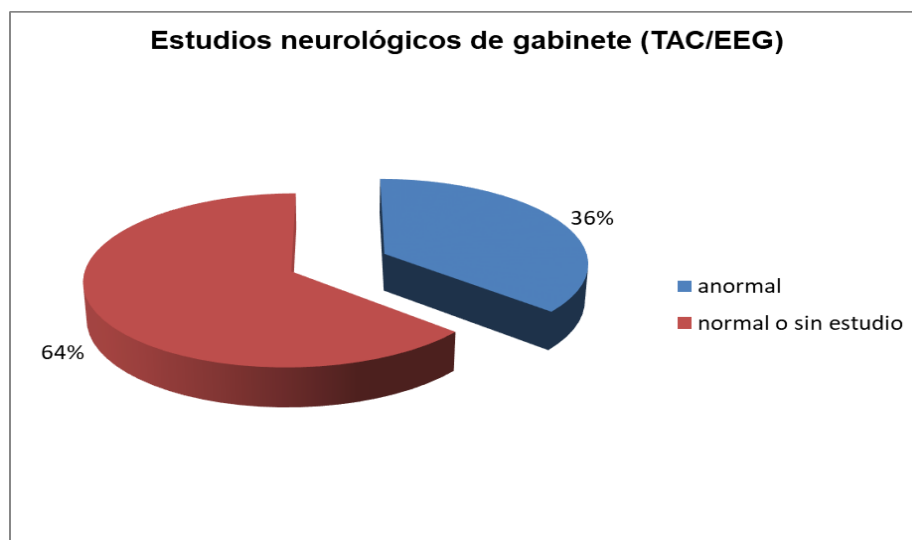
Asimismo, Yahir presentó indicadores depresivos relacionados con acontecimientos vitales recientes, mientras que Katy mostró antecedentes de trastorno alimentario y dificultades de adaptación emocional.

Resultados del MMPI-A

Dentro del análisis de la información de la muestra del presente estudio, se encontró que ésta se conformó de un 45% de sujetos de género masculino y de 55% de género femenino. El 63% padece migraña sin aura y el 37% migraña con aura.

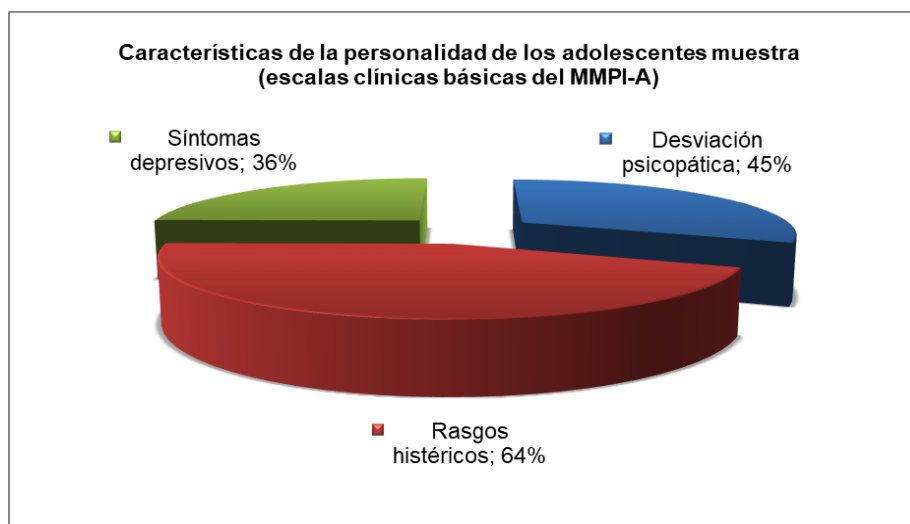
En cuanto a padecimientos neurológicos, 37% de ellos salieron con anomalías en los estudios de gabinete (TAC y EEG), y el 63% no presentaron anomalías o no se realizaron estudios de gabinete.

Figura 2.1: Resultados de estudios neurológicos de gabinete en adolescentes con padecimiento de migraña.



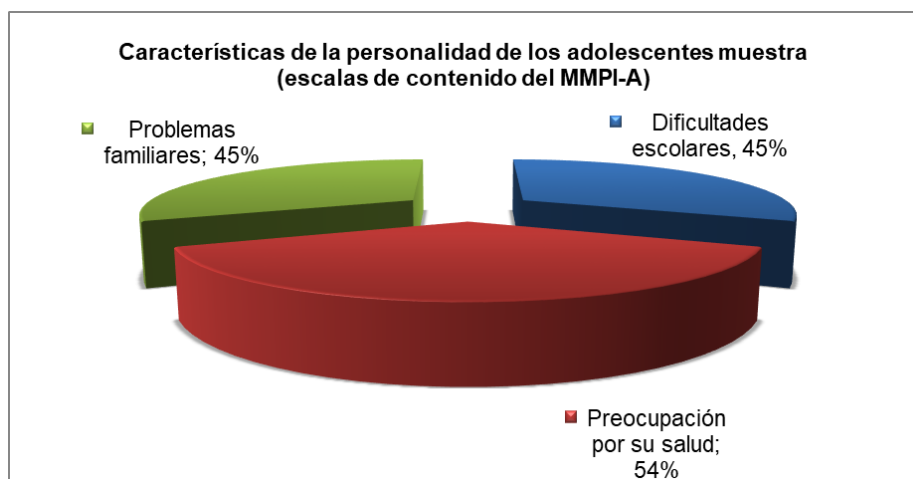
El análisis de la información de las escalas clínicas básicas del MMPI-A, complementada con las demás técnicas de investigación; revela que casi dos terceras partes (64%) de la muestra de los adolescentes migrañosos presentan rasgos histéricos de la personalidad con tendencia a expresar su ansiedad o estrés por medio de la somatización y síntomas físicos, como pueden ser respuestas neurovasculares fisiopatológicas.

Figura 2.2: Resultado de las escalas clínicas básicas del MMPI-A



El análisis de la información de los perfiles de las escalas de contenido del MMPI-A reforzada con las diferentes técnicas cualitativas de la presente investigación; arrojó que más de la mitad (54%) de los jóvenes manifestaron preocupación por su salud, un 45% manifestaron tener problemas con sus padres y/o con otros miembros de la familia, y un 45% de los adolescentes refirió tener dificultades académicas y/o de mala conducta en la escuela.

Figura 2.3: Resultado de las escalas de contenido del MMPI-A



En cuanto a la información que arrojaron las escalas suplementarias del MMPI-A, es relevante que dos terceras partes (63%) de los adolescentes que padecen migraña puntuaron alto en una escala que fue desarrollada para determinar la propensión de los adolescentes a desarrollar problemas con el alcohol y/o las drogas.

Es posible que este resultado requiera de un posterior estudio especializado, ya que pudiera tener relación con la ingesta de fármacos que utilizan para disminuir los síntomas de su padecimiento, sin

embargo, por las características propias del presente estudio, no se presentó la oportunidad de indagar más a este respecto.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren una asociación entre la migraña en adolescentes y diversos factores psicológicos, particularmente aquellos relacionados con la expresión emocional y el manejo del estrés, esto concuerda con los resultados de una investigación publicada en *Frontiers in Neurology* en el 2018, los cuales mostraron características de personalidad específicas en adolescentes con migraña, revelando una marcada dificultad para modular y regular las emociones, recurriendo a estrategias de afrontamiento desadaptativas.

La alta prevalencia de rasgos histéricos y la tendencia a la somatización coinciden con planteamientos teóricos que vinculan los síntomas físicos con conflictos emocionales no resueltos, lo que respalda la hipótesis de que la migraña puede funcionar como un canal de expresión de la ansiedad.

Asimismo, la presencia de síntomas depresivos en más de un tercio de la muestra y la frecuencia de problemas familiares y escolares refuerzan la idea de que el entorno psicosocial juega un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento del padecimiento. Estos hallazgos son consistentes con la literatura que señala la comorbilidad entre migraña, depresión y ansiedad, así como la influencia de contextos familiares rígidos o demandantes.

El hallazgo de una alta propensión al consumo de sustancias en una proporción considerable de los participantes resulta particularmente relevante, ya que podría representar un factor de riesgo adicional que complique el cuadro clínico. No obstante, este aspecto requiere mayor exploración, dado que no fue posible establecer relaciones causales en el presente estudio.

Por otra parte, la tendencia defensiva en las respuestas sugiere posibles resistencias a la autoexploración o a la revelación de conflictos internos, lo cual es común en población adolescente y debe ser considerado al interpretar los resultados.

En conjunto, los hallazgos destacan la importancia de abordar la migraña desde un enfoque integral que incluya tanto el tratamiento médico como la intervención psicológica, con énfasis en el manejo del estrés, la regulación emocional y la mejora de las dinámicas familiares.

CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos obtenidos, se concluye que la migraña en adolescentes debe ser comprendida como un padecimiento multifactorial en el que convergen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La evidencia sugiere que existe una asociación entre la presencia de migraña y determinados rasgos de personalidad, particularmente la tendencia a la somatización del estrés y la ansiedad, así como la coexistencia de síntomas depresivos y conflictos en el entorno familiar y escolar.

Asimismo, se identificó una baja adherencia al seguimiento médico, lo que pone de manifiesto la subestimación del padecimiento y la necesidad de fortalecer estrategias de sensibilización tanto en los pacientes como en sus familias. La elevada proporción de adolescentes con predisposición a conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, resalta la importancia de abordar este problema desde una perspectiva preventiva e integral.

Si bien los resultados no permiten establecer relaciones causales, sí aportan elementos suficientes para considerar la relevancia de los factores psicológicos en el desarrollo y/o exacerbación de la migraña. En este sentido, se recomienda la implementación de modelos de atención interdisciplinarios que integren el tratamiento farmacológico con intervenciones psicoterapéuticas enfocadas en el manejo del estrés, la regulación emocional y el fortalecimiento de las dinámicas familiares.

Finalmente, se sugiere ampliar futuras investigaciones con muestras más representativas y diseños metodológicos más robustos, a fin de profundizar en la comprensión de los factores asociados a la migraña en adolescentes y contribuir al diseño de estrategias de intervención más eficaces.

REFERENCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2018). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico* (22.ª ed.). Paidós.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2021). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología* (2.ª ed. actualizada). Paidós.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2023). *APA dictionary of psychology*. <https://dictionary.apa.org>
- Ashina, M., Silberstein, S. D., Dodick, D. W., et al. (2021). Migraine: Current concepts and emerging therapies. *The Lancet*, 397(10283), 1485–1504.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (2021). Migraine, physical health and psychiatric comorbidity: A review. *Neurology and Psychiatry Journal*, 34(2), 123–135.
- Burch, R. C., Buse, D. C., & Lipton, R. B. (2021). Migraine: Epidemiology, burden, and comorbidity. *Neurologic Clinics*, 39(1), 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2020.09.001>
- Butcher, James N, Williams, Carolyn L, Graham, John R., Archer, Robert P, Tellegen, Auke, & Ben-Porath, Yossef S. (1992). *MMPI-A: Minnesota Multiphasic Personality Inventory–Adolescent: Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2022). *Pruebas y evaluación psicológicas* (10.ª ed.). McGraw-Hill.
- Cornellá, Josep. (s.f.). *La adolescencia ¿es una etapa tan difícil?*, (en línea). México: Fundación salud infantil. Recuperado de <http://www.fundacionsaludinfantil.org/documentos/C097.pdf>
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., & Michaca, P. (2021). *Teorías de la personalidad* (5.ª ed.). Trillas.
- Díaz Portillo, I. (2020). *Técnica de la entrevista psicodinámica* (ed. actualizada). Pax.
- Dicaprio, N. S. (2020). *Teorías de la personalidad* (ed. reimpresión actualizada). McGraw-Hill.
- Escobar, Alfonso. (2006). *Neurobiología del estrés*. *Revista Mexicana de Neurociencia*.
- Figuerola, M. L. (2014). *Las cefaleas: Nuevos enfoques para un viejo problema*. Editorial Médica Panamericana.
- Foxhall, K. (2014). Making modern migraine medieval: Men of science, Hildegard of Bingen and the life of a retrospective diagnosis. *Medical History*, 58(3), 354–374. <https://doi.org/10.1017/mdh.2014.28>
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. (2024). *The International Classification of Headache Disorders (ICHD-3), 2024 update*. *Cephalalgia*, 44(1), 1–211. <https://doi.org/10.1177/03331024241245658>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2.ª ed.). McGraw-Hill.
- Holroyd, Kenneth y Drew, Jana. (2006). *Behavioral Approaches to the Treatment of Migraine*. *Seminars in Neurology*.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). *Global Burden of Disease Study 2023: Migraine and headache disorders*. IHME. <https://www.healthdata.org>
- Jenkins, C. D., Zyzanski, S. J., & Rosenman, R. H. (1979). *Jenkins Activity Survey manual*. Psychological Corporation.
- Kolb, Lawrence. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna* (6 ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.

- Lucio Gómez-Maqueo, E., Durán Patiño, C., León Méndez, N., & Hernández Guzmán, L. (2020). MMPI-A: Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes. Manual actualizado para población mexicana. Manual Moderno.
- Merikangas, K. R., & Angst, J. (2022). Comorbidity and migraine: Epidemiological perspectives. *The Lancet Neurology*, 21(1), 56–64.
- Mischel, W., Shoda, Y., & Ayduk, O. (2023). *Introduction to personality: Toward an integrative science of the person* (9th ed.). Wiley.
- Morris, Charles y Maisto, Alberta. (2001). *Introducción a la Psicología* (10 ed.). México: Pearson Educación.
- Nappi, Giuseppe y Rossi, Paolo. (2004). *Migraine Current Concepts*. España: Current Medical Literature.
- Oblitas, L. A. (2022). *Psicología de la salud y calidad de vida* (5.ª ed.). Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Headache disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica* (Informe compendiado). Organización Mundial de la Salud.
- Palacios, L. (2004). Breve historia de la clasificación de las cefaleas. *Revista Ciencias de la Salud*, 2.
- Papalia, D. E., Martorell, G., & Feldman, R. D. (2023). *Desarrollo humano* (14.ª ed.). McGraw-Hill.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2024). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Poussin, G. (2021). *La entrevista clínica* (reedición). Limusa.
- Rice, F. P., & Dolgin, K. G. (2022). *The adolescent: Development, relationships, and culture* (14th ed.). Pearson.
- Rotter, J. B., & Hochreich, D. J. (1975). *Personality*. Scott, Foresman.
- Santrock, J. W. (2024). *Adolescencia* (18.ª ed.). McGraw-Hill.
- Silberstein, S. D. (2022). Migraine pathophysiology and treatment. *New England Journal of Medicine*, 386(2), 123–134.
- Silberstein, S., Stiles, A., Young, W., & Rozen, T. (2005). *Atlas de cefalea* (2 tomos). The Parthenon Publishing Group.
- Stubberud, A., Linde, M., & Heuch, I. (2022). Anxiety and depression in migraine: A systematic review. *The Journal of Headache and Pain*, 23(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01418-8>
- Tamayo y Tamayo, M. (2023). *El proceso de la investigación científica* (6.ª ed.). Limusa.
- Vélez, Karina y Rayo, Darío. (2009). *Cefaleas y Migrañas*. México: Janssen-Cilag.
- World Health Organization. (2024). Adolescent health. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>

VIOLENCIA OBSTÉTRICA, IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO

Obstetric Violence, The Importance of Its Detection and Timely Attention at Health Care Institutions in Mexico

Veyra Galilea Rivera-Sotelo

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Cd. Victoria, Tamaulipas

<https://orcid.org/0009-0005-0081-2097>

gasotelo@uat.edu.mx

Fabiola Peña Cárdenas

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Matamoros, Tamaulipas

<https://orcid.org/0000-0001-5895-0816>

fcardenas@docentes.uat.edu.mx

Benito Zamorano González

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Matamoros, Tamaulipas

<https://orcid.org/0000-0003-0422-3001>

bzamorano@docentes.uat.edu.mx

Resumen

La violencia obstétrica es una manifestación específica de violencia de género que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, afectando su dignidad, psicológica y autonomía. El presente documento tiene como objetivo presentar un estado del arte en el tema, así como implicaciones prácticas en el contexto mexicano. Esta problemática es invisibilizada y erróneamente percibida solo como un déficit en la “Calidad de atención” o como trato deshumanizado. Se encuentra profundamente ligada a la violencia simbólica, perpetuada por la concepción androgénica del cuerpo femenino y la autoridad incuestionable de los profesionales de salud. Este simbolismo se traduce en prácticas concretas como la rutinización de procedimientos, el maltrato verbal, las humillaciones y la negación del consentimiento informado. La violencia se mantiene en un sistema de salud basado en el modelo médico hegemónico y una cultura hospitalaria que, en México, se agrava por factores como la sobrecarga laboral (Burnout). Las secuelas para las mujeres son graves, incluyendo el desarrollo de Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT), ansiedad y depresión posparto. Por ello, es urgente impulsar un cambio cultural y sistemático en las instituciones de salud mexicanas para asegurar una atención digna, respetuosa y centrada en la autonomía de la mujer.

Palabras clave: Violencia-Obstétrica, Mujer, México

Abstract

Obstetric violence is a specific manifestation of gender violence that violates women's sexual and reproductive rights, affecting their dignity, psychological well-being, and autonomy. The purpose of this document is to present a state of the art on the subject, as well as practical implications in the Mexican context. This issue is invisibilized and mistakenly perceived only as a deficit in the "quality of care" or as dehumanizing treatment. It is deeply linked to symbolic violence, perpetuated by the androcentric conception of the female body and the unquestionable authority of health professionals. This symbolism translates into concrete practices such as the routine use of procedures, verbal abuse, humiliations, and the denial of informed consent. Obstetric violence is sustained within a healthcare system based on the hegemonic medical model and a hospital culture that, in Mexico, is aggravated by factors like workload excess (burnout). The consequences for women are severe, including the development of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), anxiety, and postpartum depression. Therefore, it is urgent to promote a cultural and systemic change in Mexican health institutions to ensure dignified, respectful care centered on women's autonomy.

Keywords: Obstetric-Violence, Woman, Mexico

Introducción

La violencia obstétrica es otra forma expresada de la violencia de género que vulnera los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, atenta contra la equidad de género, la salud y el bienestar femenino (Iguiniz & Del Río, 2023), así mismo, se define como cualquier acto u omisión ejercida durante el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia, esta se ejerce por el personal de salud o instituciones, que afecte a los derechos fundamentales de la mujer, que atente contra su autonomía, dañe su integridad física, psicológica, sexual u obstétrica, incluso la muerte o decisiones tomadas de forma arbitrarias y negligentes que pueden poner riesgo la salud de la madre y el hijo (Mena Huitrado, 2025).

Esta concepción surge por el fragor de los movimientos feministas y es el producto de las luchas que se libran en diversos campos: el político, de forma jurídica, médico y académico (Castro Pérez, pág. 9 2022). Mena Huitrado (2025) menciona que la violencia obstétrica se entiende como una problemática compleja y multifacética que requiere un análisis profundo para comprender sus dimensiones y generar estrategias efectivas que puedan erradicarla, describiendo a la violencia obstétrica como un "monstruo con múltiples cabezas".

Esta forma de violencia contra la mujer suele pasar desapercibida en las políticas con respecto a la calidad del servicio de salud, en algunas ocasiones solo se menciona como actos deshumanizados o falta de "calidad de atención" pero no como violencia obstétrica (Cobo Pérez, 2021; Castro & Erviti, 2014; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010), refiriéndonos a los actos deshumanizados como aquellos tratos que constituyen a graves violaciones de los derechos humanos y están proscritos por el derecho internacional (Organización de las Naciones Unidas, 2024) y a la calidad de atención como el grado de servicio que aumenta la probabilidad de resultados de salud deseados, garantizando seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y equidad (Molina Astúa, 2004).

Elementos y comportamientos que perpetúan la violencia obstétrica.

Tratar de definir las circunstancias para poder catalogar o no una situación de salud como violencia, se ha convertido en una tarea compleja debido a que participan aspectos educacionales, situacionales, actitudinales y profesionales, así como a deliberación que pueda existir entre si el hecho violento fue consciente o inconsciente, basado en ocasiones de un mal aprendizaje y que el ejecutor solo repite lo aprendido (Arteaga Gómez, et al., s.f.), No obstante, partiendo de la perspectiva de género, la violencia obstétrica se puede argumentar en base a toda agresión que

sea dirigida o en contra de la mujer precisamente por pertenecer al género femenino y que usualmente es ejercida por un varón, pero de igual forma puede ser ejercida por una mujer y en donde se prevalece una situación de desventaja en las relaciones de poder (Díaz & Fernández, 2018).

García Rodríguez et al. (2010) proporciona categorías basadas en las recomendaciones por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con respecto a los procesos médicos durante el embarazo, parto y puerperio, que han podido ser catalogados como actos de violencia institucional sin evidencia de resultados positivos, de modo que se categorizan de la siguiente manera:

A. **Los procedimientos técnicos efectuados a manera de rutina en la atención del parto**, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa, por ejemplo, la indicación “rutinaria” de realizar rasurado de pubis, enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto, inducción del parto antes de las 42 semanas de embarazo, el uso de sedantes y tranquilizantes en la madre, realizar la cesaría cuando se tiene el antecedente previo de parto natural, administración de agua a los neonatos amamantados, realizar la ligadura y corte temprano del cordón umbilical antes de que termine de latir.

Este apartado también incluye aspectos como la vulneración del empoderamiento de las madres al separarlas del neonato, que lo se les permita tomar decisiones acerca de su cuidado, la prohibición de ingerir líquidos, permanecer sin compañía, obligando a la mujer en una posición incómoda (horizontal), la falta de apego de forma inmediata al neonato al momento de nacer, así como la insistencia de confinamiento institucional universal.

B. **Maltrato y humillaciones**. Esto debido a frases expresadas durante el trabajo de parto tales como “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, “si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”, o “con tu hombre si abres las piernas, mamacita”, ya sea, por el personal médico o de enfermería tanto masculino como femenino.

García Rodríguez, et al., (2010), menciona que esta categoría se puede incluir el desnudo y la exposición de los genitales durante el tacto y los partos ante múltiples personas presentes, así como las batas cortadas que exponen los glúteos.

C. **Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes**. Esta categoría incluye los tactos vaginales, la episiotomía, revisión de cavidad uterina y cesáreas. Sin embargo, a pesar de que no es una práctica frecuente, nos permite concebirla como un producto de diferentes expresiones del patriarcado, pues en todo el proceso la mujer es despersonalizada y valorada como un objeto, donde sus interés y percepciones no son tomadas en cuenta y priorizando las metas de enseñanza del personal.

D. **Diseños de presupuesto y espacios de la atención materna**. El diseño de presupuestos, particularmente, el de los espacios de la atención materna, son realizados bajo la mirada androcéntrica. Esto corresponde al diseño de espacios de labor y atención de parto reducidos y con alta demanda, lugares donde no se permite la participación de familiares, exposición a desconocidos, creando ambientes laborales de alta demanda.

E. **Maltrato cultural y social en salud reproductiva**. Este apartado incluye las burlas o rechazo de concepciones y prácticas culturales, así como discriminación a las mujeres, pero sobre todo las mujeres indígenas y pobres. Además de que el maltrato cultural también afecta a las matronas y a su labor por motivo de prejuicios impidiendo el mostrar los aportes de sus prácticas, recibiendo rechazos y maltrato por parte del personal al momento de referir a pacientes.

Cabe agregar que, Flores, et al., (2019) exploran la construcción social sobre la violencia obstétrica a través de la narrativa de mujeres tének y náhuatl de México, en donde se categorizó y subcategorizó, con base en lo establecido en la Norma Oficial Mexicana-007-SSA2-2016 y la Guía práctica clínica para la atención del parto de bajo riesgo, asociadas a la discriminación, la negligencia, el abuso y la negación de la autonomía, esto con base en los actos “rutinarios” que se pueden seguir percibiendo en los servicios de salud. No obstante, a pesar de la categorización,

García-Torres, et al., (2020) nos mencionan que la realización de estos actos de “rutina” no siempre suelen ser verificados a partir de resultados empíricos, sino por el acto de seguir un patrón. De igual forma identifica algunos tratos deshumanizados, que pueden ser aún más normalizados e invisibilizados que los anteriores; por ejemplo, menciona que hacer comentarios irónicos, descalificadores, chistes, darles sobrenombres diminutivos a las mujeres, críticas por llorar o gritar, así como el impedimento de expresar miedos o inquietudes.

Así mismo, Guilar-Bernal, et al., (2023) hacen recopilación relevante sobre la vulneración de las mujeres, como resultado de la vulneración a las recomendaciones anunciadas por la OMS para tener experiencias de parto positivo y aportar a la erradicación del maltrato en las instituciones durante el periodo de la pandemia de COVID-19, haciendo argumentación a la prevalencia de invisibilización debido a la falta de evidencia cuantitativa con respecto a la violencia obstétrica.

La violencia obstétrica como violencia simbólica.

Sin embargo, la violencia obstétrica también puede ser considerada como violencia simbólica y ser ejercida por una misma persona hacia sí misma, por influencia de concepción sociocultural, aprendidas, como, por ejemplo: todo lo relacionado con la imagen corporal (Pérez-Gil, 2011).

De igual forma una dimensión de violencia simbólica que se constituye en la violencia obstétrica (Castro Pérez, 2022), es la atención del parto expropiada por la medicina moderna y eminentemente masculinizada, obteniendo un modelo médico contemporáneo de atención al parto que se ha prevalecido como una práctica violenta (Farias, et al., 2022), además de que el desarrollo de las ciencias y “expertos en medicina” desplazan a las mujeres tanto de la práctica que ellas anteriormente se desarrollaba por ellas (matronas), así como la creciente elaboración de estudios con perspectiva androgénica, que se mantienen en la actualidad (Flores, 2024).

Agregando, la idea cristiana de que la mujer se someta a la abnegación conyugal y el sufrimiento en el parto se presentó como una opción salvadora para las mujeres y fue adoptada por parte del modelo biomédico, principalmente en el desarrollo de la ciencia obstétrica (Castro Pérez, 2022).

De modo, que se promueve la apropiación del cuerpo de la mujer y los procesos fisiológico-presentes en el embarazo, el trabajo de parto y el periodo de expulsivo de este, concluyendo en un trato deshumanizado, donde se permite y normaliza el constante abuso de medicalización y una patologización de los procesos naturales (García Rodríguez et al., 2010)

Así mismo, esta idea tiene relación con la sociedad patriarcal, entendiendo como sociedad patriarcal a un orden sociocultural que protagoniza y otorga estigmas de poder y privilegios al hombre sobre las mujeres (García Ramírez et al., 2010).

La sociedad patriarcal ha generado dinámicas de subordinación y permisividad entre hombre y mujeres que han normalizado diversas formas de violencia, desde el maltrato verbal hasta el físico. Estas prácticas se han institucionalizado en una cultura médica que despoja a la mujer del control de su propio cuerpo, reduciendo a un objetivo científico y favoreciendo discursos que perpetúan la violencia obstétrica y simbólica durante el parto (Noriega, 2021).

Desde una perspectiva sociohistórica, la violencia obstétrica se ha consolidado a través de hitos como la implementación de lógicas productivas, la creación de instituciones hospitalarias y la configuración de interacciones simbólicas que establecen dinámicas y marcadores comunitario, de modo que estos elementos se convierten en los atributos centrales de la relación entre el equipo obstétrico y el paciente, enmarcados en escenarios que asignan roles definidos y refuerzan estructuras jerárquicas (Noriega, 2021).

Algunos de los elementos simbólicos que perpetúan la violencia obstétrica están relacionados con la concepción del proceso de parto, en donde se percibe al cuerpo femenino como una “maquina” defectuosa donde el bebé es el producto (Marques de Aguiar et al., 2020), este simbolismo justifica el abuso de la medicalización y las intervenciones innecesarias (Marques de

Aguiar et al., 2020; CNDH, 2020). Otro elemento simbólico se presenta como la imagen del profesional de salud como “salvador” o figura de autoridad, esta asimetría se traduce en la negación del consentimiento informado, la humillación y el maltrato verbal para formar la sumisión o silenciar el dolor, lo que constituye la violencia simbólica (Ales Uría Acevedo, 2025; Flores Hernández et al., 2024). De igual forma, la infantilización de la mujer, al negar su estatus de adulta, autónoma y competente, genera el simbolismo de irresponsabilidad e histórica, por lo que sus deseos y sensaciones son desconsiderados (Flores Hernández et al., 2024), esto también puede percibirse al ignorar preguntas, gritarle o regañarla, imponer posturas incómodas (CNDH, 2020).

Importancia del estudio de la violencia obstétrica

Alrededor del mundo se puede registrar que las mujeres reciben un trato irrespetuoso y ofensivo al dar a luz en establecimientos de salud, de acuerdo con lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud en las estadísticas del INEGI 2024. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en 2020, casi 800 mujeres perdieron la vida cada día debido a causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto y en la región de las Américas, aproximadamente 9,000 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Hakimi et al., (2025) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis del año 2024, lo cual fue una revisión exhaustiva que incluyó todos los datos observacionales publicados sobre la prevalencia y los factores de riesgo, sin considerar la ubicación geográfica. Esta revisión destacó la considerable prevalencia y la naturaleza multifacética de la violencia obstétrica.

Se ha resaltado que los efectos negativos de la violencia obstétrica en la salud mental, la autoestima y la calidad de vida posparto, se ven mermados y existe probabilidad de desarrollar Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) por vivir la experiencia de esta (Kohan et al., 2025). Y según la literatura, se puede demostrar que las madres gestantes, que pudiesen haber experimentado algún tipo de violencia obstétrica, durante su atención en el parto, posteriormente en el puerperio mostraron signos y síntomas de ansiedad y depresión, ciclo circadiano mayormente alterado a lo habitual y dificultad para desempeñar su maternidad (Valiente et al., 2023; Robles-Rosa & Jódar-Martínez, 2024).

Así mismo, la Secretaría de Salud de México en el 2023 mencionó que dos de cada 10 mujeres desarrollan depresión durante el embarazo o después del parto, y esto se debe al bajo nivel de escolaridad, desempleo, miedos, embarazo no deseado, violencia de género, violencia prenatal o violencia obstétrica, además, se puede decir que las mujeres que sufren algún aborto por motivo de la violencia obstétrica el 50% desarrollaría un trauma post parto; y esto podría aumentar el riesgo de padecer otros trastornos postraumáticos (Davila & Rivera, 2022). Los daños causados por la violencia obstétrica pueden ser identificados después del parto, a corto o largo plazo, manifestándose en diferentes grados de severidad y en algunos casos suele ser irreversible (Valiente et al., 2023).

Violencia obstétrica en el contexto latinoamericano y mexicano: sesgos en estrategias de intervención y atención para su prevención.

A pesar de que comenzó a gestarse y ser nombrada por iniciativas feministas y grupos de mujeres, principalmente en Sudamérica, fue a inicios de la década de 1980, donde dichos grupos empezaron a recopilar sistemáticamente testimonios e investigaciones de las experiencias de las mujeres (Iguiniz-Del Rio, 2023). Sin embargo, los estudios específicos relacionados con posibles propuestas de intervención y estrategias para la disminución y prevención de la violencia obstétrica han cobrado mayor fuerza y visibilidad a partir del siglo XXI (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010).

En México, fue hasta 2008 que se reconoció y tipificó por primera vez en la legislación mexicana a nivel estatal por Veracruz, siendo el pionero en conceptualizar en su Código Penal Artículo 369, fracción III (CP Veracruz, 2008 última reforma 27 de enero de 2015; Villanueva-Egan,

2010), impulsando la necesidad de generar estrategias de prevención y disminución. No obstante, a nivel federal sienta las bases en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007, aunque no incluyó el término “Violencia Obstétrica” de forma explícita, sentó el precedente para que fuera considerada una modalidad de la violencia institucional ejercida contra las mujeres en el ámbito de salud.

Sin embargo, en las Estadísticas del día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, hecha por el INEGI en 2024 se registró que de las 7 839 186 mujeres de 15 a 49 años que pasaron por el proceso de parto entre 2016 y 2021, el 31.4% experimentó violencia durante el parto o la cesárea y donde fue mayor la prevalencia se refiere en las mujeres atendidas en hospitales o clínicas públicas (37.9%), contrario en lo privado (15.1%), menciona que los actos reportados por las mujeres fueron: haber recibido gritos o regaños (11%), presión para implantar algún método anticonceptivo (9.7%), no dar información sobre la evolución del proceso de parto (9.0%), le negaron la atención oportuna por gritar o quejarse (8.0%) y la obligación de permanecer en una posición que les resultaba incómoda o molesta (7.2%). Estas experiencias bien están relacionadas con la violencia psicológica y simbólica, dos tipos de violencia que están estrechamente relacionadas con la violencia obstétrica (Yalley et al., 2024).

De acuerdo con diversos estudios, se considera que la mejor implementación de estrategias de intervención es mediante la capacitación y desarrollo de herramientas a los profesionales de la salud (Ramallo-Castillo et al., 2024; Yelly et al., 2024; Smith-Oka et al., 2021; Flores et al., 2019; Quintana Ruiz, 2021; Chávez Perez et al., 2024; Guzman et al., 2024; Ramallo Castillo et al., 2024; Gonzalvo Romero et al., 2024), que sugieren la implementación desde un programa de salud pública para este tipo de intervenciones (Chávez Pérez, 2024) y se propone el análisis del perfil sociodemográfico, clínico y psicológico de las embarazadas a fin de desmitificar expectativas, miedos y dudas (Ramallo-Castillo et al., 2024).

A pesar de que encontramos este tipo de propuestas ya implementadas, por ejemplo: en la Ciudad de México se implementó el “Programa Hospitalario para la Prevención y Erradicación de la Violencia Obstétrica”, el cual su objetivo fue asegurar el compromiso de atención digno, respetuoso y centrado en la persona, esto como un programa de salud pública (Chávez Pérez, 2024), en Brasil, la validación de una cartilla estructurada titulada “Alguna vez has oído hablar de Violencia Obstétrica” (Abdon et al., 2025), ambos estudios donde se prioriza la educación a los profesionales con herramientas de comunicación e información a la mujer, adicionalmente, la cartilla incluye números de emergencia para denuncias de violencia contra la mujer, buscando fomentar la cultura de la denuncia, y motivando a que existiera una eficaz y efectiva comunicación entre la relación del médico-paciente. Así como también las estrategias alternativas donde se atiende a las mujeres desde el trato humanizado, pues el parto humanizado es reconocido mundialmente como una estrategia eficiente para reducir complicaciones perinatales y lograr una maternidad satisfactoria, y a nivel latinoamericano ya cuenta con iniciativas en el sector público (Cobo Pérez, 2021) pues este modelo, no solo tiene beneficios sobre las mujeres gestantes, en parto o en puerperio, sino que también se extendió a la calidad de ambiente laborar con el que prestan servicio los médicos y enfermeros (Tapia Tomas et al., 2024).

Sin embargo, aunque se han implementado, se siguen reportando indicios que prevalecen en la práctica de la violencia obstétrica, como se pudo leer al inicio del texto, esto también alimentado por la falta de cultura de denuncia, miedo al castigo o falta de investigaciones que aborden factores actitudinales, emocionales y sistemáticos profundos (Borges Damas et al., 2023).

Agregando que muchos estudios están siendo limitados por aspectos o poblaciones específicas generando una perspectiva fragmentada, dando lugar a una laguna limitada de la comprensión tanto de la prevalencia como de la naturaleza reales de la violencia obstétrica, pues

establecer una cifra completa es fundamental para sensibilizar a la población y orientar a intervenciones eficaces y cambios en la política que estén basadas en el respeto y la dignidad (Hakami et al., 2025). Además, se deben seguir proponiendo iniciativas que estén basadas en los principios de la beneficencia, la libertad y la autonomía (Rodríguez & Martínez, 2021), así como objetivar la aparición de efectos adversos en las mujeres gestantes, en parto o puerperio (Kohan et al., 2025).

Administración y servicios de salud: burnout, modelo médico hegemónico y la cultura hospitalaria

De acuerdo con la literatura, se puede entender que la salud femenina ha sido objeto de diferentes tintes religiosos y morales con respecto al cuerpo de la mujer. De esta manera, es como se ha podido considerar que la salud femenina tiene múltiples suposiciones, es por ello por lo que desde la ciencia social considera al burnout, el modelo médico hegemónico y la cultura hospitalaria (habitus médico) como precursores de actitudes o acciones de violencia, y más en específico, de la violencia obstétrica (Rodríguez Robles, et al., 2023). Se considera que el funcionamiento de los hospitales y los servicios de salud se encuentran trabajando bajo un pensamiento lógico médico-administrativo que es altamente racionalizante, de lo cual se tiene registro desde la década de los ochenta (Castro & Erviti, 2014).

Es por ello por lo que la cultura hospitalaria, que elimina la ciudadanía de los sujetos ejerciendo un estatus de poder en donde solo el médico es el único documentado en torno a la enfermedad y los síntomas, de modo que bajo esta premisa se actúe con malos tratos a quienes acuden al servicio de salud, y en mayor énfasis, el personal de salud tiende a minimizar los saberes de las mujeres sobre su propio cuerpo (Rodríguez Robles, et al., 2023). Agregando a esto, el modelo médico hegemónico; el cual consiste en todas las prácticas, acciones, conocimientos y teorías médicas que han logrado establecerse como superiores a cualquier otra práctica que pueda tener origen tradicional, cultural o alguna relación con poderes mágicos y religiosos (Menéndez, 2020). Es este modelo, que también está denominado como la mercantilización de la salud, justifica la violencia hacia la mujer, en una forma de altruismo, pues estos actos violentos muestran una forma de pago por recibir los servicios, considerar otras opciones para su proceso de gestación, integrar prácticas culturales y creencias a su parto y seguir tradiciones culturales en su puerperio (Menéndez, 2020; Rodríguez Robles, et al., 2023).

Edmund Husserl, citado por Castro en 2014, menciona que dicho modelo y cultura es el resultado de la incorporación de un sistema jerárquico, abusos y maltratos sufridos durante la formación de residentes e internos, los cuales enfrentan presiones laborales para atender, con escasos recursos a numerosas consultas.

Según lo anterior, la demanda y sobrecarga de trabajo (burnout) que existe en los hospitales, es considerada como el factor más común para la prevalencia de la violencia obstétrica, haciendo que la violencia obstétrica no sea considerada como violencia, sino más bien como cuestiones de "calidad de atención" (Castro y Erviti, 2014). Es por ello, por lo cual la violencia obstétrica suele ser considerada, en los cuerpos de médicos obstetras-ginecológicos, como una exageración por parte de la mujer gestante, en parto o en puerperio, pues para el personal de salud la mujer está alterada y percibe como cualquier acción rutinaria como violencia o acto de dolo debido a que sus emociones y sensibilidad (Rodríguez & Martínez, 2021) con frecuencia hacen que se experimente la atención de una forma despersonalizante. En otras palabras, la violencia obstétrica también se encuentra compuesta por comportamientos o actitudes sutiles de agresión, que suelen ser invisibilizados o incluso normalizados, haciendo difícil de identificar y demostrar (Valiente et al., 2023).

Conclusión

La violencia obstétrica es una dolorosa realidad que exige ser abordada no solo como un fallo en la calidad de la atención, sino como una profunda violación de los derechos humanos y una manifestación institucionalizada de la violencia de género. El análisis de sus elementos simbólicos

– la patologización del parto, la asimetría de poder médico y la despersonalización del cuerpo femenino – revela que esa práctica se perpetúa por estructuras sociales patriarcales y un modelo médico hegemónico que despoja a la mujer de su autonomía. Es por ello por lo que, es imperativo reconocer que las secuelas de esta violencia van más allá del daño físico, dejando cicatrices emocionales duraderas, manifestadas en TEPT, ansiedad y depresión posparto.

En el contexto mexicano se ha revisado que existe una laguna en el conocimiento y que, si bien se ha empezado a intervenir en algunas instituciones, estas estrategias terminan quedando en propuestas o en políticas que no han logrado consolidarse en las instituciones. Erradicar este “monstruo de múltiples cabezas” no solo requiere la implementación de programas educativos y humanizados, sino también un cambio cultural profundo dentro de las instituciones de salud que valide la experiencia de la mujer promueva la comunicación efectiva y fomente una cultura de respeto y denuncia. Solo así podríamos transformar la experiencia del parto en un proceso digno, seguro y plenamente gozado por las mujeres.

Referencias

- Abdon, A. A. S., Marçal, L. S. C., Argentino, S., De Alcantara, A. Q., De Fátima Araújo Da Silva, F., De Souza de Freitas, J., Damasceno, B. G. C., & Rocha, S. L. (2025). Elaboração e validação de uma cartilha educativa como forma de promoção em saúde para prevenção de violência obstétrica. *OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA*, 23(3), e9148. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.80659>
- Ales Uría Acevedo, María de las Mercedes. (2025). Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con especial enfoque en Latinoamérica. *Revista latinoamericana de derecho social*, (40), 39-73. Epub 28 de abril de 2025. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2025.40.18368>
- Arteaga Gómez, A. C., Gorbea Chávez, V., Reyes Muñoz, E., Castro Llamas, J., & Pimentel Nieto, D. (s.f.). Implementación del Seminario en Bioética para las buenas prácticas clínicas dirigido a médicos residentes de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología. Instituto Nacional de Perinatología. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/782491/PRIMER_GRADO.pdf
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 42, e97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *REVISTA*, 19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). Género y salud en cifras (Vol. 8, Núm. 3). Secretaría de Salud. <https://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx>
- Chávez Pérez, A. (24). Implementación del "Programa Hospitalario para la Prevención y Erradicación la Violencia Obstétrica" en el Hospital General Ajusco Medio de la Ciudad de México, como estrategia para la disminución de la violencia obstétrica. Trabajo terminal especialidad. <https://hdl.handle.net/11285/703420>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2024) Acciones realizadas para la prevención, atención y erradicación de la violencia obstétrica. Pág. 34-71 https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Seguimiento/Prevencion_Atencion_Erradicacion_Violencia_Obstetrica.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2020). Reporte de Monitoreo Legislativo. Violencia Obstétrica. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/RML/Violencia-Obstetrica.pdf>

- Dávila, L. E. U., & Rivera, R. J. C. (2022). Violencia obstétrica y síndrome de depresión post parto en centros maternos públicos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 6639-6653. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3911
- Díaz, L. I., & Fernández, Y. (Diciembre de 2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*(51), 123-143. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Guilar-Bernal LA, Ospina-González ML, Sierra-Matamoros FA. Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia. *MedUNAB* [Internet]. 2024;27(2):164-176.doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4807>
- INEGI (2024) IV. Violencia durante la atención obstétrica. Comunicado de prensa número 678/24. 22 de noviembre de 2024. Páginas 7-8 https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_VCM_24.pdf
- Iguiniz, R., & Valdivia del Rio, F. (2023). Aproximaciones para comprender y prevenir la violencia obstétrica. *Spirat. Revista Académica De Docencia Y Gestión Universitaria*, 1(2), 43–53. <https://doi.org/10.20453/spirat.v1i2.4479>
- Flores, D. E. L. (2024). bioética feminista como fundamento teórico de la menstruación digna en México. *GénEroos Revista de Investigación y Divulgación Sobre los Estudios de Género*, 2(4), 168-185. <https://doi.org/10.53897/revgener.2024.04.07>
- Flores Hernández, A. A., Arrieta Hernández, H., Hernández Jiménez, S., & García Olvera, S. (2024). Violencia obstétrica: percepción y vivencias en las mujeres. Una revisión narrativa. *Investigación en Salud*, 26(1), 1-15. <https://repositorio.uam.es/bitstreams/5455ce18-acfa-4f0c-9523-450da20a01c3/download>
- Flores, Y. y R., Ledezma, A. G. M., Ibarra, L. E. H., & Acevedo, C. E. G.(2019). Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018028603464>
- Laínez Valiente, N. G., Martínez Guerra, G. de los Ángeles, Portillo Najarro, D. A., Alvarenga Menéndez, A. F., & Véliz Flores, A. M. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista científica Del Instituto Nacional De Salud*, 6(1), 70–77. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [LGAMVLV]. Diario Oficial de la Federación [D.O.F.] 2007, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [LODMVLV] Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela [GORBV] 23 de abril de 2007 (Venezuela) <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., Sogukpinar, N., & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 169(3), 1012-1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>
- Marques de Aguiar, J., Pires Lucas D'Oliveira, A. F., & Grilo Diniz, C. S. (2020). Violencia obstétrica en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.44>
- Mena Huitrado L. (2025) La violación a los Derechos Humanos por la Ausencia de Legislación sobre Violencia Obstétrica. Universidad del Valle de Matatipac, S.C. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/4ab0a416-b60b-48e7-86ec-4c36051caab7/content>

- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Molina Astúa, Milena, Quesada Mena, Luis Diego, Ulate Gómez, Daniel y Vargas Abarca, Sindy. (2004). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21 (1), 109-117. Recuperado el 03 de diciembre de 2025, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007&lng=en&tlng=es.
- Noriega, R. D. (2021). La violencia obstétrica y la dinámicas de interacción comunicativa en el trabajo de parto: una propuesta de análisis desde el interaccionismo simbólico. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11349/28459>
- Kohan, S., Mena-Tudela, D., & Youseflu, S. (2025). The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. *Scientific reports*, 15(1), 4799. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88708-8>
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. CTI2024. https://cti.international/wp-content/uploads/2020/11/UNCAT-OPCAT-treaties_ES.pdf#:~:text=La%20UNCAT%20fue%20adoptada%20por%20la%20Asamblea,como%20un%20principio%20del%20derecho%20internacional%20consuetudinario.
- Robles-Rosa, Ana Cristina, & Jódar-Martínez, Rosalía. (2024). Violencia obstétrica y su relación con las complicaciones psicológicas durante el puerperio. *Escritos de Psicología (Internet)*, 17(2), 72-83. Epub 05 de mayo de 2025. <https://dx.doi.org/10.24310/escpsi.17.2.2024.20294>
- Rodríguez Mir, J., & Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Rodríguez Robles A., Ávila Sánchez M., (2023) Análisis de las perspectivas teóricas sobre la salud y feminismo y su relación con el fenómeno de la violencia obstétrica. *Revista latinoamericana de ciencias sociales y humanidades*, Asunción, Paraguay. ISSN en línea: 2789-3855, marzo, 2023, Vol. 4 núm. 1, pp. 2341 <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.420>
- Quintana Ruiz (2021) "La violencia obstétrica en el parto fisiológico. Impacto y posibles intervenciones en salud" Trabajo de fin de grado, grado de enfermería, Universitat de les Illes Balears, Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Pág. 26-31 recuperado de: https://www.google.com/urlsa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9430036.pdf&ved=2ahUKEwilg_GRzf6PAxUlnGoFHRWOICwQFn_oECB0QAw&usg=AOvVaw3q1Excstbwn-dFKpFVnsc7
- Valiente, N. G. L., De los Ángeles Martínez Guerra, G., Najarro, D. A. P., Menéndez, A. F. A., & Flores, A. M. V. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *ALERTA Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 6(1), 70-77. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>
- Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
- Secretaría de Salud, S. (s. f.). 122. *En México, dos de cada 10 mujeres presentan depresión durante el embarazo o después del parto*. gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/prensa/122-en-mexico-dos-de-cada-10-mujeres-presentan-depresion-durante-el-embarazo-o-despues-del-parto?idiom=es>

=es

SOBRE EL/LOS AUTORES

Lic. Veyra Galilea Rivera Sotelo

Licenciada en Psicología, con cursos, diplomados, certificaciones y conocimiento en estudios de género, violencia de género y así como experiencia en atención a casos de violencia de género. Actualmente estudiante de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud como estudiante de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en Ciudad Victoria, Tamaulipas. Auxiliar administrativo y en investigación en la Coordinación Jurídica de la Defensoría de los Derechos Universitarios de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. ORCID: 0009-0005-0081-2097

Dra. Fabiola Peña Cárdenas

Doctora en Aprendizaje y Cognición por la Universidad de Sevilla, España. Profesora e investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Imparte asignaturas en Licenciatura y programas de posgrado. Integrante del UAT-CA-99: Psicología y Prevención de Riesgos. Líder de la Red de investigación: PRECONRI (Prevención de Conductas de Riesgo). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Presidenta Fundadora del Colegio de Psicólogos de la Frontera, A.C. (2022-2025). ORCID: 0000-0001-5895-0816

Dr. Benito Zamorano González

Doctor en Educación por la Universidad Virtual Hispánica de México. Profesor investigador de tiempo completo en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Líder del Cuerpo Académico UAT-CA 099: "Psicología y Prevención de Riesgos". Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (CONACYT). Autor de más de 30 publicaciones entre artículos, capítulos de libros y memorias en congresos nacionales e internacionales. ORCID: 0000-0003-0422-3001

Conflicto de interés

Sin conflicto de intereses

Financiamiento:

Sin financiamiento

Declaración de responsabilidad autoral:

Veyra Galilea Rivera Sotelo: Delimitó el problema de estudio y brindó la orientación sobre el estado del arte. Redactó la primera versión completa del manuscrito, integrando la síntesis argumentativa.

Fabiola Peña Cárdenas: Brindó acompañamiento académico continuo, asegurando coherencia teórica y metodológica en el desarrollo del estado del arte. Verificó la solidez de la síntesis, la pertinencia de las fuentes utilizadas y la consistencia del análisis.

Benito Zamorano González: Aportó revisiones al manuscrito, fortaleciendo la narrativa y la profundidad analítica, para garantizar su rigor científico y pertinencia.

PRÁCTICAS DISCURSIVAS DE RESILIENCIA Y PSICOLOGÍA POSITIVA COMO FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL: UN ESTUDIO DE CASOS CON ADULTOS DE TEHUACÁN, PUEBLA

Discursive practices of resilience and positive psychology as protective factors for mental health: a case study with adults from Tehuacán, Puebla

Alejandro Tovar González

<https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0004-9009-6743>

atovar2222@gmail.com

Tehuacán, Puebla, México

Resumen

La resiliencia y la psicología positiva constituyen factores protectores de la salud mental cuya expresión concreta —las prácticas discursivas que las personas construyen sobre su propia historia— ha sido poco documentada en contextos urbanos medios de México. El objetivo fue identificar las prácticas discursivas reguladoras de la resiliencia y de la psicología positiva presentes en la narrativa de tres adultos de Tehuacán, Puebla, con historias de adversidad social. Método: estudio cualitativo, de diseño hermenéutico y alcance exploratorio, basado en el análisis de casos en profundidad. Participaron tres adultos (21, 32 y 48 años; dos hombres y una mujer), seleccionados de forma intencional por presentar antecedentes de vulnerabilidad social y logros vitales percibidos. Se aplicaron una entrevista psicológica semiestructurada y una autobiografía, y la información se analizó mediante categorías teóricas de resiliencia (Cyrulnik, 2005) y psicología positiva (Seligman, 2002, 2004), triangulando ambas fuentes. Se identificaron seis categorías de psicología positiva (bienestar, satisfacción, esperanza, optimismo, flujo y felicidad) y seis de resiliencia (interpretación menos estresante de los sucesos, buen ánimo, perseverancia, confianza, resistencia y evolución) en los tres casos, articuladas discursivamente en torno a la fórmula “a pesar de...”. Destacaron la confianza en sí mismo, la esperanza de un futuro mejor, la admiración hacia figuras tutoras de resiliencia y la práctica regular de actividad física. Las conclusiones orientan a que la autonomía, la autoeficacia y la autorregulación emergen como elementos discursivos centrales que vinculan resiliencia, psicología positiva y salud mental en adultos, con implicaciones para el diseño de intervenciones clínicas y comunitarias de prevención.

Palabras clave: resiliencia, psicología positiva, salud mental, prácticas discursivas, adultez.

Abstract

Resilience and positive psychology serve as protective factors for mental health; however, their concrete expression—specifically, the discursive practices individuals construct regarding their own life stories—has been little documented in middle-class urban contexts in Mexico. The objective was to identify the discursive practices regulating resilience and positive psychology within the narratives of three adults from Tehuacán, Puebla, who had experienced social adversity. Method: A qualitative study with a hermeneutic design and exploratory scope, based on in-depth case analysis. Three adults participated (aged 21, 32, and 48; two men and one woman), purposively selected due to their backgrounds of social vulnerability and perceived life achievements. Data collection involved a

semi-structured psychological interview and an autobiographical account; the information was analyzed using theoretical categories of resilience (Cyrulnik, 2005) and positive psychology (Seligman, 2002, 2004), triangulating both sources. Six categories of positive psychology (well-being, satisfaction, hope, optimism, flow, and happiness) and six of resilience (less stressful interpretation of events, good spirits, perseverance, confidence, resistance, and evolution) were identified across the three cases, discursively articulated around the formula "despite..." Key themes included self-confidence, hope for a better future, admiration for resilience-fostering figures, and regular physical activity. The findings suggest that autonomy, self-efficacy, and self-regulation emerge as central discursive elements linking resilience, positive psychology, and mental health in adults, with implications for the design of clinical and community-based prevention interventions.

Keywords: resilience, positive psychology, mental health, discursive practices, adulthood.

INTRODUCCIÓN

La resiliencia es un tema que, en los años posteriores a la pandemia de COVID-19, ha cobrado mayor relevancia y difusión tanto en el ámbito de la intervención en salud mental como en los espacios comunitarios. No se trata de un concepto nuevo, pero sí de uno poco estudiado hasta hace relativamente poco tiempo. Abordar el desarrollo de la resiliencia como factor protector de la salud mental en la adultez resulta particularmente pertinente frente a una realidad en la que las adversidades y vulnerabilidades sociales se agudizan, sin que existan aún políticas públicas ni programas de prevención y promoción suficientes por parte de los organismos gubernamentales, pese a las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud viene formulando desde hace más de una década.

De forma complementaria, la psicología positiva —entendida como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos y las instituciones que facilitan su desarrollo, así como de los programas que mejoran la calidad de vida de las personas mientras previenen o reducen la incidencia de la psicopatología (Seligman, 2005)— reviste una importancia equiparable a la de la resiliencia, en tanto que la apropiación de sus elementos actúa igualmente como factor protector ante la patología mental y puede considerarse, por tanto, un componente clave de la promoción de la salud mental.

La salud mental puede concebirse como un entramado multifactorial en el que la influencia del entorno, las relaciones sociales, los esquemas y procesos mentales, así como los recursos cognitivos de cada individuo, interactúan con los sucesos vitales para generar reacciones que operan como factores de protección o de riesgo frente a la enfermedad mental, favoreciendo en última instancia el despliegue óptimo de las potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación (Becerra, 2014). El logro de satisfacción vital se asocia con dicha salud mental y física, tiene un efecto preventivo sobre la depresión y la desesperanza, y es fuente de resiliencia, bienestar y percepción de autorrealización personal (García, 2014). El bienestar subjetivo, por su parte, remite a lo que las personas piensan y sienten acerca de su vida y a las conclusiones cognitivas y afectivas que alcanzan al evaluar su existencia (González, 2004).

La resiliencia es la capacidad para soportar el golpe y restablecer un desarrollo en circunstancias adversas; para que ello ocurra debe conjugarse un temperamento personal, una significación cultural y un sostén social, de modo que al atribuir un sentido al acontecimiento doloroso se modifica lo que se experimenta (Cyrulnik, 2005).

Las personas resilientes experimentan los eventos estresantes de forma similar a las personas menos resilientes, pero los evalúan como menos amenazantes y se mantienen más optimistas respecto a su capacidad de afrontarlos, lo que redundará en una menor activación fisiológica y una menor probabilidad de enfermar (Lamas, 2004). Seligman (2002) describe el proceso opuesto —la indefensión aprendida— como la reacción a darse por vencido y a no asumir responsabilidad alguna, como consecuencia de creer que cualquier acción propia carece de efecto. Monroy y Palacios (2011) sitúan a las personas resilientes en tres posibles trayectorias: una evolución mejor de la esperada pese al riesgo, una adaptación positiva a pesar de la experiencia estresante, o una recuperación aceptable tras un trauma.

La psicología positiva permite abordar el estudio de los seres humanos desde una perspectiva centrada en sus potencialidades, sus recursos, su bienestar y su capacidad de reponerse ante la adversidad, aspectos históricamente poco estudiados por la psicología clínica tradicional (González, 2004). Esta rama ha permitido destacar la salud y el bienestar por encima del modelo centrado exclusivamente en la curación de la patología (Sánchez, 2011), estudiando emociones positivas —como la felicidad, la alegría o el amor— y fortalezas —como el optimismo, la creatividad, la gratitud, la sabiduría o la propia resiliencia (Oblitas, 2008). El optimismo, en particular, es una actitud disposicional que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de estos, y constituye el valor que permite enfrentar las dificultades con esperanza, buen ánimo y perseverancia (Oblitas, 2008).

El concepto de vulnerabilidad ha sido abordado desde campos tan diversos como la antropología, la sociología, la ecología política y la ingeniería, integrando nociones como riesgo, estrés, susceptibilidad, adaptación, elasticidad (resilience) y sensibilidad, entre otras (Ruiz et al., 2017). Para efectos de la presente investigación, los términos vulnerabilidad y adversidad se emplean de forma indistinta, en referencia a las condiciones económicas, familiares y sociales que exponen a los individuos a un mayor riesgo de deterioro en su salud mental.

El construccionismo social, movimiento surgido desde la psicología social, puede entenderse como un conjunto de conversaciones que se desarrollan en distintas partes del mundo y que participan en un proceso que tiende a generalizar significados, comprensiones, conocimientos y valores colectivos (Gergen, 1996). Ningún conocimiento puede liberarse de las propiedades históricas, culturales, sociales y discursivas que lo producen; el conocimiento —y lo que se denomina verdad— se construye lingüísticamente en las relaciones sociales (Gergen, 1996), y la objetividad se establece no por su proximidad a una verdad externa, sino como consecuencia de las construcciones narrativas compartidas (Cabruja et al., 2000). Desde esta perspectiva, las prácticas discursivas constituyen la construcción de pensamiento que permite alcanzar la esencia del ser a través del lenguaje, en la medida en que este ayuda a estructurar las formas en que las personas piensan, proceden, perciben e interpretan el mundo.

Esta construcción individual —sobre el propio ser, el entorno, las circunstancias y los recursos disponibles o ausentes— resulta determinante para que la persona desarrolle una postura resiliente o, por el contrario, una postura de indefensión, teniendo como elemento central la atribución de sentido a los sucesos vitales a través del lenguaje y de la introyección de significados a lo largo de la vida. Estos elementos pueden identificarse mediante la entrevista y el análisis narrativo, lo que permite comprender la cosmovisión individual de cada persona como ser social, pero desde su propia subjetividad. Pese a la relevancia de este fenómeno, existe escasa investigación empírica que documente, en el contexto sociocultural de ciudades medias mexicanas, las prácticas discursivas concretas mediante las cuales los adultos construyen resiliencia y bienestar. El presente estudio se realizó en Tehuacán, Puebla, segunda ciudad más importante del estado, cuya economía

históricamente dependiente de la avicultura y, más tarde, de la maquila textil de exportación hoy en decadencia, ha estado marcada por fenómenos migratorios y por condiciones socioeconómicas heterogéneas que constituyen un escenario pertinente para el estudio de la adversidad y sus formas de afrontamiento.

El objetivo general de la investigación fue identificar las prácticas discursivas reguladoras de la resiliencia y de la psicología positiva presentes en la narrativa de tres adultos de Tehuacán con antecedentes de adversidad social, entendidas estas prácticas como los diálogos internos que dotan de sentido la experiencia de sucesos adversos desde la perspectiva de quien los vive. De manera específica, se buscó describir las construcciones lingüísticas que permiten a los participantes hacer frente a la vulnerabilidad, minimizar su impacto negativo y fortalecer elementos como la autonomía, la autoeficacia y la autorregulación, en tanto mecanismos preventivos de la psicopatología. Los hallazgos obtenidos pueden orientar tanto el diseño de estrategias de intervención clínica (pública y privada) como el de programas comunitarios de prevención y promoción de la salud mental.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y enfoque

El estudio se inscribió en el paradigma hermenéutico y adoptó un diseño cualitativo de casos en profundidad, orientado a analizar las prácticas discursivas regulatorias que operan como factor protector de la salud mental a través de la resiliencia y la psicología positiva. Se optó por el método hermenéutico por su pertinencia para el estudio cualitativo del comportamiento humano y por su afinidad epistemológica con la psicología positiva, en la medida en que ambas buscan recuperar la experiencia humana narrada desde la perspectiva de quien la vive (Góngora y Vásquez, 2014). La investigación tuvo un carácter básico orientado a comprender el fenómeno de la resiliencia en adultos de Tehuacán y exploratorio, dada la escasez de antecedentes empíricos sobre el tema en el contexto local.

En este paradigma, la validez se entiende como el ajuste entre la observación, la medición o la apreciación realizadas y la realidad que se busca conocer, mientras que la confiabilidad remite a la estabilidad y congruencia de los resultados a lo largo del tiempo: externa, cuando distintos investigadores llegan a resultados similares en condiciones equiparables, e interna, cuando lo hacen distintos observadores sobre el mismo material (Álvarez-Gayou, 2003).

Participantes

Se empleó un muestreo intencional, no probabilístico, basado en criterios, con una muestra de tres adultos nacidos y radicados en la ciudad de Tehuacán, Puebla: dos hombres y una mujer, de 21, 32 y 48 años, respectivamente, elegidos de manera deliberada para abarcar tres décadas vitales consecutivas y así poder observar tanto diferencias como continuidades en sus prácticas discursivas. Los participantes fueron seleccionados entre usuarios del servicio de psicoterapia privada del propio investigador, a partir de antecedentes ya conocidos por este en el marco de su ejercicio profesional; se les invitó personalmente y firmaron un consentimiento informado, cuya negativa constituía el criterio de exclusión.

Los criterios de inclusión consideraron antecedentes de vulnerabilidad relacionados con la condición económica, las condiciones de convivencia familiar, la seguridad social y alimentaria, y la experiencia de situaciones adversas, así como el logro percibido de metas vitales en el presente.

Se excluyó a quienes no presentaran dichos antecedentes o no firmaran el consentimiento informado, y se estableció el abandono del proceso como criterio de eliminación.

Por razones éticas, los nombres reales de los participantes se sustituyeron por seudónimos (Memo, Mateo y Martha). Memo, de 21 años, es hijo de padres migrantes de la sierra de Oaxaca; su padre, alcohólico, ejercía violencia continua contra su madre, quien tuvo que mudarse para preservar su integridad, dejando a Memo a cargo, en parte, de su hermano menor. Mateo, de 32 años, es el tercero de cuatro hermanos de una familia cuyo padre abandonó el hogar cuando él cursaba estudios universitarios, obligándolo a trabajar para sostenerse a sí mismo y a su madre, y a retomar después sus estudios en un turno nocturno. Martha, de 48 años, creció en un entorno con carencias económicas y escaso apoyo afectivo; tras ser abandonada por su esposo, asumió sola la crianza de sus tres hijos mientras se desempeñaba como docente de bachillerato durante más de veinte años.

Instrumentos

Se emplearon dos instrumentos complementarios. El primero fue una guía de entrevista psicológica semiestructurada, diseñada por su coherencia epistemológica con el enfoque hermenéutico, orientada a recabar datos generales del entrevistado, la historia de mayor impacto personal y sus razones, la percepción de la adversidad y las estrategias de afrontamiento, así como las prácticas discursivas reguladoras de resiliencia, tanto explícitas como autoidentificadas. El segundo fue una autobiografía escrita de forma autónoma por cada participante, orientada a recuperar logros, obstáculos y pérdidas significativas, recuerdos relevantes, experiencias personales significativas y las explicaciones que cada persona atribuía a lo vivido. La información obtenida mediante ambos instrumentos se trianguló durante el análisis.

Procedimiento

El proceso se desarrolló en cinco etapas. En la primera, se invitó a los usuarios de psicoterapia que cumplieran los criterios de inclusión, se les explicó el objetivo y las implicaciones éticas de la investigación, y se obtuvo su consentimiento informado por escrito; las entrevistas se realizaron en el consultorio particular del investigador, en el horario acordado con cada participante. En la segunda etapa —trabajo de campo—, se aplicó la entrevista semiestructurada, profundizando en la historia de vida de cada participante con foco en las prácticas discursivas regulatorias de resiliencia y en los elementos de psicología positiva presentes en su relato; las entrevistas fueron grabadas en audio para su posterior transcripción.

En la tercera etapa se transcribieron las entrevistas y se analizó la información mediante categorías construidas a partir de los signos, sus significados y su manifestación en el texto, estableciendo puntos de convergencia y divergencia entre los procesos autobiográficos. En la cuarta etapa se procedió a la triangulación de los datos provenientes de ambos instrumentos, presentando los resultados a través de narrativas que condensan la historia de vida de cada participante, complementadas con tablas que identifican las categorías involucradas en cada caso. En la quinta etapa, dado el carácter hermenéutico del estudio, no se definieron variables a priori; en su lugar, se construyeron categorías acordes con la estructura de razonamiento compartida por los participantes, contrastadas con los postulados teóricos de la resiliencia (Cyrulnik, 2005) y la psicología positiva (Seligman, 2002, 2004), en un proceso final de teorización que integró los resultados con el marco teórico de referencia.

Consideraciones éticas

El estudio se condujo conforme al Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009). En atención al artículo 12, se prestó especial cuidado a la integridad de los participantes y a la minimización de daño durante la recuperación de la historia de vida, mediante acompañamiento psicológico y verificación continua de su comodidad en el proceso. En atención al artículo 56, el investigador garantiza la originalidad y autoría de la investigación y de los resultados obtenidos, citando y referenciando el trabajo de terceros en los apartados teóricos y metodológicos. Conforme al artículo 68, y con el consentimiento explícito de los participantes, se sustituyeron sus nombres reales por seudónimos para impedir su identificación en la difusión de los resultados.

RESULTADOS

La transcripción de las entrevistas y el análisis de las autobiografías permitieron identificar, en los tres casos, elementos que actúan como factores protectores de la salud mental a través de la psicología positiva, así como rasgos característicos de la construcción de resiliencia según Cyrulnik (2005), entre ellos la adquisición de recursos internos, la significación del golpe y la posibilidad de proseguir un desarrollo. A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de cada historia de vida, encabezados por una frase textual que sintetiza la particular visión del mundo de cada participante, seguidos de las prácticas discursivas identificadas y organizadas en las categorías teóricas de psicología positiva (bienestar, satisfacción, esperanza, optimismo, flujo y felicidad) y de resiliencia (interpretación menos estresante de los sucesos, buen ánimo, perseverancia, confianza, resistencia y evolución).

Caso 1. Memo: “Aunque la vida me golpee, salgo con la cara al frente”

Una de las mayores dificultades de Memo fue concluir el bachillerato: pese a disfrutar el estudio, los conflictos familiares hicieron que sus padres dejaran de apoyarlo económicamente, lo que lo llevó a trabajar mientras estudiaba; aun así, logró graduarse con buen promedio, aunque no ha podido ingresar a la universidad por razones económicas. Conoció el boxeo como mecanismo de defensa frente al acoso escolar que sufría, actividad que le ha permitido confiar más en sí mismo, superar obstáculos e incluso apoyar a otros, en la convicción de que “de eso se trata la vida: de ayudar a otros y mejorar continuamente”.

Categoría	Práctica discursiva (fragmento textual)
Bienestar	<i>“Tienes que aceptarte, así como eres [...]. Si una persona te pone condiciones para estar bien, así no.”</i>
Satisfacción	<i>“Siempre cuando un amigo busca apoyo [...] le digo cosas bonitas solo [para] motivarlo, [...] porque así me siento bien al ver a algunas personas crecer.”</i>
Esperanza	<i>“De alguna u otra manera mi mamá siempre me estuvo ayudando y apoyando en mis sueños y yo sé que en algún momento voy a llegar a ser el mejor.”</i>
Optimismo	<i>“Siempre hay que tener en cuenta que si vives es para algo [...] la vida se vive con los ojos abiertos.”</i>
Flujo	<i>“Cuando tengo problemas me tomo un descanso [...] y ya después vuelvo a casa y como que empiezo a armar mis ideas.”</i>

Felicidad	<i>“Sufriste, pero tuviste tu victoria. Te caíste, pero te levantaste y así de la nada dan ganas de gritar de felicidad.”</i>
------------------	---

Tabla 1. Prácticas discursivas de psicología positiva identificadas en Memo

Categoría	Práctica discursiva (fragmento textual)
Interpretación menos estresante	<i>“Las cosas buenas y malas que te encuentras en la vida son experiencias geniales [...] eso le da un sentido a la vida.”</i>
Buen ánimo	<i>“Siempre cuando un amigo busca apoyo [...] le digo cosas bonitas solo [para] motivarlo, para que no caiga y se levante.”</i>
Perseverancia	<i>“Soy un chico que, aunque le peguen o le hagan algo, siempre está con la cara al frente [...] y si quiere algo lo hace.”</i>
Confianza	<i>“Cuando vas creciendo vas viendo la vida de otra forma, y dices: ¡hice cosas que los papás podrían hacer; yo lo hice!”</i>
Resistencia	<i>“Me calmé, me tranquilicé, pensé las cosas [...] pensar en [dormir o morir], pues eso es de cobardes.”</i>
Evolución	<i>“Me quedo con todos los logros y también con las tristezas, porque [...] fueron una reflexión y una parte de mi vida.”</i>

Tabla 2. Prácticas discursivas de resiliencia identificadas en Memo

Caso 2. Mateo: “La piel se hace fuerte, se hace callo”

El abandono paterno obligó a Mateo a interrumpir sus estudios universitarios para trabajar y sostener a su madre; posteriormente retomó sus estudios en una escuela nocturna, tras conseguir mayores ingresos. Su crianza y su orientación sexual, sumadas a la falta de apoyo paterno, lo llevaron a desarrollar una personalidad tímida e introvertida que logró transformar mediante la confianza en sus propias capacidades y la perseverancia, que él mismo identifica como el elemento fundamental para superar la adversidad. Su visión actual es descrita como más optimista y fluida, sintetizada en la idea de que “no hay mal que dure cien años”.

Categoría	Práctica discursiva (fragmento textual)
Bienestar	<i>“Soy una persona muy optimista [...] de lo peor extraer lo mejor [...] creo que [el sentido de la vida] es ser lo más pleno posible.”</i>
Satisfacción	<i>“He hecho todo lo que he podido hasta el día de hoy; lo poco que tengo ha sido por el esfuerzo que he dado.”</i>
Esperanza	<i>“[...] el hecho de que haya sobrevivido toda la pandemia y que ahorita me esfuerce; quiero hacerlo, tengo proyectos en puerta y quiero lograrlos.”</i>
Optimismo	<i>“Hay una frase que me gusta: cuando se quiere se puede [...] si buscas los medios [...] lo haces.”</i>

Flujo	<i>“Anteriormente sí me frustraba mucho [...]. Ahora ya no dejo que las cosas pasen [así].”</i>
Felicidad	<i>“Tengo 32 años [...] tengo mi familia, mi pareja, mi empresa. Creo que tengo todo para ser feliz.”</i>

Tabla 3. Prácticas discursivas de psicología positiva identificadas en Mateo

Categoría	Práctica discursiva (fragmento textual)
Interpretación menos estresante	<i>“No hay que tomarse la vida tan a pecho [...] simplemente tomo la vida tal como viene, si se da bien y si no también.”</i>
Buen ánimo	<i>“Te llevas muchas experiencias; todo el tiempo estás viviendo cosas que te hacen crecer [...] de eso se trata la vida.”</i>
Perseverancia	<i>“Yo creo que soy muy perseverante [...] cuando me di cuenta que al ser perseverante lo lograba, me quedé en esa línea.”</i>
Confianza	<i>“Me conozco. Sé quién soy. Sé mis fortalezas y mis debilidades, y eso me da control de quién soy.”</i>
Resistencia	<i>“[...] ya invertir tiempo [y] dinero, no quisiera que fuera en balde todo ese esfuerzo [...]. Creo que no era justo para mí por todo lo que había sacrificado.”</i>
Evolución	<i>“De todo lo que he pasado [...] he sacado lo mejor de cada situación [...] me fortalece y sirve para ayudarme y [...] a alguien más.”</i>

Tabla 4. Prácticas discursivas de resiliencia identificadas en Mateo

Caso 3. Martha: “Te la tienes que creer”

Martha creció en un entorno con carencias económicas y escaso afecto familiar; descubrió en la secundaria una aptitud para las matemáticas que se convirtió en un elemento central de fortaleza y socialización durante el resto de su vida escolar. Tras ser abandonada por su esposo y enfrentar la muerte de su padre —la figura en quien sentía mayor apoyo—, asumió sola la crianza de sus tres hijos, inspirándose en una tía que sacó adelante a siete hijos tras enviudar y en una frase transmitida por la abuela de sus propios hijos. La docencia, ejercida durante casi treinta años, le ha permitido cubrir las necesidades familiares y encontrar un sentido de servicio y trascendencia.

Categoría	Práctica discursiva (fragmento textual)
Bienestar	<i>“La vida es un regalo que te da la oportunidad de coincidir con compañeros de vida [...] vayas aprendiendo en cada relación.”</i>
Satisfacción	<i>“Lo que hago me ha dado felicidad y he dado felicidad a mis seres queridos. Y veo que ha sido útil para otras personas.”</i>
Esperanza	<i>“Yo quiero dejar huella y sé que estoy dejando huella y eso me llena [...]. Cuando te das cuenta que puedes ser y hacer, eso da sentido.”</i>

Optimismo	<i>“Con las matemáticas me di cuenta de que siempre hay una solución.”</i>
Flujo	<i>“[...] me fui dando cuenta de que la vida no es tan cuadrada [...] ya veremos qué se hace para cambiar.”</i>
Felicidad	<i>“Para mí el éxito es ser feliz en cada momento. Pero la vida va cambiando [...] y tienes que ver cómo le haces.”</i>

Tabla 5. Prácticas discursivas de psicología positiva identificadas en Martha

Categoría	Práctica discursiva (fragmento textual)
Interpretación menos estresante	<i>“La vida es como el café: te la tomas como quieres. Y lo que vives es consecuencia de lo que vas diciendo.”</i>
Buen ánimo	<i>“Si quieres hacerlo, puedes; si puedes hacerlo, hay que hacerlo.”</i>
Perseverancia	<i>“Hay que cambiar primero la actitud [...]. Perseverancia y constancia.”</i>
Confianza	<i>“Ya sé cuál es mi objetivo [...] si un plan no funcionó, tendrá que haber un plan B o un plan C.”</i>
Resistencia	<i>“En primer momento lloré hasta que me cansé [...]. Me acordé: sí he podido hacer otras cosas antes, ¿por qué no podría con esto?”</i>
Evolución	<i>“Me gustan mucho las cactáceas [...] puede estar días, semanas o hasta meses, y la vuelves a plantar y ahí está. Para mí, eso es resiliencia.”</i>

Tabla 6. Prácticas discursivas de resiliencia identificadas en Martha

Convergencias entre los tres casos

El análisis transversal de las tres historias de vida permite identificar cuatro convergencias principales, congruentes con los supuestos de la investigación.

Actitud positiva, autoeficacia y automotivación

Los tres participantes se reconocen como personas optimistas y confiadas en sus propias capacidades, habiendo descubierto en la adversidad misma el alcance de lo que son capaces de lograr. La motivación, en los tres casos, se describe como autogenerada, ante la constatación de estar “solos” y de poder afrontar la situación “porque lo han hecho” antes:

“Nunca pensé en hacerlo por mí mismo... Me siento agradecido de la vida y de las experiencias que me han pasado.” (Memo)

“La seguridad te la debe dar tu entorno, tu familia; en mi caso no siento que haya sido así, sino las experiencias que viví... Ya sé lo que puedo hacer y lo que no, y ya me conozco más.” (Mateo)

“Enfrentarme a la idea que tenían en mi casa de que yo no podía hacer las cosas... yo sabía que sí podía, a mi modo, a mi estilo.” (Martha)

Primacía de la interpretación sobre el suceso adverso

En los tres casos, la forma en que se interpreta la adversidad resulta más determinante que el suceso mismo. Memo describe con orgullo haber asumido responsabilidades “que no le tocaban”; Mateo resignifica sus dificultades como “dramas de personalidad” que fue capaz de transformar; y Martha reconstruye un autoconcepto de incapacidad, transmitido por su entorno familiar, hacia una progresiva autoeficacia:

“Fue una etapa muy dolorosa... saber que estás sola. Me acordé de mi tía y dije: si ella pudo con siete, ¿cómo yo no voy a poder con tres?” (Martha)

Optimismo y esperanza como factores esenciales

Los tres participantes proyectan una visión optimista de la vida, transmitida incluso a terceros, junto con el deseo de “dejar huella” y la esperanza de un futuro mejor, consistente con los elementos identificados en las tablas anteriores.

Bienestar subjetivo, resiliencia y actividad física

Los tres relatos evidencian satisfacción y orgullo respecto a los logros alcanzados, en estrecha relación con la resiliencia y la salud mental percibida. Como dato adicional, los tres participantes comparten el gusto por la actividad física regular: boxeo, natación y gimnasio, y zumba y atletismo, respectivamente; prácticas que contribuye al bienestar desde una perspectiva fisiológica y que incide directamente en la salud biológica y mental, por lo que se identifica como un elemento protector adicional, sin que ello haya sido objeto de un análisis exhaustivo en el presente estudio.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio son congruentes con la literatura que sitúa la interpretación subjetiva de la adversidad, más que la adversidad en sí misma, como el elemento central de la construcción de resiliencia (Cyrulnik, 2005; Lamas, 2004). En los tres casos analizados, la reconstrucción discursiva del suceso adverso —articulada sistemáticamente en torno a la fórmula “a pesar de...”— permitió a los participantes desdramatizar la experiencia, atribuirle un sentido de aprendizaje y proyectarla hacia el futuro en términos de superación, en lugar de victimización. Este hallazgo refuerza la pertinencia de abordar la resiliencia desde una perspectiva discursiva y narrativa (Ocampo, 2014), y no únicamente desde inventarios de rasgos de personalidad.

La confianza en sí mismo y la autoeficacia percibida emergieron como elementos comunes a las tres historias, en línea con los planteamientos de Seligman (2002) sobre la indefensión aprendida como proceso opuesto: en los tres casos, los participantes describen haber transitado de una posición de dependencia de los padres, de la familia o del entorno, hacia una de autosuficiencia, reconociendo explícitamente el momento en que constataron que “podían hacerlo por sí mismos”. Este tránsito discursivo coincide con la definición de resiliencia como capacidad de restablecer un desarrollo tras el golpe, mediante la conjunción de un temperamento personal, una significación cultural y un sostén social (Cyrulnik, 2005), si bien en los tres casos el sostén social resultó parcial o incluso ausente en el núcleo familiar inmediato, siendo sustituido por figuras tutoras alternativas como una tía, en el caso de Martha o por la propia autoafirmación, como en los casos de Memo y Mateo.

El optimismo y la esperanza, categorías centrales tanto en la psicología positiva (Oblitas, 2008; Seligman, 2004) como en la resiliencia (Institute of HeartMath, 2014), aparecieron de forma

consistente en los tres relatos, orientados hacia la proyección de un futuro mejor y hacia el deseo de “dejar huella” en otros, lo que sugiere una dimensión trascendente y no meramente hedónica del bienestar reportado, coincidente con la propuesta de Seligman (2016) sobre el florecimiento humano como integración de emociones positivas, compromiso, relaciones, sentido y logro.

Finalmente, la coincidencia en la práctica regular de actividad física en los tres casos, aunque no constituía un objetivo específico de la investigación, resulta consistente con la literatura que documenta sus efectos fisiológicos y psicológicos positivos sobre el estado emocional (Reigal y Videra, 2011), y podría constituir una vía complementaria de intervención en programas de promoción de la salud mental basados en el fortalecimiento de la resiliencia.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten sostener que la autonomía, la autoeficacia y la autorregulación constituyen elementos discursivos centrales que articulan la resiliencia y la psicología positiva como factores protectores de la salud mental en la adultez. En los tres casos estudiados, los participantes ejecutan las acciones que consideran más adecuadas para afrontar cada situación, sostenidos en la certeza de que podrán superar los obstáculos porque ya lo han hecho antes, y regulan sus emociones “negativas” (hartazgo, duda, miedo) sin que estas los inmovilicen, lo que les permite fluir y resolver aquello que los ocupa. Los discursos autogenerados de autoeficacia y esperanza se perfilan, en este sentido, como uno de los principales factores protectores de la salud mental en los adultos estudiados.

El efecto del desarrollo de la resiliencia y la psicología positiva parece ser directamente proporcional a la salud mental: a mayor enfoque discursivo sobre las potencialidades, los atributos personales, el sentido y la esperanza de un futuro mejor, parece ser el desarrollo de indicadores de malestar psicológico, a partir del contenido de su discurso. En los tres relatos es posible reconocer la adversidad y la vulnerabilidad que marcaron momentos clave de sus trayectorias vitales como carencia económica, violencia doméstica, separación de los padres, elementos que, lejos de resultar exclusivamente lesivos, parecen haber detonado el desarrollo de recursos adaptativos articulados discursivamente en torno a la idea de superación.

Orientado hacia el ámbito clínico, los hallazgos sugieren la pertinencia de incorporar técnicas orientadas a desarrollar específicamente los elementos identificados de la psicología positiva — bienestar, satisfacción, esperanza, optimismo, flujo y felicidad—, mediante estrategias como el autorregistro de logros, el diario de gratitud, los autorregalos, las autoinstrucciones y el refuerzo positivo. Respecto a la resiliencia, las intervenciones podrían orientarse a favorecer una interpretación menos estresante de los sucesos, el mantenimiento de un buen ánimo, la perseverancia, la confianza, la resistencia y la evolución como ejes de trabajo terapéutico. A nivel comunitario, la difusión de estos hallazgos podría contribuir al diseño de estrategias de prevención y promoción de la salud mental que visibilicen el valor del optimismo, la gratitud, el sostén social percibido y la desdramatización como recursos disponibles para la población adulta en contextos de vulnerabilidad social.

Considerando líneas futuras de investigación, se sugiere explorar la indefensión aprendida en otros sujetos y evaluar el impacto de intervenciones específicas desde la psicología positiva y la resiliencia sobre la salud mental. Resulta igualmente pertinente replicar la metodología aquí empleada en otros entornos y en poblaciones en condición de vulnerabilidad adicional, como personas con discapacidad, en situación de migración, de diversidad sexual, en reclusión o víctimas

de violencia de género, a fin de valorar la consistencia de los elementos aquí identificados. Se recomienda también avanzar hacia un diseño mixto que combine el análisis narrativo con instrumentos estandarizados, como el Inventario de Rasgos de Personalidad Positivos (IRP-5) o el Inventario de Factores Personales de Resiliencia (Salgado, 2005), así como estudios de seguimiento longitudinal, de al menos diez años y con evaluaciones anuales, que permitan valorar la permanencia y evolución de las estrategias discursivas identificadas.

REFERENCIAS

- Agudelo, M., & Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, (17), 353–378. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5857466.pdf>
- Becerra, O. (2014). La salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, 18(2), 238–253.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125–146. [https://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](https://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Alianza Editorial.
- Cabruja, T., Sixto, F., & Íñiguez, L. (2000). Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Anàlisi: Quaderns de Comunicació i Cultura*, (25), 61–94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=72405>
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. (2017). *Manual de ejercicios de psicología positiva aplicada*. Funtivity. <https://funtivity.biz/wp-content/uploads/Ejercicios-Psicología-Positiva.pdf>
- Cyrułnik, B. (2005). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Gedisa.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, (56). <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/35345>
- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del Pensamiento*, 8(16). <https://www.redalyc.org/pdf/1411/141132947001.pdf>
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Paidós Básica.
- Góngora, E., & Vásquez, I. (2014). Hacia un enfrentamiento positivo a la vida. Su relación con la felicidad y la espiritualidad. En N. I. González Arriata y L. López Fuentes (Eds.), *Bienestar y familia. Una mirada desde la psicología positiva* (pp. 37–60). Ediciones EON.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Gedisa.
- Lamas, H. (2004). Promoción de la salud: una propuesta desde la psicología positiva. *Liberabit. Revista de Psicología*, (10), 45–67. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/788_salud_adol/material/promocion_de_salud.pdf
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23). <https://www.redalyc.org/pdf/213/21311917006.pdf>

- Oblitas, G. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1). <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/2733>
- Ocampo, R. (2014). Prácticas discursivas sobre agencia política de jóvenes en condiciones de vulnerabilidad en la ciudad de Manizales. [Tesis de maestría. Universidad de Manizales]. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140805061601/MontoyaGuzmanAlvaro2014.pdf>
- Rodríguez, D. (2018). Una revisión al constructo resiliencia. Historia y panorama actual [Trabajo de grado, Universidad de San Buenaventura Colombia]. http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/5694/1/Revisi%C3%B3n_Constructo_Resiliencia_Rodriguez_2017.pdf
- Ruiz, A., González, N., González, S., Aguilar, Y., & Torres, M. (2017). Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres. *Liberabit*, 24(1), 97–113. <https://www.redalyc.org/journal/686/68656777007/68656777007.pdf>
- Sánchez, M. (2011). La psicología positiva: Su relación con la salud y el bienestar. *Desbordes, Revista de Investigaciones Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades – UNAD*, 39–47.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Ediciones B.
- Seligman, M. (2004). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Random House Mondadori.
- Seligman, M. (2016). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Océano.
- Vanistendael, S., Gaberan, P., Humbeeck, B., Lecomte, J., Manil, P., & Rouyer, M. (2013). *Resiliencia y humor*. Gedisa.

BIORREMEDIACIÓN SOCIAL: ADAPTACIÓN CONCEPTUAL DE UN PRINCIPIO BIOTECNOLÓGICO Y PROPUESTA DE UNA NUEVA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA HUMANA

Social Bioremediation: A Conceptual Adaptation of a Biotechnological Principle and a Proposal for a New Research Framework on Human Adaptive Capacity

Yeni Nohemi Martínez López

yenimalo@gmail.com

San Luis Potosi, S.L.P.

Resumen

La acelerada transformación tecnológica, el incremento de los problemas de salud mental y el deterioro de diversos indicadores sociales evidencian la necesidad de desarrollar nuevos modelos interdisciplinarios capaces de fortalecer la capacidad adaptativa humana. La biorremediación, entendida en biotecnología como el proceso mediante el cual organismos vivos restauran ecosistemas alterados, constituye un referente conceptual susceptible de ser adaptado al ámbito humano y social. El presente trabajo propone el concepto de **Biorremediación Social** como un modelo interdisciplinario orientado a la recuperación y fortalecimiento de la capacidad adaptativa de individuos y comunidades mediante la integración de conocimientos provenientes de la biología, la psicología, las ciencias sociales, la salud pública y las tecnologías digitales. Asimismo, se plantea una estructura conceptual que permita desarrollar herramientas de evaluación, monitoreo e intervención sustentadas en evidencia científica. Finalmente, se propone una agenda de investigación para validar este modelo y explorar su aplicación en salud mental, rehabilitación, prevención de adicciones, bienestar y políticas públicas.

Palabras clave: Biorremediación social; capacidad adaptativa; salud mental; biotecnología; salud digital; inteligencia artificial; resiliencia; innovación social.

Abstract

The accelerated pace of technological transformation and the increasing prevalence of mental health challenges highlight the need for new conceptual frameworks aimed at strengthening human adaptive capacity. This paper proposes **Social Bioremediation** as a conceptual adaptation of the biotechnological principle of bioremediation to the human and social context. A conceptual and interdisciplinary research approach was conducted through phenomenon observation, comparative analysis, and the review of specialized literature. As a result, the paper presents the conceptualization of Social Bioremediation, its fundamental components, and human adaptive capacity as the central integrating element of the proposed framework. Finally, the study suggests that this conceptual framework may serve as a foundation for future research focused on technological tools, intervention methodologies, and interdisciplinary strategies designed to strengthen human adaptation to contemporary challenges.

INTRODUCCIÓN

La humanidad atraviesa uno de los periodos de transformación más acelerados de su historia. El desarrollo de la inteligencia artificial, la automatización, la biotecnología, las neurociencias y las tecnologías digitales ha modificado profundamente la manera en que las personas trabajan, se comunican, aprenden, producen conocimiento y participan en la sociedad. Estos avances han generado oportunidades sin precedentes para el desarrollo científico, económico y social; sin embargo, también han introducido nuevos desafíos relacionados con la capacidad de adaptación de los individuos y las comunidades frente a un entorno caracterizado por cambios continuos y cada vez más complejos.

Paralelamente a este progreso tecnológico, diversos organismos internacionales han documentado un incremento sostenido en la prevalencia de trastornos de salud mental, ansiedad, depresión, consumo problemático de sustancias, aislamiento social, violencia y otras manifestaciones asociadas al deterioro del bienestar biopsicosocial. Estos fenómenos representan actualmente uno de los principales desafíos para los sistemas de salud pública, debido a su impacto sobre la calidad de vida, la productividad, la cohesión social y el desarrollo sostenible.

Aunque estas problemáticas han sido abordadas desde disciplinas como la medicina, la psicología, la psiquiatría, la salud pública y las ciencias sociales, con frecuencia las intervenciones se desarrollan de manera fragmentada, limitando la comprensión integral de los procesos de adaptación humana. Esta situación plantea la necesidad de explorar nuevos enfoques interdisciplinarios que permitan comprender la interacción entre los factores biológicos, psicológicos, sociales y tecnológicos que influyen en la capacidad de las personas para afrontar condiciones adversas y recuperar su funcionalidad.

En el ámbito de la biotecnología, la **biorremediación** constituye una estrategia ampliamente reconocida para restaurar ecosistemas alterados mediante el empleo de organismos vivos capaces de transformar o eliminar los agentes que comprometen su equilibrio. Más allá de su aplicación ambiental, este principio representa un marco conceptual basado en la restauración de sistemas complejos que han perdido su capacidad de funcionar adecuadamente.

Partiendo de esta analogía, el presente trabajo propone la **Biorremediación Social** como una adaptación conceptual del principio biotecnológico de la biorremediación al ámbito humano y social. Esta propuesta plantea que la recuperación de la capacidad adaptativa de individuos y comunidades puede fortalecerse mediante la integración de conocimientos provenientes de la biología, la psicología, las ciencias sociales, la salud pública y las tecnologías digitales, con el propósito de desarrollar estrategias fundamentadas en evidencia para favorecer procesos de recuperación, resiliencia, rehabilitación e integración social.

La capacidad adaptativa constituye uno de los principales determinantes de la resiliencia individual y colectiva frente a escenarios de cambio acelerado. En este contexto, resulta pertinente preguntarse si los modelos actuales de intervención son suficientes para responder a los desafíos que plantea la transformación tecnológica contemporánea o si es necesario construir nuevos marcos conceptuales capaces de integrar la complejidad biológica, psicológica y social del ser humano.

En este sentido, el presente artículo tiene como objetivo **conceptualizar la Biorremediación Social como una adaptación de un principio biotecnológico y proponerla como fundamento para el desarrollo de una línea de investigación orientada al fortalecimiento de la capacidad adaptativa humana**, estableciendo sus bases teóricas, alcances, posibles aplicaciones y perspectivas de investigación futura.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo corresponde a una **investigación de carácter conceptual, interdisciplinario y propositivo**, cuyo propósito consiste en desarrollar un marco teórico que adapte el principio biotecnológico de la biorremediación al estudio de la capacidad adaptativa humana.

La construcción de la propuesta se llevó a cabo mediante una revisión integradora de literatura científica relacionada con biotecnología, biorremediación, salud mental, psicología, resiliencia, salud pública, teoría de sistemas, neurociencias, inteligencia artificial, salud digital y ciencias sociales. El análisis consideró conceptos, principios y modelos provenientes de estas disciplinas con el propósito de identificar elementos convergentes susceptibles de integrarse en una propuesta conceptual unificada.

Posteriormente se realizó un análisis comparativo entre los fundamentos de la biorremediación clásica y los procesos de adaptación humana descritos por la literatura científica, identificando analogías funcionales relacionadas con la restauración del equilibrio, la recuperación de la funcionalidad y el fortalecimiento de la capacidad adaptativa de sistemas complejos.

Como resultado de este proceso se formuló el concepto de **Biorremediación Social**, entendido como una adaptación conceptual del principio biotecnológico de la biorremediación al ámbito humano y social. La propuesta integra componentes biológicos, psicológicos, sociales, clínicos y tecnológicos dentro de un mismo marco conceptual, con el propósito de servir como fundamento para futuras investigaciones interdisciplinarias.

Construcción del concepto

*La formulación del concepto de **Biorremediación Social** surgió a partir de la observación de la necesidad de integrar conocimientos provenientes de la biotecnología, las ciencias de la salud, la psicología y las ciencias sociales para comprender los procesos de adaptación humana desde una perspectiva sistémica. Inicialmente se identificó una analogía funcional entre los principios de la biorremediación biotecnológica —orientados a la restauración de ecosistemas alterados mediante procesos biológicos— y los procesos de recuperación observados en individuos y comunidades afectados por factores biopsicosociales.*

*A partir de esta observación se desarrolló un proceso de análisis conceptual sustentado en literatura científica interdisciplinaria, con el propósito de delimitar los componentes teóricos, las relaciones funcionales y el alcance de la propuesta. El resultado fue la formulación del concepto de **Biorremediación Social**, entendido como una adaptación conceptual del principio biotecnológico de la biorremediación al estudio de la capacidad adaptativa humana y su fortalecimiento mediante intervenciones integrales basadas en evidencia.*

Técnicas de investigación

Para la construcción de la presente propuesta conceptual se emplearon técnicas de investigación orientadas al análisis e integración de conocimiento proveniente de diversas disciplinas.

En una primera etapa se realizó la **observación del fenómeno**, centrada en las limitaciones presentes en los procesos de atención, seguimiento y evaluación de personas con problemas de salud mental y dependencias, particularmente en instituciones dedicadas a la atención de personas con problemas de salud mental, adicciones y procesos de rehabilitación psicosocial. Durante este proceso se identificaron necesidades relacionadas con la fragmentación de la información, la ausencia de indicadores objetivos para evaluar la recuperación, la limitada interoperabilidad entre

instituciones y la escasez de herramientas tecnológicas que permitieran fortalecer el monitoreo integral de los procesos terapéuticos.

Posteriormente se desarrolló un **análisis conceptual y comparativo** entre los principios de la biorremediación biotecnológica y los procesos de adaptación, recuperación y resiliencia descritos en la literatura científica de las ciencias biológicas, la psicología, la salud pública y las ciencias sociales, con el propósito de identificar analogías funcionales que justificaran la adaptación del concepto al ámbito humano y social.

Finalmente, mediante un proceso de **integración interdisciplinaria y síntesis conceptual**, se formuló la propuesta denominada **Biorremediación Social**, definiendo sus principios fundamentales, componentes teóricos y posibles ámbitos de aplicación como fundamento para el desarrollo de futuras investigaciones orientadas al estudio de la capacidad adaptativa humana.

Criterios de inclusión

Para el desarrollo del presente marco conceptual se consideraron publicaciones científicas, libros especializados, documentos técnicos y reportes de organismos nacionales e internacionales que abordaran fundamentos teóricos y evidencia relacionada con los siguientes ejes temáticos:

- Biorremediación y principios biotecnológicos aplicados a la restauración de sistemas.
- Adaptación biológica, psicológica y social.
- Capacidad adaptativa, resiliencia y recuperación humana.
- Salud mental, bienestar y procesos de rehabilitación.
- Salud pública y determinantes sociales de la salud.
- Biotecnología y su aplicación en las ciencias de la salud.
- Teoría de sistemas y enfoques interdisciplinarios.
- Inteligencia artificial, salud digital y tecnologías aplicadas al monitoreo y fortalecimiento de procesos de atención.
- Modelos de intervención orientados a la prevención, recuperación e integración social.

Asimismo, se priorizaron documentos que aportaran fundamentos conceptuales susceptibles de integrarse en una propuesta interdisciplinaria para el estudio de la capacidad adaptativa humana.

Apartado ético

El presente trabajo corresponde a una **propuesta conceptual de carácter interdisciplinario**, cuyo propósito es **proponer y fundamentar conceptualmente** la Biorremediación Social como un marco de referencia para el estudio de la capacidad adaptativa humana y el desarrollo de futuras investigaciones orientadas a su fortalecimiento.

Su elaboración se desarrolló con apego a los principios de **integridad científica, objetividad, transparencia y respeto por la propiedad intelectual**, sustentándose en la observación de fenómenos contemporáneos relacionados con el deterioro de la salud mental, el incremento de la ansiedad, el aislamiento social, el consumo problemático de sustancias, las dependencias, la violencia y otras manifestaciones que afectan el bienestar biopsicosocial de individuos y comunidades, así como en el análisis crítico e interdisciplinario del conocimiento científico disponible.

La presente propuesta **no reporta resultados derivados de investigación clínica o experimental con seres humanos**, por lo que no implicó la intervención directa sobre participantes ni el tratamiento de datos personales identificables. En consecuencia, el manuscrito tiene como finalidad presentar un marco conceptual susceptible de ser evaluado y validado mediante investigaciones posteriores.

Si bien el concepto de **Biorremediación Social** se encuentra en una etapa inicial de desarrollo científico, su aplicación ha comenzado a explorarse mediante el diseño de herramientas tecnológicas y procesos de vinculación institucional orientados a facilitar futuras investigaciones, procesos de evaluación y estrategias de implementación en distintos contextos relacionados con la salud, el bienestar y la adaptación humana.

RESULTADOS

Adaptación conceptual de la biorremediación al ámbito humano y social

El principal resultado del presente trabajo consiste en la adaptación conceptual del principio biotecnológico de la biorremediación al estudio de la capacidad adaptativa humana.

En la biotecnología, la biorremediación constituye un proceso mediante el cual organismos vivos restauran ecosistemas alterados a través de mecanismos biológicos capaces de transformar o eliminar los factores que comprometen su equilibrio y funcionalidad. A partir del análisis desarrollado en esta investigación, se identificó que dicho principio puede extrapolarse al ámbito humano y social, considerando que individuos, comunidades e instituciones también constituyen sistemas complejos cuya funcionalidad puede verse afectada por múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Bajo esta perspectiva, la remediación deja de entenderse exclusivamente como un proceso ambiental y se plantea como un proceso orientado al fortalecimiento de la capacidad adaptativa humana mediante estrategias interdisciplinarias sustentadas en evidencia científica.

Conceptualización de la Biorremediación Social

Como resultado del proceso de construcción conceptual desarrollado en este trabajo, se propone la siguiente definición:

La Biorremediación Social es una propuesta conceptual interdisciplinaria que adapta los principios de la biorremediación biotecnológica al ámbito humano y social, con el propósito de fortalecer la capacidad adaptativa de individuos y comunidades mediante la integración de conocimientos biológicos, psicológicos, clínicos, sociales y tecnológicos, favoreciendo procesos de recuperación, resiliencia, bienestar e integración social sustentados en evidencia científica.

Esta definición constituye el fundamento conceptual de la presente propuesta y representa el principal aporte del artículo.

La capacidad adaptativa humana como objeto de estudio

El análisis realizado permitió identificar que el elemento central del concepto propuesto no corresponde a una enfermedad específica, a una condición clínica determinada o a un grupo poblacional particular, sino a la capacidad adaptativa humana, entendida como el conjunto de procesos que permiten a individuos y comunidades responder, reorganizarse y fortalecerse frente a condiciones cambiantes, preservando su funcionalidad, bienestar y posibilidad de desarrollo.

Desde esta perspectiva, la ansiedad, la depresión, el aislamiento social, las adicciones, la violencia, el estrés crónico y otras manifestaciones del deterioro biopsicosocial pueden entenderse como expresiones de alteraciones en dicha capacidad adaptativa, susceptibles de abordarse mediante estrategias integrales orientadas a fortalecer los recursos biológicos, psicológicos, sociales e institucionales disponibles.

En consecuencia, la capacidad adaptativa humana se propone como el eje integrador del marco conceptual de la Biorremediación Social y como un posible objeto de estudio para futuras investigaciones interdisciplinarias.

Componentes del marco conceptual de la Biorremediación Social

Como resultado de la integración interdisciplinaria realizada durante esta investigación se identificaron cinco componentes fundamentales que interactúan de manera dinámica dentro del proceso de Biorremediación Social.

Componente biológico

Comprende los procesos fisiológicos, metabólicos y neurobiológicos relacionados con la homeostasis, la neuroplasticidad, la adaptación y la respuesta del organismo frente a condiciones adversas.

Componente psicológico

Integra los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que intervienen en la regulación emocional, la resiliencia, el afrontamiento y la recuperación individual.

Componente social

Considera la influencia del entorno familiar, comunitario, educativo, económico y cultural sobre el bienestar y la capacidad adaptativa de las personas.

Componente tecnológico

Propone el uso de inteligencia artificial, salud digital, análisis de datos, biomarcadores y herramientas tecnológicas como mecanismos de apoyo para el monitoreo, evaluación y fortalecimiento de los procesos adaptativos.

Componente institucional

Reconoce la participación coordinada de instituciones de salud, educación, investigación, rehabilitación, asistencia social y organismos públicos como actores fundamentales para promover procesos sostenibles de Biorremediación Social.

Ámbitos potenciales de aplicación

Derivado del marco conceptual propuesto, se identifican diversos escenarios donde la Biorremediación Social podría orientar el desarrollo de futuras investigaciones y estrategias de intervención interdisciplinaria, entre ellos:

- salud mental y bienestar;
- prevención y atención de adicciones y dependencias;
- salud pública;
- educación;
- desarrollo comunitario;
- envejecimiento saludable;
- reintegración social;
- sistemas penitenciarios;

- políticas públicas;
- salud digital e inteligencia artificial aplicada a la salud;
- desarrollo de herramientas tecnológicas para el monitoreo y fortalecimiento de la capacidad adaptativa humana.

La amplitud de estos ámbitos refleja el carácter transversal de la propuesta y su potencial para integrarse con diversas disciplinas científicas.

Proyección científica de la propuesta

Finalmente, uno de los resultados más relevantes de este trabajo consiste en establecer las bases conceptuales para el desarrollo de futuras investigaciones orientadas a evaluar, validar y fortalecer el concepto de **Biorremediación Social**. Si bien la propuesta presentada no constituye una teoría validada experimentalmente, proporciona un marco de referencia que integra principios provenientes de la biotecnología, las ciencias de la salud, la psicología, las ciencias sociales y las tecnologías digitales para el estudio de la capacidad adaptativa humana.

Asimismo, la evolución de esta propuesta ha permitido el desarrollo inicial de herramientas tecnológicas inspiradas en los principios aquí descritos, así como procesos de vinculación con instituciones y espacios de innovación, lo que evidencia su potencial para trascender el plano conceptual y avanzar hacia futuras etapas de investigación, validación e implementación.

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente trabajo permiten plantear que la **Biorremediación Social** constituye una propuesta conceptual que busca integrar conocimientos provenientes de disciplinas que tradicionalmente han abordado de manera independiente los procesos de adaptación humana. Mientras que la biotecnología ha desarrollado estrategias para restaurar ecosistemas alterados mediante mecanismos biológicos, las ciencias de la salud, la psicología y las ciencias sociales han generado múltiples modelos orientados al estudio de la salud mental, la resiliencia y la recuperación. Sin embargo, la integración sistemática de estos enfoques dentro de un mismo marco conceptual continúa siendo limitada.

La propuesta presentada no pretende sustituir los modelos clínicos, psicológicos o sociales existentes. Por el contrario, reconoce el valor de cada uno de ellos y plantea la posibilidad de articular sus aportaciones mediante un enfoque interdisciplinario cuyo eje central sea la **capacidad adaptativa humana**. Desde esta perspectiva, la salud mental deja de entenderse únicamente como la ausencia de enfermedad y se reconoce como uno de los componentes fundamentales que permiten a individuos y comunidades responder, reorganizarse y desarrollarse frente a escenarios de cambio.

El acelerado desarrollo de tecnologías como la inteligencia artificial, la automatización, la biotecnología y las neurotecnologías plantea nuevos retos para la sociedad. Aunque estas innovaciones ofrecen oportunidades significativas para mejorar la calidad de vida, también incrementan la complejidad de los procesos de adaptación individual y colectiva. En este contexto, fortalecer la capacidad adaptativa de las personas podría representar un elemento estratégico para favorecer una transición tecnológica más sostenible, equitativa y centrada en el bienestar humano.

En este sentido, la inteligencia artificial no se plantea como un sustituto del juicio clínico ni de la intervención profesional, sino como una herramienta capaz de apoyar procesos de monitoreo, análisis de información, identificación de patrones, generación de indicadores y toma de decisiones basada en evidencia. Su incorporación dentro del marco de la Biorremediación Social tendría como

finalidad fortalecer las capacidades de los profesionales e instituciones, promoviendo intervenciones más oportunas, personalizadas e integrales.

No obstante, la presente propuesta enfrenta desafíos importantes. Al tratarse de un marco conceptual, requiere ser sometida a procesos de validación científica que permitan evaluar la pertinencia de sus fundamentos, definir indicadores objetivos de capacidad adaptativa, desarrollar metodologías de medición y analizar su aplicabilidad en diferentes contextos poblacionales e institucionales. Asimismo, será necesario establecer protocolos de investigación que permitan determinar el impacto de las estrategias derivadas del modelo sobre variables relacionadas con la salud mental, el bienestar y la integración social.

Más que presentar respuestas definitivas, la Biorremediación Social propone una nueva forma de comprender la relación entre la biología, la salud mental, la tecnología y la sociedad. Su principal aportación consiste en ofrecer un marco conceptual que permita integrar conocimientos previamente dispersos y abrir nuevas posibilidades para la investigación interdisciplinaria sobre la adaptación humana frente a los desafíos contemporáneos.

Desde esta perspectiva, el desarrollo tecnológico difícilmente puede considerarse plenamente sostenible si no va acompañado de estrategias orientadas a fortalecer la capacidad adaptativa de las personas y las comunidades. La innovación tecnológica y la innovación humana no constituyen procesos independientes; por el contrario, evolucionan de manera interdependiente y requieren avanzar de forma equilibrada para favorecer un desarrollo verdaderamente sostenible.

CONCLUSIONES

El presente trabajo propone la **Biorremediación Social** como una adaptación conceptual del principio biotecnológico de la biorremediación al ámbito humano y social, estableciendo un marco interdisciplinario para comprender y fortalecer la capacidad adaptativa de individuos y comunidades frente a los desafíos contemporáneos.

La principal aportación de esta propuesta consiste en situar a la **capacidad adaptativa humana** como el eje integrador de procesos biológicos, psicológicos, sociales, clínicos y tecnológicos, ofreciendo una perspectiva sistémica que complementa los enfoques actualmente utilizados para abordar problemáticas relacionadas con la salud mental, el bienestar, las dependencias, el aislamiento social y otras manifestaciones del deterioro biopsicosocial.

Más que presentar un modelo concluido o una teoría validada, la Biorremediación Social se plantea como un **marco conceptual** que busca favorecer el diálogo entre distintas disciplinas y establecer las bases para el desarrollo de futuras investigaciones orientadas a su validación científica, delimitación conceptual y aplicación en diversos contextos relacionados con la salud, la educación, la innovación tecnológica y las políticas públicas.

Asimismo, el concepto propone una perspectiva desde la cual el desarrollo tecnológico y el desarrollo humano no deben entenderse como procesos independientes, sino como dimensiones complementarias cuyo equilibrio resulta indispensable para favorecer un progreso sostenible. En este sentido, se plantea como **hipótesis conceptual** que el fortalecimiento de la capacidad adaptativa de individuos y comunidades constituye un componente esencial para enfrentar los retos derivados de la acelerada transformación tecnológica de la sociedad.

Como consecuencia, la Biorremediación Social podría orientar el desarrollo futuro de herramientas tecnológicas, metodologías de evaluación, estrategias de intervención interdisciplinaria y nuevas líneas de investigación destinadas a comprender, medir y fortalecer la capacidad adaptativa humana mediante enfoques sustentados en evidencia científica.

Finalmente, la presente propuesta no pretende ofrecer respuestas definitivas ni sustituir los modelos científicos existentes, sino abrir una nueva perspectiva para comprender la adaptación humana desde un enfoque interdisciplinario. La validación empírica del concepto, la construcción de indicadores objetivos y el desarrollo de metodologías que permitan evaluar su impacto constituyen los siguientes pasos para consolidar la Biorremediación Social como un marco de referencia científicamente sustentado.

La historia de la humanidad ha demostrado que toda transformación tecnológica modifica la forma en que las sociedades viven, trabajan y se relacionan. Sin embargo, la sostenibilidad de dichas transformaciones dependerá no solo de la velocidad con que avance la tecnología, sino también de la capacidad del ser humano para adaptarse a ellas. En este contexto, la Biorremediación Social se propone como un marco conceptual que invita a la comunidad científica a estudiar, fortalecer y acompañar la capacidad adaptativa humana desde una perspectiva biotecnológica, clínica, psicológica, social y tecnológica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Azubuikwe, C. C., Chikere, C. B., & Okpokwasili, G. C. (2016). Bioremediation techniques—classification based on site of application: Principles, advantages, limitations and prospects. *World Journal of Microbiology and Biotechnology*, 32(11), Article 180. <https://doi.org/10.1007/s11274-016-2137-x>
- Bertalanffy, L. von. (1989). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W. W. Norton & Company.
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species by means of natural selection*. John Murray.
- Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself*. Viking.
- Dobzhansky, T. (1973). Nothing in biology makes sense except in the light of evolution. *The American Biology Teacher*, 35(3), 125–129.
- Frenk, J. (2006). Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet*, 368(9546), 954–961. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69399-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69399-3)
- Gadd, G. M. (2004). Microbial influence on metal mobility and application for bioremediation. *Geoderma*, 122(2–4), 109–119. <https://doi.org/10.1016/j.geoderma.2004.01.002>
- Kandel, E. R. (2006). *In search of memory: The emergence of a new science of mind*. W. W. Norton & Company.
- Lee, E. E., Torous, J., De Choudhury, M., Depp, C. A., Graham, S. A., Kim, H. C., Paulus, M. P., Krystal, J. H., & Jeste, D. V. (2021). Artificial intelligence for mental health care: Clinical applications, barriers, facilitators, and artificial wisdom. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 6(9), 856–864. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.02.001>
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- Morin, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *La salud mental en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3rd ed.). Henry Holt and Company.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworth.
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.
- M. (2001). Bioremediation. *Pure and Applied Chemistry*, 73(7), 1163–1172. <https://doi.org/10.1351/pac200173071163>

EJE MICROBIOTA-INTESTINO-CEREBRO EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE REVISIONES SOBRE EVIDENCIA EMERGENTE, MECANISMOS BIOLÓGICOS Y PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS

The microbiota-gut-brain axis in borderline personality disorder: An umbrella review of emerging evidence, biological mechanisms, and therapeutic perspectives

Juan Carlos Ferreira Alcántara, 0009-0001-9454-2948 

Universidad del Valle de México Campus Querétaro, Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina.

Santiago de Querétaro, Querétaro, México

juan_ferreira@my.uvm.edu.mx

Nelly Jovana Pastén Castrejón, 0009-0009-0515-722X 

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Santiago de Querétaro, Querétaro, México

jovana.pasten@tec.mx

Mardey Liceth Cuellar Nuñez, 0000-0003-2045-8951 

Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Medicina, Centro de Investigación Biomédica Avanzada.

Santiago de Querétaro, Querétaro. México

liceth.cuellar@uaq.mx

Resumen

Introducción: El trastorno límite de la personalidad (TLP) se perfila cada vez más como una condición sistémica y del neurodesarrollo caracterizada por inestabilidad emocional, impulsividad y alta comorbilidad transdiagnóstica. La adversidad temprana desencadena disfunciones biológicas crónicas, donde el eje microbiota-intestino-cerebro emerge como un modulador inmunometabólico crucial. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia reciente sobre la implicación etiopatogénica y transdiagnóstica del microbioma intestinal, la neuroinflamación y la carga alostática en el TLP. **Métodos:** Siguiendo los lineamientos PRISMA para revisiones de alcance, se buscaron artículos en PubMed, Scopus, Web of Science y PsycINFO. Tras un riguroso cribado metodológico, se incluyeron 41 estudios empíricos y revisiones de alta relevancia publicados entre 2021 y 2026, enfocados en neurobiología, biomarcadores sistémicos y microbiota. **Resultados:** La evidencia indica que el estrés crónico derivado del trauma altera el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, induciendo disbiosis y reduciendo taxones bacterianos productores de ácidos grasos de cadena corta. Esto fomenta la hiperpermeabilidad intestinal y una subsecuente endotoxemia de bajo grado. El estado neuroinflamatorio resultante desvía el metabolismo del triptófano hacia la vía de la quinurenina, reduciendo la serotonina y afectando estructuralmente las redes frontolímbicas. Estas alteraciones sistémicas exacerban directamente los fallos en el control inhibitorio, la hiperreactividad amigdalina y las conductas adictivas. **Conclusiones:** El TLP debe ser reconceptualizado como un trastorno inmunometabólico de alta complejidad. La intervención sobre la microbiota intestinal

mediante enfoques psicobióticos representa una prometedora vía terapéutica coadyuvante dentro de la psiquiatría de precisión.

Palabras Clave: Trastorno de Personalidad Limítrofe; Microbioma Gastrointestinal; Eje Intestino-Cerebro; Neuroinflamación; Carga Alostática; Trauma Psicológico.

Abstract:

Introduction: Borderline personality disorder (BPD) is increasingly profiled as a systemic and neurodevelopmental condition characterized by emotional instability, impulsivity, and high transdiagnostic comorbidity. Early adversity triggers chronic biological dysfunctions, where the microbiota-gut-brain axis emerges as a crucial immunometabolic modulator. **Objective:** To synthesize recent evidence on the etiopathogenic and transdiagnostic involvement of the gut microbiome, neuroinflammation, and allostatic load in BPD. **Methods:** Following the PRISMA guidelines for scoping reviews, articles were searched in PubMed, Scopus, Web of Science, and PsycINFO. After rigorous methodological screening, 41 highly relevant empirical studies and reviews published between 2021 and 2026, focusing on neurobiology, systemic biomarkers, and microbiota, were included. **Results:** Evidence indicates that chronic stress derived from trauma alters the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, inducing dysbiosis and reducing short-chain fatty acid-producing bacterial taxa. This promotes intestinal hyperpermeability and subsequent low-grade endotoxemia. The resulting neuroinflammatory state diverts tryptophan metabolism towards the kynurenine pathway, reducing serotonin and structurally affecting frontolimbic networks. These systemic alterations directly exacerbate failures in inhibitory control, amygdala hyperreactivity, and addictive behaviors. **Conclusions:** BPD must be reconceptualized as a highly complex immunometabolic disorder. Interventions targeting the gut microbiota through psychobiotic approaches represent a promising adjunctive therapeutic pathway within precision psychiatry.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Gastrointestinal Microbiome; Gut-Brain Axis; Neuroinflammation; Allostatic Load; Psychological Trauma.

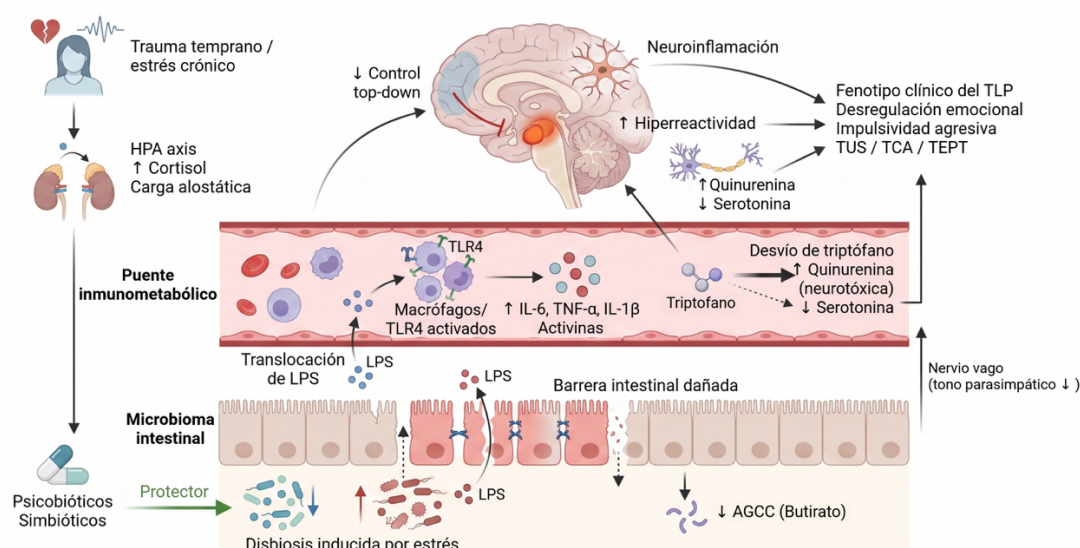


Ilustración 1. Eje Microbioma-Intestino-Cerebro en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP): Conexión Inmunometabólica y Estrés. Creado con Biorender.com, autoría de Ferreira A. J.C.

INTRODUCCIÓN

Trastorno límite de la personalidad: marco clínico, comorbilidad y vulnerabilidad neuropsiquiátrica

1.1. Definición clínica y heterogeneidad del TLP

El trastorno límite de la personalidad (TLP por sus siglas en español) es un fenómeno clínico altamente complejo y heterogéneo que trasciende la simple alteración de rasgos de la personalidad y regulación emocional. Este se caracteriza por un patrón persistente y generalizado de inestabilidad en la regulación afectiva, autoimagen y relaciones interpersonales, acompañada de una marcada impulsividad, miedo constante al abandono, sentimientos crónicos de vacío y, con gran frecuencia, conductas de carácter autolesivo o riesgo suicida (Bozzatello et al., 2021; D'Aurizio et al., 2023).

Históricamente comprende un trastorno categorizado de forma rígida, en el que a partir de la evidencia científica orientada a la comprensión de este, propone reconceptualizar el TLP como un trastorno del neurodesarrollo de inicio tardío, ya que sus anomalías subsecuentes están presentes desde la infancia, aunque el trastorno se categorice clínicamente en el periodo crítico de la adolescencia (Laurini et al., 2025).

La concepción del TLP como una entidad diagnóstica unitaria ha sido ampliamente cuestionada. En el actual DSM-5, el diagnóstico requiere cumplir con al menos cinco de los nueve criterios propuestos, lo que matemáticamente se traduce a una codificación de hasta 256 combinaciones sintomáticas diferentes orientadas a un mismo diagnóstico, ilustrando la vasta heterogeneidad clínica de esta condición (American Psychiatric Association, 2013; Triantafyllou et al., 2025).

Para abordar esta variabilidad, la investigación clínica y las nuevas clasificaciones internacionales han desarrollado modelos dimensionales. La CIE-11 y el modelo alternativo del DSM-5 han descategorizado de manera rígida el diagnóstico de esta condición para guiarse por un enfoque que evalúe el nivel de severidad de la disfunción de la personalidad y lo complementa con dominios de rasgos desadaptativos, como afectividad negativa, el desapego, la disocialidad y la desinhibición. Bajo este remodelado diagnóstico, hoy el TLP se puede agrupar en un modelo diagnóstico con cuatro grandes fenotipos nucleares: inestabilidad interpersonal, alteraciones cognitivas o de la identidad, desregulación afectivo-emocional y desregulación conductual (Bozzatello et al., 2021).

1.1.1. Subtipos clínicos del trastorno límite de la personalidad

La aplicación de metodologías centradas en la persona, el análisis de conglomerados, y modelo de Taxonomía Jerárquica de la Psicología, ha permitido identificar empíricamente perfiles clínicos dentro de la esfera del TLP situando a este trastorno en la frontera misma entre los espectros internalizante y externalizante de la psicopatología (Triantafyllou et al., 2025).

- Subtipo de predominio internalizante: caracterizado por un alto nivel de malestar emocional, inestabilidad del estado de ánimo, síntomas depresivos, ansiedad profunda, alteraciones de la identidad, disociación y conductas autolesivas. Este perfil es reportado consistentemente con más frecuencia en mujeres (Qian et al., 2022; Triantafyllou et al., 2025).
- Subtipo de predominio externalizante: destaca por marcada impulsividad, agresividad interpersonal, problemas de control de la ira, antagonismo y una alta vulnerabilidad al uso de sustancias. La evidencia señala que los pacientes masculinos que viven con TLP tienen

mayor probabilidad de exhibir este patrón sintomático (Qian et al., 2022; Triantafyllou et al., 2025).

Esta heterogeneidad fenotípica, no solo de carácter conductual, podría corresponderse con diferencias neurobiológicas parcialmente diferenciables. Estudios de neuroimagen sugieren que el fenotipo internalizante muestra mayor actividad en la red de modo predeterminado (DMN por sus siglas en inglés) ligada al aislamiento social y la rumiación, mientras que el tipo externalizantes se asocia a una hiperactivación de la red de prominencia o saliencia vinculada a hiperactividad agresiva (Giannoulis et al., 2025).

1.2. *Factores de riesgo y modelado etiopatogénico transaccional*

La comprensión etiopatogénica moderna del TLP ha evolucionado hacia un modelo biopsicosocial y transaccional. Bajo este paradigma etiológico, el desarrollo del trastorno no obedece a una causa única, sino a interacciones dinámicas y continuas entre una vulnerabilidad biológica subyacente basado en las tendencias internalizantes o externalizantes del fenotipo clínico de la persona que vive con dicho trastorno, y un entorno relacional crónicamente invalidante. Desde la perspectiva taxonómica jerárquica de la psicopatología, el TLP no es una entidad discreta, sino una configuración de dimensiones desadaptativas que se sitúa en la frontera entre los espectros internalizantes y externalizantes (Triantafyllou et al., 2025; Cavicchioli et al., 2024).

1.3. *Trauma temprano, abandono y adversidad infantil*

El trauma temprano actúa como uno de los principales factores de riesgo centrales en la génesis del TLP. Más del 70% de los pacientes informan antecedentes de adversidad severa en la infancia, incluyendo abuso físico y sexual, negligencia y un entorno emocional hostil. Estas experiencias traumáticas no solo configuran un apego inseguro y desorganizado, sino que dejan cicatrices biológicas profundas. El maltrato infantil se asocia a alteraciones del neurodesarrollo normal y provoca una hiperactivación crónica de carácter alostático del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA), resultando en niveles persistentemente elevados de cortisol. Esta hiperactivación induce cambios epigenéticos y alteraciones estructurales en el cerebro en desarrollo que perpetúan la inestabilidad a lo largo de su ciclo de vida (Giannoulis et al., 2025; Bozzatello et al., 2021).

1.4. *Desregulación emocional, impulsividad y mentalización*

La interacción entre la vulnerabilidad biológica y el trauma se traduce clínicamente en profundos déficits en la regulación emocional y la impulsividad. La impulsividad en el TLP refleja un fallo en los mecanismos de control top-down (de arriba hacia abajo) ejercidos por la corteza prefrontal sobre las regiones subcorticales. A nivel interpersonal, los individuos con TLP presentan severas deficiencias en la “Teoría de la Mente” o mentalización: la capacidad de identificar y comprender los estados mentales propios y ajenos. Este déficit, forjado a menudo en un entorno infantil donde el niño tuvo que bloquear la comprensión de las intenciones de cuidadores agresivos para sobrevivir, explica la hipersensibilidad al rechazo y la volatilidad en las relaciones (Cavicchioli et al., 2024; Franczak et al., 2024; D’Aurizio et al., 2023; Uzar et al., 2023).

1.5. *Neurobiología del TLP: circuitos frontolímbicos, recompensa y estrés*

La vulnerabilidad clínica y conductual del TLP tiene un sustrato anatómico neuroquímico claro. Los estudios de neuroimagen revelan una desconexión en los circuitos frontolímbicos: una hiperreactividad de la amígdala acoplada a una hipoactivación de la corteza prefrontal, limitando así la modulación racional de afecto. Así mismo se ha identificado una disfunción de la DMN vinculados a rumiación negativa y alteraciones de la identidad. En el contexto neuroquímico, la arquitectura

neurobiológica del TLP implica una disfunción serotoninérgica (asociada a impulsividad), dopaminérgica (relacionada con el proceso de recompensas y afecto), anomalías en el glutamato y alteraciones en los sistemas de oxitocina y opioides endógenos, los cuales median el dolor social y el apego (Giannoulis et al., 2025).

1.5.1. Circuitos frontolímbicos y regulación emocional

El TLP se caracteriza por un fallo en los mecanismos de control top-down debido a una desconexión en los circuitos frontolímbicos. Se observa consistentemente una hiperreactividad de la amígdala acoplada con una hipoactivación y reducción de volumen en áreas clave como la corteza prefrontal, la corteza orbitofrontal y la corteza cingulada anterior. Estas alteraciones estructurales y funcionales impiden la modulación racional del afecto, lo que se traduce clínicamente en una marcada hiperreactividad emocional frente a estímulos y un profundo fallo del control inhibitorio. Asimismo, las anomalías en el hipocampo y la insulina contribuyen al deterioro de la memoria contextual y la sobrerreacción a las amenazas percibidas (Bozzatello et al., 2021; Giannoulis et al., 2025).

1.5.2. Redes funcionales: DMN, red de saliencia y red ejecutiva central.

Más allá de regiones cerebrales aisladas, el TLP involucra alteraciones en la conectividad de redes funcionales a gran escala. La disfunción de la Red de Modo Predeterminado (DMN) se ha vinculado directamente con la rumiación negativa crónica, la alteración de la identidad y la inestabilidad del autoconcepto. Al mismo tiempo, el desequilibrio y las alteraciones en la red de saliencia y la red ejecutiva central comprometen la lectura social del entorno y la mentalización. Esta desconexión funcional precipita una hipersensibilidad al rechazo, una percepción distorsionada de amenaza interpersonal y fallos sistémicos en el control de la impulsividad (Giannoulis et al., 2025; Pan et al., 2022).

1.5.3. Neuroquímica del apego, recompensa y dolor social

La inestabilidad conductual y afectiva posee bases neuroquímicas complejas que entrelazan la impulsividad, recompensa y autolesiones. Existe una disfunción del sistema serotoninérgico que subyace a la impulsividad y agresión, y una alteración de los sistemas dopaminérgico y glutamatérgico que afecta el procesamiento de recompensas, el afecto y la toma de decisiones. Crucialmente, los déficits en la señalización de oxitocina dificultan el apego seguro y la empatía, mientras que la desregulación del sistema de opioides endógenos y los niveles disminuidos del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) median el dolor social y el sentimiento crónico de vacío. Bajo este esquema neuroquímico, las conductas autolesivas y los vínculos intensos funcionan como una búsqueda desadaptativa de alivio frente al distrés (Giannoulis et al., 2025).

1.5.4. Estrés, eje HPA y carga alostática

Representa el núcleo fisiológico de la hiperreactividad al estrés en el TLP, estando fuertemente condicionado por el trauma temprano y la adversidad infantil. Aunque existe variabilidad metodológica en la literatura, se ha reportado que los pacientes con TLP pueden presentar niveles basales de cortisol elevados junto con una respuesta atenuada o embotada ante estresores agudos. Esta desregulación induce una carga alostática sistémica que perpetúa la inestabilidad neuroendocrina a largo plazo. Este entorno de estrés crónico y disfunción en los mecanismos de alostasis constituye el puente fisiopatológico fundamental para integrar al eje microbiota-intestino-cerebro como un modulador clave de la inflamación y la vulnerabilidad neuropsiquiátrica en estos pacientes (*Ilustración 2*) (Bozzatello et al., 2021; Giannoulis et al., 2025; Laurini et al., 2025).

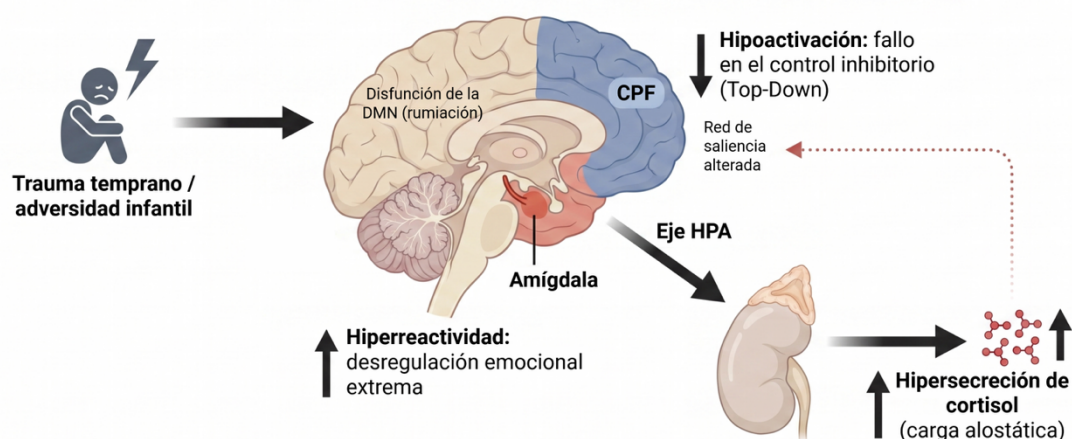


Ilustración 2. Vulnerabilidad neurobiológica, circuitos frontolímbicos y eje HPA en el TLP. Creado con Biorender.com, autoría de Ferreira A. J.C.

1.6. Comorbilidad transdiagnóstica: fenotipos puente en psiquiatría

Dada su etiopatogenia compleja, el TLP no debe entenderse como un trastorno aislado, sino a través de sus comorbilidades como fenotipos puente que revelan vías biológicas compartidas:

- 1.6.1. *TDAAH*: Comparte con el TLP un déficit de control inhibitorio y la impulsividad. Alteraciones funcionales transdiagnósticas en áreas temporoparietales y vías frontoestriatales evidencian un fallo compartido en la regulación de las acciones (Ditrich et al., 2021; Franczak et al., 2024; Pan et al., 2022).
- 1.6.2. *Trastorno del Espectro Autista (TEA)*: Convergen en fenómenos de aislamiento social, la hipersensibilidad a estímulos y las dificultades en el desarrollo de una mentalización adecuada. En pacientes con TLP es frecuente encontrar rasgos autistas subclínicos que interactúan incrementando el riesgo suicida (Dell'Osso et al., 2023).
- 1.6.3. *Trastornos de la conducta alimenticia (TCA)*: Existe una alta prevalencia de TCA en pacientes que viven con TLP, estimándose que aproximadamente el 29.7% de esta población presenta algún TCA concurrente, siendo la bulimia nervosa (16.3%) y el trastorno por atracón (16.3%) los subtipos más frecuentes. Esta alta comorbilidad se explica por determinantes etiopatogénicos compartidos, fundamentalmente el trauma infantil, los cuales alteran profundamente el desarrollo de la regulación emocional, fomenta la insatisfacción corporal y precipitan la impulsividad. Desde la perspectiva de género, la investigación confirma consistentemente que los TCA, en particular la anorexia y bulimia nervosa, se presentan con una frecuencia significativamente mayor en mujeres que viven con TLP en comparación con los hombres. A nivel psicopatológico y neurobiológico, la inestabilidad afectiva crónica característica del TLP actúa como un factor de riesgo rasgo que perpetua conductas desadaptativas, donde las purgas, las restricciones severas o la hiperfagia compulsiva funcionan como mecanismos disfuncionales de alivio frente al afecto negativo y la desregulación emocional (Bozzatello et al., 2024; D'Aurizio et al., 2023; Giannoulis et al., 2025; Paudex et al., 2025; Qian et al., 2022).
- 1.6.4. *Trastornos por uso de sustancias y adicciones*: Los trastornos por uso de sustancias (TUS por sus siglas en español) y las adicciones representan una de las comorbilidades más prevalentes y graves en el TLP, con reportes que señalan que los problemas de adicción o uso de sustancias pueden alcanzar cifras elevadas a lo largo de la vida, incluso cercanas al 78% en algunas revisiones. La evidencia epidemiológica señala que la tasa de acción y TUS en el contexto del TLP tiene mayor asociación al sexo masculino y con ello, probabilidad significativamente mayor de desarrollar patrones de abuso o dependencia al alcohol y a otras

drogas (Bozzatello et al., 2024; Mishra et al., 2023; Paudex et al., 2025; Qian et al., 2022; Triantafyllou et al., 2025).

- 1.6.5. *Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)*: La frontera con el TEPT complejo comparte trauma, disociación y un eje HPA persistentemente desregulado, además de acompañarse de sintomatología de tipo psicótica de carácter transitorio o ideación paranoide en el TLP y constituyen fenómenos de desregulación cognitivo-perceptual bajo estrés severo (Biancalani et al., 2023; Bozzatello et al., 2021; Minarikova et al., 2022).

1.7. *Investigación actual en TLP*

La investigación contemporánea sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP) ha evolucionado desde una concepción categórica centrada en criterios diagnósticos rígidos hacia modelos dimensionales, transdiagnósticos y de medicina de precisión. Esta transición responde a la elevada heterogeneidad clínica del trastorno, su amplia comorbilidad psiquiátrica y la dificultad de establecer fronteras estables frente a otras condiciones marcadas por desregulación emocional, impulsividad y trauma temprano. A través de revisiones panorámicas (scoping reviews) y análisis cuantitativos recientes, la literatura ha comenzado a desplazar la pregunta clásica de “qué es el TLP” hacia interrogantes más complejas e integrales: qué subtipos clínicos existen, qué trayectorias de desarrollo lo preceden y qué marcadores neurobiológicos podrían caracterizarlo para diseñar intervenciones terapéuticas, presenciales o digitales, con mayor efectividad. (Cha et al., 2024; Lindsay

Una primera línea de investigación actual se centra en la subtipificación clínica del TLP. Frente a la vasta heterogeneidad de presentaciones, enfoques analíticos centrados en la persona (como los modelos de perfiles latentes y análisis de conglomerados) han demostrado que el TLP no es una entidad monolítica. La evidencia empírica respalda la existencia de fenotipos diferenciados, destacando sistemáticamente la dicotomía entre perfiles de predominio internalizante (marcados por labilidad emocional, ansiedad, alteraciones de la identidad y características disociativas) y perfiles externalizantes (caracterizados por impulsividad, agresión y uso de sustancias). Identificar estos subtipos resulta crucial para estratificar el riesgo, comprender mejor la superposición clínica con afecciones como los trastornos alimentarios o la depresión, y diseñar psicoterapias individualizadas que aborden redes de síntomas específicos. (D'Aurizio et al., 2023; Paudex et al., 2025; Qian et al., 2022; Setkowski et al., 2023; Triantafyllou et al., 2025; Więdołcha et al., 2024).

Una segunda línea relevante plantea al TLP como una condición con un fuerte componente del neurodesarrollo. Lejos de ser un mero trastorno de la personalidad que surge de forma aislada en la edad adulta, las investigaciones proponen que el TLP hunde sus raíces en la infancia y eclosiona clínicamente de manera plena durante la adolescencia. Esta perspectiva dimensional se apoya en la existencia de alteraciones tempranas en las trayectorias de maduración, fuertemente influenciadas por el modelo transaccional: una interacción dinámica y recíproca entre vulnerabilidades biológicas individuales y un entorno relacional crónicamente adverso, marcado por el trauma temprano, el abuso o la negligencia. Reconocer al TLP como un trastorno del neurodesarrollo de inicio tardío abre la puerta a la detección precoz y a intervenciones preventivas antes de que el fenotipo se consolide por completo. (Bozzatello et al., 2021; Cavicchioli et al., 2024; Kaess & Cavelti, 2025; Laurini et al., 2025; May et al., 2023).

Una tercera línea de investigación se dirige hacia los biomarcadores neurobiológicos y la psiquiatría de precisión. Los estudios multimodales de neuroimagen y electrofisiología han comenzado a definir "firmas" neurobiológicas del TLP, destacando disfunciones sistémicas en la red de modo predeterminado (DMN), los circuitos frontolimbicos y las redes ejecutivas y de saliencia. Mediante la aplicación de algoritmos de inteligencia artificial y aprendizaje automático (machine

learning) sobre estos datos, se ha logrado clasificar a los individuos con altos niveles de precisión. El objetivo último de identificar estos biomarcadores es trascender el diagnóstico clínico estándar para predecir trayectorias de la enfermedad, evaluar la respuesta a terapias (psicológicas o farmacológicas) y sentar las bases tecnológicas para tratamientos neuroguiados. (Ding & Hu, 2021; Giannoulis et al., 2025; Iskríc & Barkley-Levenson, 2021; Pan et al., 2022).

Finalmente, la investigación actual ha reforzado el interés por los mecanismos transdiagnósticos. El TLP comparte dimensiones clínicas y fenotipos biológicos con el TDAH, el trastorno bipolar, el espectro autista (TEA), los trastornos de la conducta alimentaria, las adicciones, el TEPT complejo y el desarrollo de síntomas psicóticos tempranos o transitorios bajo estrés. En lugar de interpretar estas asociaciones como comorbilidades desconectadas que se acumulan aleatoriamente, los modelos actuales proponen entenderlas como expresiones de vías sistémicas compartidas: desregulación emocional, impulsividad, amenaza interpersonal, inflamación sistémica, alteraciones de recompensa y disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA). Esta perspectiva transdiagnóstica resulta central para el presente capítulo, ya que permite situar a la microbiota intestinal no como un elemento aislado, sino como un modulador inmunometabólico periférico con potencial etiopatogénico en la red de vulnerabilidad compartida. (Biancalani et al., 2023; Bozzatello et al., 2024; Dell’Osso et al., 2023; Ditrich et al., 2021; Durdurak et al., 2022; Traynor et al., 2022).

1.8. *Inflamación y estrés oxidativo*

La investigación médica y psiquiátrica reciente sugiere que el trastorno límite de la personalidad trasciende la conceptualización clásica de una disfunción puramente neurobiológica o de un trastorno confinado a los circuitos cerebrales. En este contexto, la inflamación, el estrés oxidativo y la carga alostática han emergido como mecanismos sistémicos de vital relevancia. Estos procesos fisiológicos han sido propuestos como un puente fisiopatológico capaz de conectar la vulnerabilidad genética intrínseca y la adversidad ambiental con la sintomatología nuclear del TLP, tal como la desregulación emocional, la impulsividad y la alta comorbilidad psiquiátrica (Forte et al., 2022; Petruso et al., 2023). En lugar de considerarse fenómenos aislados o epifenómenos, la convergencia de estas alteraciones conforma una red inmunometabólica interactiva. El estrés crónico sostenido produce un desgaste biológico acumulativo, conocido como carga alostática, el cual compromete de manera progresiva la homeostasis sistémica del paciente e incrementa la susceptibilidad al desarrollo de alteraciones psiquiátricas y somáticas transdiagnósticas (Saccaro et al., 2021).

El inicio de esta compleja cascada patogénica suele cimentarse en etapas críticas del neurodesarrollo. La evidencia sugiere que el trauma temprano —que incluye experiencias graves de abandono, negligencia, abuso físico o sexual— así como el crecimiento en un ambiente familiar crónicamente invalidante, actúan como potentes estresores que alteran la programación de las respuestas biológicas (Bozzatello et al., 2021; Cavicchioli et al., 2024). Estas adversidades infantiles desencadenan una hiperactivación de los sistemas de supervivencia. En condiciones normativas, la respuesta de alerta es una adaptación fisiológica transitoria que permite al organismo lidiar con el peligro; sin embargo, frente a un trauma complejo y sostenido en el tiempo, la reactividad se desincroniza. Este estado de estrés crónico promueve un patrón de estimulación ininterrumpida que altera la maduración de los circuitos frontolímbicos, sentando una semilla biológica para el desarrollo posterior de una profunda desregulación afectiva (Dmytriv et al., 2023; Katrinli et al., 2022).

El núcleo neuroendocrino de esta vulnerabilidad biológica se asienta en la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA). Bajo situaciones de estrés agudo, la liberación de cortisol es fundamental para movilizar reservas de energía y modular de manera inhibitoria al sistema

inmunológico. No obstante, en individuos con TLP, la exposición al trauma temprano se ha asociado con alteraciones persistentes en este eje a largo plazo (Saccaro et al., 2021). Diversas investigaciones han reportado que una carga alostática extrema induce una fatiga progresiva del eje HPA, originando una respuesta atenuada del cortisol ante estresores agudos, acompañada frecuentemente por una resistencia en los receptores de glucocorticoides (Dmytriv et al., 2023; Gupta & Guleria, 2022). Adicionalmente, el trauma temprano podría participar en el modelado de la respuesta sistémica a través de mecanismos epigenéticos. Las experiencias traumáticas sostenidas pueden inducir la metilación de genes críticos para la regulación y sensibilidad al estrés (como el gen *NR3C1* del receptor de glucocorticoides), consolidando una trayectoria de desregulación neuroendocrina que incrementa la vulnerabilidad neuropsiquiátrica durante el desarrollo vital (Forte et al., 2022; Giannoulis et al., 2025).

Esta desregulación y la consecuente pérdida de la inhibición inmunológica mediada por el cortisol facilitan el establecimiento de un estado de inflamación de bajo grado. Se ha observado repetidamente que los pacientes con TLP pueden presentar concentraciones elevadas de citocinas proinflamatorias en la sangre, incluyendo el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la interleucina-6 (IL-6) y la interleucina-1 β (IL-1 β), como reflejo de una activación persistente del sistema inmune periférico (Forte et al., 2022; Saccaro et al., 2021). La evidencia sugiere que estas citocinas periféricas pueden atravesar la barrera hematoencefálica o comunicarse con el cerebro mediante aferencias vagales, desencadenando un estado de neuroinflamación a través de la activación microglial. Este ambiente neuroinflamatorio representa una vía biológica plausible para explicar el deterioro en las redes neuronales prefrontales. Clínicamente, la inflamación sistémica y central se ha asociado de forma proporcional con la severidad de los síntomas afectivos, las conductas de autolesión, los fallos en el control de la impulsividad y la extensa comorbilidad psiquiátrica del TLP, funcionando como un mecanismo transdiagnóstico compartido con la depresión, el trastorno bipolar y el TEPT (Katrinli et al., 2022; Petruso et al., 2023).

En conjunción sinérgica con las cascadas inflamatorias, el estrés crónico sostenido induce un grave estado de estrés oxidativo y disfunción mitocondrial. Las mitocondrias no solo son el centro del metabolismo energético, sino que son extremadamente sensibles al estrés fisiológico, desencadenando, ante un daño prolongado, una sobreproducción de especies reactivas de oxígeno (ROS) (Amorim et al., 2025; Dmytriv et al., 2023). En poblaciones con TLP, se han detectado altos niveles de marcadores de peroxidación lipídica junto con una disminución en la capacidad de las enzimas antioxidantes endógenas protectoras, como la superóxido dismutasa (SOD), la catalasa y la glutatión peroxidasa (Forte et al., 2022). Esta toxicidad oxidativa compromete estructuralmente la integridad celular y altera severamente la plasticidad neuronal. Como resultado directo de este desgaste, se observan descensos sustanciales en los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Forte et al., 2022; Giannoulis et al., 2025). La reducción de BDNF limita la neurogénesis y la sinaptogénesis en regiones frontolímbicas, consolidando anatómicamente el fenotipo de desregulación emocional al impedir que el cerebro reorganice sus conexiones de forma adaptativa.

La interacción convergente entre la inflamación y el estrés oxidativo altera, a su vez, vías metabólicas de enorme importancia neuropsiquiátrica, siendo el metabolismo del triptófano una de las más relevantes. Ante el aumento de citocinas proinflamatorias, enzimas como la indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO) desvían el metabolismo del triptófano, alejándolo de la síntesis de serotonina para dirigirlo hacia la vía de la quinurenina (Forte et al., 2022; Katrinli et al., 2022). Este desvío tiene un doble impacto fisiopatológico: reduce críticamente la disponibilidad de serotonina —un neurotransmisor vital para frenar la impulsividad, modular la agresividad y estabilizar el estado de ánimo— y favorece la acumulación de metabolitos de la quinurenina que poseen perfiles

neurotóxicos y prooxidantes. Es precisamente en esta compleja encrucijada inmunometabólica sistémica donde el eje microbiota-intestino-cerebro ejerce su papel modulador. Un estado de disbiosis intestinal y un aumento en la permeabilidad intestinal, frecuentemente desencadenados por el estrés crónico prolongado, pueden permitir el paso de lipopolisacáridos (LPS) al torrente sanguíneo, hiperactivando aún más el sistema inmunológico y retroalimentando el bucle de la neuroinflamación y la alteración del eje HPA (Dmytriv et al., 2023; Feng et al., 2025). Por el contrario, un entorno microbiano equilibrado genera ácidos grasos de cadena corta (AGCC), metabolitos que han sido propuestos como reguladores capaces de proteger la barrera intestinal, atenuar la liberación de citocinas inflamatorias y modular favorablemente la reactividad al estrés (Petruso et al., 2023).

En conclusión, la red de evidencia descrita muestra que el estrés derivado del trauma temprano, al perpetuarse a través de la carga alostática, la inflamación sistémica, la disfunción mitocondrial y el estrés oxidativo, afecta química y estructuralmente los circuitos responsables de la regulación emocional en el TLP. Lejos de constituir un mecanismo unidireccional limitado al cerebro, estas vías interconectan el sistema nervioso con la fisiología periférica del paciente. Bajo este paradigma integrador, la microbiota intestinal no figura como la causa directa del TLP, sino que representa un modulador inmunometabólico potencial que recibe y transmite de forma recíproca señales de estrés e inflamación. Este reconocimiento sistémico establece el escenario científico idóneo para analizar detalladamente cómo las perturbaciones del microambiente intestinal pueden influir en la progresión de la enfermedad, concepto que será abordado en el siguiente apartado sobre el eje microbiota-intestino-cerebro.

1.9. *Puente conceptual hacia el eje microbiota-intestino-cerebro*

El TLP no debe entenderse únicamente como una alteración de la personalidad, sino como un trastorno sistémico y complejo de regulación emocional, interpersonal y conductual, moldeado estructuralmente por una alta vulnerabilidad neurobiológica, profunda adversidad temprana y una extensa comorbilidad psiquiátrica transdiagnóstica. Es precisamente en esta encrucijada donde convergen la neurobiología, el estrés crónico, el trauma, la inflamación sistémica secundaria a la carga alostática y las conductas desreguladas (alimentación y adicciones). Desde esta perspectiva integral, el eje microbioma-intestino-cerebro no es un acto secundario, sino que emerge como un modulador inmunometabólico fundamental. La microbiota intestinal, al ser capaz de influir sobre la inflamación sistémica, la permeabilidad intestinal, el metabolismo del triptófano, la producción de ácidos grasos de cadena corta (AGCC por sus siglas en español) y la modulación del propio eje HPA, se perfila como una plataforma biológica con un potencial etiopatogénico y terapéutico plausible para explicar y tratar las alteraciones en la impulsividad, la recompensa y la respuesta al estrés propias de las personas que viven con TLP (Bozzatello et al., 2021; Cavicchioli et al., 2024; Ditrich et al., 2021; Giannoulis et al., 2025; Paudex et al., 2025).

1.10. *Perspectivas traslacionales actuales sobre el trastorno límite de la personalidad: una mirada integrada del trastorno.*

En conjunto, la literatura revisada permite identificar diversos dominios etiopatogénicos que convergen en la comprensión contemporánea del TLP. Estos dominios incluyen alteraciones neurofisiológicas, neuroestructurales, inflamatorias, epigenéticas, metabólicas y éticas. Aunque no todos se relacionan de forma directa con microbiota intestinal, sí constituyen rutas biológicas y clínicas que justifican explorar el eje microbiota-intestino-cerebro como un modulador potencial de estrés, inflamación, regulación emocional e impulsividad (Tabla 1).

Tabla 1. Dominios etiopatogénicos y transdiagnósticos que sustentan el vínculo entre TLP, trauma, inflamación y eje microbiota-intestino-cerebro

Dominio de evidencia	Nº de revisiones / estudios	Relación con TLP	Función en la síntesis y hallazgos clave
Neurofisiología y actividad cerebral funcional	n = 24	Directa / mecánica	La evidencia sugiere alteraciones compatibles con hiperarousal crónico, incluyendo cambios en potencia alfa, actividad theta/delta y patrones de asimetría frontal relacionados con hostilidad, disociación y regulación afectiva.
Alteraciones neuroestructurales y neurodesarrollo	n = 29	Transdiagnóstica / mecánica	La evidencia, en parte extrapolada de TEPT y trauma complejo, señala alteraciones corticales frontales y cambios en sustancia blanca. Estos hallazgos apoyan un modelo de vulnerabilidad neurobiológica asociada a trauma temprano, estrés crónico y desarrollo cerebral.
Inmunoinflamación	n = 29	Sistémica / mecánica	La elevación de marcadores inflamatorios como proteína C reactiva e IL-6 se ha asociado con severidad sintomática en diversos fenotipos psiquiátricos. El estrés crónico y la carga alostática pueden favorecer un estado proinflamatorio persistente.
Genética y epigenética	n = 29	Vulnerabilidad / moderación del riesgo	Polimorfismos y mecanismos epigenéticos relacionados con genes de respuesta al estrés, como FKBP5 y BDNF, podrían modular el impacto del trauma temprano sobre la regulación emocional, la plasticidad neuronal y la vulnerabilidad psicopatológica.
Ciclo sueño-vigilia y regulación autonómica	n = 24	Predictiva / transdiagnóstica	Las alteraciones del sueño, parasomnias y cambios en arquitectura del sueño pueden

			reflejar vulnerabilidad neurobiológica, hiperarousal y dificultad para restaurar la homeostasis emocional ante estrés crónico.
Metabolismo, eje HPA y proxies sistémicos	n = 29	Sistémica / puente fisiopatológico	La desregulación del eje HPA, inflamación de bajo grado, estrés oxidativo y cambios metabólicos funcionan como puentes sistémicos hacia el eje microbiota-intestino-cerebro, especialmente en sujetos con trauma, TCA, TUS o estrés persistente.
Injusticia epistémica, estigma y ética diagnóstica	Grupos de sobrevivientes / literatura crítica	Hermenéutica clínica /	La literatura crítica destaca el impacto iatrogénico potencial del diagnóstico cuando se usa de forma estigmatizante. Conceptos como “ahogo testimonial” subrayan la necesidad de marcos clínicos que incorporen la voz del paciente y eviten reducir el TLP a una etiqueta invalidante.

Esta organización permite comprender que el vínculo entre TLP y microbiota intestinal no surge de una evidencia directa abundante, sino de la convergencia entre múltiples dominios transdiagnósticos. La microbiota aparece, así como una posible interfaz entre ambiente, trauma, metabolismo, inflamación y neurobiología.

METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio y lineamientos

La presente revisión se llevó a cabo siguiendo rigurosamente los lineamientos de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), adaptados para revisiones de alcance y síntesis de evidencia (*scoping reviews*). El objetivo de este diseño metodológico fue mapear de forma sistemática y transparente la literatura disponible respecto a la neurobiología del trastorno límite de la personalidad (TLP) y su intersección etiopatogénica con el eje microbiota-intestino-cerebro. La adopción de la metodología PRISMA garantiza la trazabilidad del proceso de selección de evidencia, minimiza el riesgo de sesgo de selección y proporciona un marco estructurado para justificar la exclusión de literatura no pertinente al núcleo de la investigación. (Moher et al., 2009; Page et al., 2021; Tricco et al., 2018).

2. Estrategia de búsqueda y bases de datos

La búsqueda bibliográfica exhaustiva se ejecutó a través de bases de datos electrónicas internacionales de alto impacto en ciencias de la salud y neurociencias, primordialmente

PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y PsycINFO. Para lograr una alta sensibilidad y especificidad en la recuperación de artículos, se diseñó una sintaxis de búsqueda combinando términos de vocabulario controlado (MeSH) y lenguaje libre mediante operadores booleanos (AND, OR). Los bloques de búsqueda se estructuraron en torno a tres ejes fundamentales: la psicopatología ("Borderline Personality Disorder" OR "BPD" OR "emotional dysregulation"), el sustrato biológico ("microbiota" OR "microbiome" OR "gut-brain axis") y los mecanismos sistémicos asociados ("inflammation" OR "oxidative stress" OR "allostatic load"). Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual o "en bola de nieve" escrutando las listas de referencias de los artículos principales para identificar literatura gris o estudios no capturados en la búsqueda digital inicial. (Lotfinia et al., 2026; Petersen et al., 2025; Woodbridge et al., 2021).

3. Criterios de elegibilidad (Inclusión y Exclusión)

Para conformar el corpus documental de la síntesis, se establecieron criterios de elegibilidad *a priori*. Como criterios de *inclusión*, se seleccionaron estudios primarios (ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes y casos-controles), metaanálisis, revisiones sistemáticas y revisiones narrativas de alto rigor científico que evaluaran biomarcadores, neurobiología, trauma temprano o modulación inmunometabólica en el TLP y sus fenotipos transdiagnósticos conexos (TEPT, TDAH, TCA y adicciones). Para garantizar el estado del arte más actualizado, se aplicó un filtro estricto de temporalidad, incluyendo predominantemente literatura publicada en el último quinquenio (2021-2026), en idiomas inglés o español. Como criterios de *exclusión*, se descartaron reportes de caso único, cartas al editor, editoriales no revisadas por pares, artículos con muestras sin diagnóstico validado o que presentaran un enfoque puramente metabólico o infeccioso sin correlación con desenlaces psiquiátricos. Del mismo modo, se excluyó literatura con antigüedad mayor a cinco años, salvo excepciones utilizadas exclusivamente para la conceptualización histórica o clínica introductoria. (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Cavicchioli et al., 2024; Qian et al., 2022).

4. Proceso de cribado y evaluación de la calidad metodológica

El proceso de selección se estructuró en dos fases secuenciales. En la primera fase, se evaluaron los títulos y resúmenes de los registros recuperados para descartar aquellos claramente irrelevantes. En la segunda fase, los artículos preseleccionados fueron analizados a texto completo. Para garantizar la solidez de las inferencias extraídas en el capítulo, se consideró el riesgo de sesgo metodológico de los estudios primarios y las revisiones. En la literatura de base utilizada, el escrutinio de calidad de los estudios observacionales se apoya frecuentemente en instrumentos estandarizados como la Escala de Newcastle-Ottawa (NOS), mientras que la calidad de las revisiones sistemáticas se valora mediante herramientas como AMSTAR (*A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*). Aplicar este escrutinio permitió ponderar cualitativamente la evidencia, priorizando aquellos estudios que controlaban adecuadamente variables de confusión cruciales en la investigación del microbioma, tales como patrones dietéticos, uso de psicofármacos y comorbilidades. (Durdurak et al., 2022; Shea et al., 2007; Wells et al., 2000).

5. Resultados de la selección: Flujograma PRISMA

La aplicación de la estrategia de búsqueda en las bases de datos identificó un acervo inicial de 97 registros documentales. Durante la fase de preparación y gestión de datos, este volumen fue sometido a la primera etapa de escrutinio (revisión de título y resumen), lo que derivó en la exclusión de publicaciones fuera del límite temporal estricto (anteriores a 2021) o que correspondían a documentos puramente instrumentales y tutoriales de *software* de revisión. En la etapa de evaluación a texto completo, se excluyeron aproximadamente 56 artículos adicionales. Las razones

de esta exclusión cualitativa incluyeron: desviación metodológica del foco primario de interés (artículos con enfoque tangencial al eje neuroinmunometabólico), diseños experimentales de bajo nivel de evidencia (reportes de caso), redundancia por solapamiento de cohortes clínicas o publicaciones cuyas determinaciones microbianas carecían de validez predictiva para los síntomas del TLP. Tras este riguroso proceso de decantación metodológica, un núcleo final de 41 estudios empíricos y revisiones de alta relevancia clínica y biológica fue incluido para el desarrollo de la síntesis narrativa, la estructuración de la neurobiología y la propuesta del modelo transdiagnóstico del eje microbiota-intestino-cerebro. (Ilustración 3) (Page et al., 2021; Triantafyllou et al., 2025).

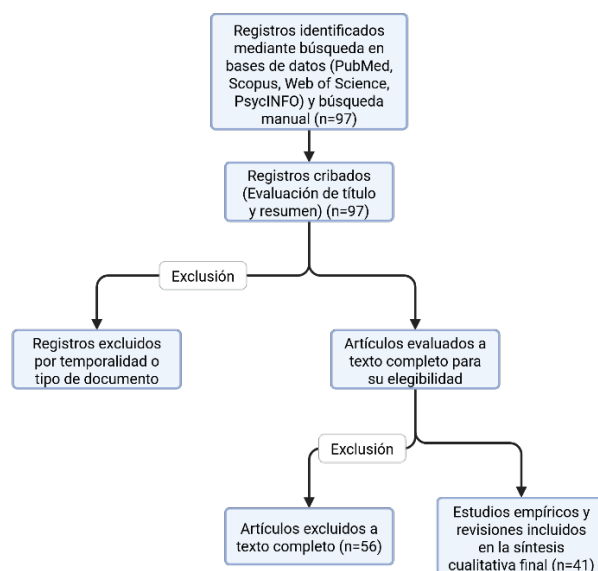


Ilustración 3. Flujograma PRISMA: Estrategia de búsqueda y selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Papel de la microbiota intestinal en el TLP: síntesis de la evidencia desde revisiones recientes

3.1. Características generales de los estudios y revisiones incluidas

A partir de un acervo bibliográfico inicial de 97 registros, para la síntesis principal se incluyó un núcleo filtrado de 41 estudios empíricos, revisiones narrativas, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Esta literatura abordó la relación entre la microbiota intestinal, el eje microbiota-intestino-cerebro, la inflamación sistémica, el estrés oxidativo, el trauma temprano y diversos fenotipos clínicos transdiagnósticos fuertemente vinculados con el trastorno límite de la personalidad (TLP). Debido a la alta heterogeneidad metodológica de los diseños incluidos y al predominio de evidencia secundaria, no se realizó un metaanálisis propio; en su lugar, los hallazgos se organizaron cualitativamente mediante una síntesis narrativa clasificada por dominios mecanísticos.

Las revisiones y estudios primarios incluidos abordaron el eje microbiota-intestino-cerebro desde múltiples niveles de análisis: mecanismos inmunometabólicos, alteraciones neuroendocrinas, disfunciones neuroquímicas y correlatos conductuales. Tal como se refleja en la selección, la mayor parte de la evidencia no se centró exclusivamente en el TLP, sino en condiciones psiquiátricas que comparten sus principales dominios clínicos: desregulación emocional, trauma temprano,

impulsividad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastornos por uso de sustancias, trastorno bipolar y síntomas psicóticos emergentes bajo estrés. Esta distribución de la literatura confirma que la evidencia empírica directa sobre la microbiota intestinal en poblaciones exclusivas con TLP continúa siendo incipiente y limitada; sin embargo, al mismo tiempo, demuestra de forma robusta que existe un cuerpo de evidencia mecanicista capaz de sostener una interpretación transdiagnóstica del eje microbiota-intestino-cerebro como modulador fisiopatológico en estos pacientes (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución temática de las revisiones incluidas sobre microbiota y fenotipos relacionados con TLP

Dominio de evidencia	Nº de estudios	% del corpus	Relación con TLP	Función en la síntesis
Microbiota y TLP directo	n = 6	14.6%	Directa	Evidencia nuclear; identifica la principal brecha del campo y establece los hallazgos basales.
Microbiota, trauma y TEPT	n = 12	29.3%	Transdiagnóstica	Permite analizar la arquitectura compartida entre trauma temprano, eje HPA, estrés crónico y vulnerabilidad neuropsiquiátrica.
Microbiota e inflamación/estrés oxidativo	n = 7	17.1%	Mecanística	Funciona como puente inmunometabólico entre disbiosis, permeabilidad intestinal, citocinas, estrés oxidativo y regulación emocional.
Microbiota, TDAH e impulsividad	n = 6	14.6%	Conductual / Transdiagnóstica	Aporta evidencia sobre la base biológica de la impulsividad, el control inhibitorio, la recompensa, el neurodesarrollo y los fenotipos externalizantes.
Microbiota y TCA	n = 4	9.8%	Clínica / Metabólica	Integra los efectos de la dieta, la restricción alimentaria y los atracones sobre la disbiosis y la alteración de la serotonina periférica.
Microbiota y afectividad	n = 3	7.3%	Afectiva	Relaciona la microbiota con la regulación emocional, la ansiedad, la depresión, la bipolaridad y los cambios de estado de ánimo.

Psicobióticos, prebióticos y simbióticos	n = 3	7.3%	Terapéutica	Explora la hipótesis de intervención complementaria sobre la irritabilidad, el estrés, la neuroinflamación y la desregulación emocional.
Total	n = 41	100%	—	Corpus total de estudios y revisiones incluidos tras cribado PRISMA.

La distribución temática de los estudios y revisiones incluidos muestra que la evidencia disponible sobre la microbiota intestinal y el TLP se organiza en un patrón asimétrico. Por un lado, existe un número reducido de investigaciones empíricas y teóricas que abordan de manera directa la relación entre la microbiota intestinal y el TLP, lo que confirma que el vínculo específico entre ambos campos permanece en una etapa emergente. Por otro lado, se identificó un volumen considerable de literatura centrada en dominios transdiagnósticos íntimamente relacionados con el TLP, especialmente el trauma temprano, el TEPT, la inflamación sistémica, el estrés oxidativo, el TDAH, la impulsividad, los trastornos de la conducta alimentaria, la afectividad y las posibles intervenciones psicobióticas. (Arteaga-Henríquez et al., 2024; Berendse et al., 2026; Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Rössler et al., 2022).

Esta distribución sugiere que el análisis del eje microbiota-intestino-cerebro en el TLP no puede sostenerse únicamente desde la evidencia directa, todavía limitada, sino que requiere una integración mecanística de evidencia indirecta. En este sentido, los dominios transdiagnósticos incluidos permiten construir un marco interpretativo en el que la microbiota intestinal se vincula con procesos ya implicados en la etiopatogenia del TLP, como la carga alostática, la respuesta aberrante al estrés, la inflamación de bajo grado, la permeabilidad intestinal, la alteración del metabolismo del triptófano, la disminución en la producción de ácidos grasos de cadena corta (AGCC) y la modulación de los circuitos de recompensa, la impulsividad y la regulación emocional. (Hao et al., 2026; MacKay et al., 2024; Zheng et al., 2026).

Asimismo, la clasificación por dominios permitió identificar dos niveles de evidencia. El primero corresponde a la evidencia nuclear, compuesta por aquellos estudios que abordan empíricamente a la microbiota en poblaciones exclusivas o comórbidas con TLP. El segundo corresponde a la evidencia transdiagnóstica y mecanística, en la que se integran condiciones clínicas y procesos fisiopatológicos frecuentemente asociados al trastorno. Esta segunda capa resulta fundamental, ya que el TLP se caracteriza por una alta heterogeneidad clínica y por una comorbilidad extensa con trastornos del espectro afectivo, ansioso y externalizante que también han sido firmemente relacionados con alteraciones estructurales del eje microbiota-intestino-cerebro. (Borrego-Ruiz & Borrego, 2024a; Diotaiuti et al., 2026; Pan et al., 2025).

En consecuencia, la presente revisión no plantea a la microbiota intestinal como un factor causal único del TLP, sino como un posible modulador inmunometabólico de vías biológicas y conductuales compartidas. Esta perspectiva permite interpretar la evidencia disponible desde un modelo integrador, en el que el trauma, el estrés crónico, la neuroinflamación, la dieta, la impulsividad, la inestabilidad afectiva y la comorbilidad psiquiátrica convergen sobre el eje microbiota-intestino-cerebro. A partir de esta organización metodológica, los siguientes apartados desarrollan a profundidad los principales mecanismos propuestos por la literatura sintetizada. (Marano et al., 2026; Winder et al., 2025).

3.2. Evidencia directa sobre microbiota intestinal en TLP

La investigación enfocada exclusivamente en el microbioma intestinal de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) se encuentra en una etapa incipiente, fundamentándose actualmente en un núcleo de seis artículos recientes que abordan directamente esta relación desde perspectivas observacionales, etiopatogénicas y de intervención clínica (Arteaga-Henríquez et al., 2024; Borrego-Ruiz & Borrego, 2024a, 2024b, 2025; McGuinness et al., 2022; Rössler et al., 2022). En su conjunto, esta literatura pionera sugiere que los pacientes con TLP presentan patrones de disbiosis clínicamente relevantes que interactúan con la sintomatología del trastorno.

En el ámbito observacional, la evidencia empírica directa más destacada proviene del primer estudio que analizó específicamente la composición microbiana en esta población. Dicha investigación reveló que, si bien no existen diferencias estadísticamente significativas en las diversidades alfa y beta globales frente a controles sanos, el TLP sí presenta alteraciones taxonómicas específicas. Se ha documentado un aumento en la proporción de los filos *Bacteroidota* frente a *Bacillota*, así como una mayor abundancia de especies como *Spiroplasma alleghenense* (Rössler et al., 2022). Paralelamente, se observó una reducción consistente de bacterias productoras de ácidos grasos de cadena corta (AGCC), tales como *Anaerotaenia torta* y *Pseudoflavonifractor phocaeensis*. Crucialmente, la reducción de estos taxones protectores se correlacionó de manera directa con la gravedad de la psicopatología, el estrés persistente y el trauma experimentado durante la infancia (Rössler et al., 2022). Este déficit en la producción de AGCC no es un hallazgo aislado, sino que ha sido validado sistemáticamente como un marcador de disbiosis presente en individuos con trastornos mentales severos, incluyendo el TLP, lo cual compromete la integridad de la barrera intestinal y fomenta un estado de neuroinflamación transdiagnóstica (McGuinness et al., 2022).

Desde una perspectiva etiopatogénica integradora, se ha propuesto que estas alteraciones microbianas participan activamente en el mantenimiento del fenotipo clínico del paciente límite. La disbiosis intestinal incrementa la permeabilidad de la mucosa y eleva la producción de citocinas proinflamatorias sistémicas. En el paciente con TLP, esta cascada inflamatoria periférica interactúa con receptores opioides (μ y κ) y dopaminérgicos que ya se encuentran alterados, exacerbando la inestabilidad emocional, la impulsividad y la disforia crónicas características del trastorno (Borrego-Ruiz & Borrego, 2024a, 2025).

Ante esta vía inmunometabólica, la modulación de la microbiota mediante intervenciones dirigidas (como los psicobióticos) emerge como una estrategia terapéutica con un alto potencial para mitigar los procesos inflamatorios intestinales subyacentes a la desregulación afectiva del TLP (Borrego-Ruiz & Borrego, 2024b). Apoyando firmemente esta hipótesis traslacional, el primer ensayo clínico multicéntrico ("basket trial") basado en la administración de un simbiótico a adultos diagnosticados con TDAH y/o TLP ha demostrado que esta intervención reduce de forma significativa los niveles de irritabilidad y mejora la regulación emocional tras diez semanas de tratamiento. Este hallazgo marca un hito en la psiquiatría de precisión, confirmando la aplicabilidad clínica y el potencial terapéutico de modular el eje intestino-cerebro directamente en el paciente con trastorno límite de la personalidad (Arteaga-Henríquez et al., 2024).

3.3. Microbiota, inflamación y permeabilidad intestinal: una vía transdiagnóstica

La integridad de la barrera epitelial intestinal constituye una frontera inmunológica y metabólica crucial para el mantenimiento de la homeostasis sistémica. Anatómicamente, esta barrera está regulada por complejos proteicos de unión estrecha (*tight junctions*), como las claudinas, la ocludina y la zonulina, que sellan el espacio paracelular. En poblaciones clínicas con alta prevalencia de

trauma infantil y estrés crónico —factores etiológicos primarios en el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT)— se observa frecuentemente una profunda disrupción de esta arquitectura epitelial. La evidencia reciente sugiere que el estrés psicológico sostenido y la consecuente hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) alteran la expresión de estas proteínas, generando un estado patológico de hiperpermeabilidad intestinal, comúnmente denominado "intestino permeable" (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Doney et al., 2022).

Este fenómeno de hiperpermeabilidad resulta crítico porque facilita la translocación anómala de componentes bacterianos desde el lumen intestinal hacia la circulación sistémica. Destacan en este proceso los lipopolisacáridos (LPS), endotoxinas derivadas de la membrana externa de bacterias gramnegativas. El ingreso constante de LPS al torrente sanguíneo desencadena un estado de endotoxemia de bajo grado. A nivel molecular, los LPS actúan como ligandos de los receptores de reconocimiento de patrones, particularmente el receptor tipo Toll 4 (TLR4), presente en macrófagos y otras células del sistema inmunitario innato. La hiperactivación de la vía TLR4/NF- κ B estimula una síntesis y liberación masiva de citocinas proinflamatorias, incluyendo la interleucina-6 (IL-6), el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y la interleucina-1 beta (IL-1 β) (Berendse et al., 2026; Doney et al., 2022).

La cascada inflamatoria periférica inducida por la disbiosis posee la capacidad de repercutir directamente sobre el sistema nervioso central. Las citocinas circulantes logran atravesar la barrera hematoencefálica y promover la activación de la microglía, induciendo un estado de neuroinflamación crónica. Esta profunda disfunción neuroinmune no es exclusiva del TLP, sino que representa un sustrato fisiopatológico transdiagnóstico compartido con la depresión mayor, el trastorno bipolar y la ansiedad severa. En el paciente con TLP, esta inflamación central debilita funcionalmente las redes prefrontales encargadas del control inhibitorio, exacerbando la inestabilidad emocional, la agresividad y la rumiación cognitiva (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Petruso et al., 2023).

3.4. *Ácidos grasos de cadena corta como moduladores inmunometabólicos y de resiliencia*

Los ácidos grasos de cadena corta (AGCC), principalmente el butirato, el propionato y el acetato, son metabolitos neuroactivos resultantes de la fermentación bacteriana de carbohidratos complejos y fibra dietética. Diversas revisiones y análisis metagenómicos han evidenciado que en pacientes con TLP, así como en individuos con TEPT y depresión resistente, existe una reducción significativa de taxones bacterianos productores de AGCC, particularmente de bacterias pertenecientes a las familias *Lachnospiraceae* y *Ruminococcaceae* (Berendse et al., 2026; Rössler et al., 2022). Este déficit metabólico es de suma relevancia clínica debido al extenso repertorio de funciones protectoras que ejercen los AGCC tanto a nivel local como sistémico.

A nivel intestinal, el butirato es la principal fuente de energía para los colonocitos y resulta indispensable para mantener la integridad de la barrera epitelial, suprimiendo de manera local las cascadas inflamatorias. A nivel central, los AGCC actúan como potentes ligandos para los receptores de ácidos grasos libres (FFAR2 y FFAR3) y poseen la capacidad de cruzar la barrera hematoencefálica. Una vez en el cerebro, el butirato funciona como un inhibidor endógeno de las histonas desacetilasas (HDAC), un mecanismo epigenético que facilita la transcripción de genes vinculados a la neuroplasticidad, promoviendo notablemente la síntesis del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Hao et al., 2026).

La carencia crónica de estos metabolitos priva al sistema nervioso de señales neuroprotectoras críticas. Se ha propuesto que la disminución en la biodisponibilidad de AGCC consolida fenotipos

clínicos caracterizados por una pobre regulación emocional, fallos en los procesos de extinción del miedo y una vulnerabilidad cognitiva generalizada. Por lo tanto, los AGCC no solo actúan como mediadores del metabolismo periférico, sino que se perfilan como auténticas moléculas de resiliencia neurobiológica, cuyo déficit constituye un marcador de susceptibilidad transdiagnóstica ante la adversidad y el estrés crónico (Berendse et al., 2026; Winder et al., 2025).

3.5. *Metabolismo del triptófano, serotonina periférica y vía de la quinurenina*

El metabolismo del triptófano ilustra de manera contundente la intersección mecanicista entre la ecología microbiana, la inflamación sistémica y la psicopatología. El triptófano es un aminoácido esencial que, en condiciones de homeostasis, funciona como el precursor fundamental para la biosíntesis de serotonina. Sin embargo, bajo estados de inflamación crónica de bajo grado y disbiosis —ambientes sistémicos habituales en el TLP, el TEPT y el trastorno bipolar—, la ruta metabólica del triptófano sufre una alteración patológica. Citocinas proinflamatorias como el interferón gamma (IFN- γ) y el TNF- α inducen fuertemente la actividad de la enzima indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO1) (Doney et al., 2022; Katrinli et al., 2022).

La hiperactivación de la enzima IDO1 genera un fenómeno conocido como "robo de triptófano", desviando el metabolismo de este aminoácido lejos de la producción de serotonina y dirigiéndolo hacia la vía de la quinurenina. Este desvío tiene un impacto dual altamente deletéreo. En primer lugar, reduce drásticamente la biodisponibilidad de serotonina, un neurotransmisor imprescindible para la modulación del estado de ánimo, la inhibición de conductas impulsivas y el procesamiento de señales de recompensa. En segundo lugar, la vía de la quinurenina genera metabolitos intermedios con perfiles prooxidantes y neurotóxicos, tales como el ácido quinolínico, el cual actúa como un potente agonista de los receptores NMDA, promoviendo la excitotoxicidad glutamatérgica (Doney et al., 2022; Rust et al., 2023).

Esta profunda disfunción serotoninérgica y glutamatérgica impulsada periféricamente por la microbiota y la neuroinflamación ofrece un modelo mecanístico robusto para explicar el núcleo sintomático del TLP. Las alteraciones en esta vía se han asociado de forma consistente con fenotipos de agresión impulsiva, conductas autolesivas reiteradas, ideación suicida y una hiperreactividad amigdalina frente a la amenaza interpersonal, síntomas que difuminan las fronteras categóricas entre el TLP y los trastornos del espectro afectivo severo (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Zheng et al., 2026).

3.6. *Microbiota, eje HPA y respuesta al estrés*

La comunicación entre el microbioma intestinal y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) conforma una red neuroendocrina bidireccional que resulta crítica para el desarrollo normativo o patológico tras la exposición a la adversidad temprana. Los traumas infantiles, el abuso físico y la negligencia emocional —factores presentes en más del 70% de los pacientes con TLP— programan respuestas profundamente desadaptativas en el eje HPA. Fisiológicamente, la hipersecreción sostenida de cortisol y catecolaminas generada por el estrés ambiental altera la motilidad gastrointestinal, modifica la secreción de mucina y reduce el flujo sanguíneo esplácnico, creando un entorno hostil que promueve la disbiosis intestinal (Bozzatello et al., 2021; Cavicchioli et al., 2024).

En sentido inverso, la pérdida de diversidad microbiana compromete la capacidad del propio intestino para regular el tono del eje HPA. Estudios en modelos preclínicos indican que la ausencia de un microbioma saludable o la exposición temprana a disbiosis exacerba de manera dramática la liberación de corticosterona ante estresores agudos, alterando la expresión de los receptores de glucocorticoides en el hipocampo. En etapas críticas del neurodesarrollo, esta pérdida de

retroalimentación inhibitoria establece una trayectoria de inestabilidad fisiológica que se arrastra hasta la edad adulta (Berendse et al., 2026; Yang & Park, 2026).

En el paciente con TLP, esta incapacidad mutua entre el intestino y el cerebro para restaurar la homeostasis explica la vulnerabilidad crónica del individuo. La disfunción del eje HPA perpetúa un entorno sistémico de hiperalerta, dificultando el retorno a una línea base de calma tras el estrés psicosocial. Esta pérdida de calibración neuroendocrina se traduce en estados crónicos de disforia y en una incapacidad profunda para procesar el trauma, consolidando un fenotipo transdiagnóstico que se solapa ampliamente con el TEPT complejo y la depresión resistente (Bozzatello et al., 2021; Diotaiuti et al., 2026).

3.7. *Señalización vagal, sistema nervioso autónomo y regulación emocional*

El nervio vago (X par craneal) constituye la principal vía de comunicación neural rápida, bidireccional y de alta fidelidad entre el microambiente entérico y el encéfalo. Anatómicamente, las fibras aferentes vagales están distribuidas por toda la mucosa intestinal y poseen receptores capaces de detectar perfiles bacterianos específicos, metabolitos microbianos (como los AGCC) y fluctuaciones en las citocinas locales. Esta información interoceptiva asciende hacia el núcleo del tracto solitario en el tronco encefálico y, desde allí, se proyecta hacia centros límbicos superiores, incluyendo la amígdala, la ínsula y la corteza prefrontal ventromedial, regiones orquestadoras de la respuesta emocional (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; MacKay et al., 2024).

En individuos con TLP y fenotipos relacionados con trauma, se documenta consistentemente un marcado desequilibrio del sistema nervioso autónomo: una hiperactivación crónica de la rama simpática acoplada a una reducción severa del tono vagal parasimpático (reflejado en una baja variabilidad de la frecuencia cardíaca). Este déficit parasimpático resulta patogénico porque compromete el llamado "reflejo colinérgico antiinflamatorio", el mecanismo mediante el cual el cerebro inhibe la inflamación periférica a través de la liberación de acetilcolina. La disbiosis intestinal perpetúa la señalización aferente de amenaza, bloqueando la capacidad del vago para inducir estados de seguridad (Petruso et al., 2023; Zheng et al., 2026).

Consecuentemente, el desequilibrio en esta supercarretera neurobiológica se traduce en una hipersensibilidad crónica a los estímulos ambientales. Clínicamente, el paciente interpreta señales sociales neutras o ambiguas como amenazas inminentes de rechazo o abandono. Mejorar la señalización microbiota-vago mediante intervenciones dietéticas o neuromodulación representa una diana terapéutica plausible para restaurar el tono parasimpático y optimizar la mentalización y el procesamiento socioemocional en el TLP (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Marano et al., 2026).

3.8. *Microbiota, recompensa, impulsividad y conductas adictivas*

El trastorno por uso de sustancias (TUS) y las conductas impulsivo-compulsivas presentan una prevalencia asombrosamente alta en el TLP, actuando como un fenotipo externalizante severo. Investigaciones traslacionales recientes sugieren que esta vulnerabilidad no obedece únicamente a factores psicosociales, sino que las señales derivadas del microbioma intestinal modulan directamente la funcionalidad de los circuitos de recompensa mesolímbicos (área tegmental ventral y núcleo accumbens) y la neurotransmisión dopaminérgica (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025).

El consumo crónico y abusivo de alcohol o drogas psicoactivas produce disrupciones catastróficas en la arquitectura de la flora intestinal, induciendo la muerte de taxones bacterianos antiinflamatorios e incrementando dramáticamente la permeabilidad intestinal. A su vez, esta disbiosis severa interfiere con la síntesis periférica de precursores neuroquímicos y altera la sensibilidad de los receptores opioides endógenos (receptores μ y κ). Este desequilibrio

inmunometabólico exacerba la hiperalgesia emocional (el dolor psicológico) y prolonga los estados de disforia durante la abstinencia, incrementando drásticamente el *craving* (deseo imperioso) y la compulsión por el consumo (Anderson, 2020; Borrego-Ruiz & Borrego, 2024).

En este contexto sistémico, los atracones de sustancias o los comportamientos de riesgo actúan como intentos biológicamente impulsados, pero clínicamente desadaptativos, para modular estados internos intolerables de vacío crónico e inestabilidad afectiva. La disbiosis retroalimenta este círculo vicioso: a mayor inflamación sistémica derivada del intestino, mayor alteración en los circuitos de control prefrontal, lo que culmina en fallos catastróficos de la inhibición conductual. Así, el microbioma emerge como un modulador periférico que vincula neurobiológicamente al TLP con los mecanismos troncales del espectro de las adicciones (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Triantafyllou et al., 2025).

3.9. *Microbiota, trastornos de la conducta alimentaria y fenotipo internalizante*

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), notablemente la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno por atracón, representan otra comorbilidad central que actúa como puente clínico hacia el TLP, particularmente en aquellos pacientes que exhiben un perfil predominantemente internalizante (depresión, ansiedad, autodesprecio). Las alteraciones extremas en los patrones nutricionales imponen un estrés ecológico masivo sobre el microbioma. Las restricciones severas o los ciclos de atracón y purga reducen drásticamente la diversidad alfa, disminuyen la abundancia de bacterias productoras de AGCC y alteran de forma sustancial el metabolismo de los ácidos biliares (Paudex et al., 2025; Qian et al., 2022).

La microbiota intestinal juega un rol fundamental en la regulación del metabolismo energético y en la síntesis de hormonas gastrointestinales implicadas en las señales de saciedad y el vaciamiento gástrico. Dado que la microbiota también regula la disponibilidad de precursores de la serotonina (esencial en el control de los impulsos alimentarios), la coocurrencia de un TCA en pacientes con TLP agudiza un estado de desnutrición microbiana severa. Esto consolida redes inflamatorias que perpetúan la inestabilidad afectiva y el distrés corporal (Caslini et al., 2016; Diotaiuti et al., 2026).

En esta dinámica transaccional, el TCA no es solo un síntoma psiquiátrico paralelo al TLP, sino un factor que mantiene activo el deterioro inmunometabólico. La malnutrición retroalimenta la hiperpermeabilidad intestinal, sosteniendo un ambiente de neuroinflamación que intensifica de forma transdiagnóstica los síntomas del espectro depresivo, la rumiación obsesiva y el dolor emocional, complicando severamente el pronóstico clínico y la respuesta a la psicoterapia (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Paudex et al., 2025).

3.10. *Psicobióticos, prebióticos y simbióticos: implicaciones terapéuticas en el TLP*

El reconocimiento formal del eje microbiota-intestino-cerebro como un mediador fisiopatológico crítico ha catalizado el interés por las intervenciones microecológicas de precisión, abriendo la puerta al uso de psicobióticos, prebióticos y simbióticos. Aunque la investigación de estas herramientas aplicadas exclusivamente a cohortes de pacientes con TLP está en sus fases iniciales, la evidencia obtenida de estudios transdiagnósticos en individuos con TEPT, trastorno depresivo mayor y TDAH subraya un potencial terapéutico formidable. La administración de cepas probióticas específicas, particularmente de los géneros *Lactobacillus* y *Bifidobacterium*, ha demostrado en estudios clínicos atenuar las concentraciones sistémicas de marcadores inflamatorios (IL-6, TNF- α) y disminuir la hiperreactividad del eje HPA (Borrego-Ruiz & Borrego, 2024; Marano et al., 2026).

Apoyando firmemente esta hipótesis en la práctica clínica especializada, el reciente ensayo clínico tipo "basket trial" de Arteaga-Henríquez et al. (2024) evaluó el impacto de la suplementación simbiótica en una cohorte de adultos diagnosticados con TDAH y TLP. Los resultados demostraron que, tras diez semanas de intervención, los pacientes exhibieron reducciones significativas en las escalas de irritabilidad, agresividad y desregulación emocional. Este estudio pionero representa un hito en la psiquiatría de precisión, sugiriendo que la optimización del microambiente intestinal logra mitigar los correlatos conductuales de la neuroinflamación.

Del mismo modo, las intervenciones dietéticas, como la suplementación con ácidos grasos omega-3, han demostrado promover el crecimiento de taxones bacterianos protectores (e.g., la familia *Lachnospiraceae*), ayudando a restaurar la integridad de la pared intestinal y a reducir los episodios de impulsividad (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025). En conclusión, las terapias orientadas al microbioma se perfilan no como curas aisladas, sino como coadyuvantes inmunometabólicos seguros y prometedores, destinados a restaurar la resiliencia biológica al estrés y complementar de manera sinérgica la psicoterapia y la farmacología tradicional.

3.11. *Modelo integrador propuesto entre el eje microbioma-intestino-cerebro y los fenotipos asociados a TLP*

A modo de síntesis teórica, el corpus creciente de evidencia científica permite estructurar un modelo etiopatogénico integrador, biopsicosocial y transdiagnóstico. En este paradigma, el trauma infantil y la exposición a entornos crónicamente invalidantes actúan como desencadenantes ambientales primarios que programan disfunciones persistentes en el eje HPA y en el sistema nervioso autónomo (vagal/simpático). Esta carga alostática impone un estrés sistémico que modifica drásticamente la arquitectura del microambiente intestinal, seleccionando un microbioma patobiótico (disbiosis) que se caracteriza por una pobre producción de AGCC y la instauración de una barrera epitelial comprometida (intestino permeable).

La posterior translocación de lipopolisacáridos bacterianos detona una cascada de endotoxemia y neuroinflamación sostenida. A nivel neuroquímico, este ambiente inflamatorio hiperactiva la enzima IDO1, desviando el triptófano hacia rutas neurotóxicas (quinurenina) y mermando la disponibilidad de serotonina. A nivel de neurocircuitos, la inflamación crónica debilita estructuralmente el control *top-down* que la corteza prefrontal ejerce sobre una amígdala hiperreactiva e interfiere con los circuitos dopaminérgicos y opioides de recompensa.

Clínicamente, esta tormenta inmunometabólica se cristaliza en los fenotipos cardinales del paciente con TLP: una desregulación emocional profunda, impulsividad agresiva, miedo al abandono, hipersensibilidad al rechazo interpersonal y una vulnerabilidad crítica hacia el consumo de sustancias y los trastornos alimentarios. Bajo esta óptica, el TLP abandona la etiqueta de un simple "trastorno de personalidad" para ser comprendido como una condición neuropsiquiátrica de alta complejidad sistémica. En este intrincado engranaje, el microbioma intestinal orchestra una red inmunometabólica que justifica biológicamente tanto el desarrollo del fenotipo patológico como sus amplios traslapes con la depresión, el TEPT, las adicciones y el autismo (ilustración 4) (Berendse et al., 2026; Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Cavicchioli et al., 2024; Giannoulis et al., 2025; Triantafyllou et al., 2025).

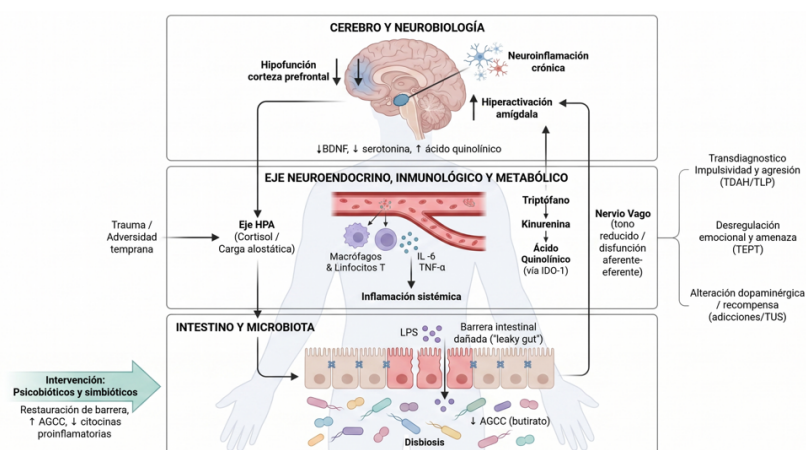


Ilustración 4. Modelo Integrador Transdiagnóstico del Eje Microbiota-Intestino-Cerebro en el TLP. Creado con Biorender.com, autoría de Ferreira A. J.C.

CONCLUSIONES

Conclusiones y perspectivas a futuro: Hacia una psiquiatría de precisión inmunometabólica

4.1. Conclusiones generales: El TLP como un trastorno sistémico

La revisión exhaustiva de la literatura contemporánea subraya la necesidad ineludible de un cambio de paradigma en la conceptualización del trastorno límite de la personalidad (TLP). Lejos de limitarse a una disfunción puramente conductual o psicológica, la evidencia actual respalda que el TLP constituye un trastorno sistémico y del neurodesarrollo complejo. La interacción dinámica entre la vulnerabilidad genética y el trauma temprano induce una profunda desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) y del sistema nervioso autónomo. Esta carga alostática altera sustancialmente el microambiente intestinal, desencadenando un estado de disbiosis y de hiperpermeabilidad epitelial. La translocación de metabolitos bacterianos y endotoxinas promueve un fenotipo de inflamación crónica de bajo grado y neuroinflamación que, a su vez, interfiere con las redes frontolímbicas y el metabolismo del triptófano. Consecuentemente, el microbioma intestinal no debe interpretarse como un factor aislado, sino como un modulador inmunometabólico fundamental que subyace a la inestabilidad emocional, la impulsividad y la alta comorbilidad transdiagnóstica (trastornos afectivos, psicosis temprana, conductas alimentarias y adicciones) propias del paciente con TLP (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Giannoulis et al., 2025; Triantafyllou et al., 2025).

4.2. Retos metodológicos y la búsqueda de causalidad

A pesar de los prometedores avances en la comprensión del eje microbiota-intestino-cerebro, el campo se enfrenta a importantes limitaciones metodológicas que deben ser superadas. La mayoría de los estudios realizados hasta la fecha en poblaciones psiquiátricas son de naturaleza transversal, lo que dificulta discernir si la disbiosis es un factor causal primario o una consecuencia secundaria del trastorno (causalidad inversa). Factores como los patrones dietéticos aberrantes (comunes en la comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria), el sedentarismo, los altos niveles de estrés y el consumo de sustancias, actúan como potentes variables de confusión que pueden alterar la flora intestinal de forma independiente. Por ello, la investigación futura requiere urgentemente el diseño de cohortes longitudinales y prospectivas, iniciadas preferentemente en etapas tempranas del neurodesarrollo o en el periodo perinatal, para mapear las ventanas críticas

de vulnerabilidad y determinar la durabilidad de los efectos del trauma sobre la ecología microbiana (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Diotaiuti et al., 2025; Hao et al., 2026).

4.3. Integración multiómica y biomarcadores multimodales

Para transitar de la investigación descriptiva a la puramente mecánica, el futuro del abordaje del TLP reside en la integración de tecnologías de alto rendimiento. Las metodologías convencionales, como la secuenciación del gen ARNr 16S, ofrecen una resolución taxonómica limitada. Es imperativo adoptar aproximaciones multiómicas que incluyan la metagenómica (para dilucidar el potencial funcional completo del microbioma), la metabolómica (para perfilar con exactitud la producción de ácidos grasos de cadena corta y catabolitos del triptófano) y la inmunómica (para mapear las firmas inflamatorias periféricas). La conjunción de estas plataformas biológicas con estudios de neuroimagen avanzada (conectómica) y herramientas de inteligencia artificial (*machine learning*) permitirá la identificación de "biomarcadores multimodales". Esta estratificación neurobiológica y metabólica facilitará la delimitación de subtipos clínicos precisos dentro de la amplia heterogeneidad del TLP, sentando las bases tecnológicas reales para una psiquiatría de precisión (Giannoulis et al., 2025; Huang et al., 2025; Rust et al., 2023).

4.4. Perspectivas terapéuticas: ensayos clínicos y farmacomicriobiómica

El reconocimiento de la plasticidad del microbioma abre un horizonte terapéutico innovador a través de intervenciones microecológicas, tales como el uso de psicobióticos, prebióticos, simbióticos, modificaciones dietéticas y, potencialmente, el trasplante de microbiota fecal (TMF). No obstante, para que estas estrategias transiten hacia la práctica clínica estandarizada, resulta indispensable la ejecución de ensayos clínicos multicéntricos, aleatorizados y doble ciego, que cuenten con tamaños muestrales robustos y evalúen rigurosamente la dosificación, la cepa-especificidad y la seguridad a largo plazo. Asimismo, un campo emergente de vital importancia es la farmacomicriobiómica, es decir, el estudio de cómo la microbiota metaboliza los psicofármacos (antidepresivos, estabilizadores del ánimo, antipsicóticos) y cómo estos, a su vez, ejercen efectos antimicrobianos que alteran el ecosistema intestinal. Comprender estas interacciones bidireccionales será crucial para optimizar la eficacia terapéutica, minimizar los efectos adversos metabólicos y prevenir la refractariedad al tratamiento en los pacientes límite (Arteaga-Henríquez et al., 2024; Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Diotaiuti et al., 2025).

4.5. Consideraciones finales

En conclusión, la integración del eje microbiota-intestino-cerebro-sistema inmune en el estudio del TLP representa una de las fronteras más estimulantes y disruptivas de la neurociencia psiquiátrica moderna. Aunque las terapias dirigidas al microbioma no prometen ser una cura milagrosa ni un reemplazo para las intervenciones psicoterapéuticas fundamentadas (como la Terapia Dialéctica Conductual o la Terapia Basada en la Mentalización), sí se perfilan como intervenciones biológicas coadyuvantes de bajo riesgo. Al restaurar la homeostasis inmunometabólica, atenuar la neuroinflamación y modular la reactividad fisiológica al estrés, el abordaje del intestino ofrece una vía tangible para incrementar la resiliencia biológica del paciente, mejorando su capacidad para beneficiarse de la psicoterapia y abriendo un camino integral hacia la recuperación clínica y funcional en el trastorno límite de la personalidad (Borrego-Ruiz & Borrego, 2025; Giannoulis et al., 2025).

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los Autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA (Obligatorio)

En concordancia con la taxonomía establecida internacionalmente para la asignación de créditos a autores de artículos científicos (<https://credit.niso.org/>). Los autores declaran sus contribuciones en la siguiente matriz:

	Ferreira-Alcantara	Pastén-Castrejón	Cuellar-Núñez
Participar activamente en:			
Conceptualización	X	X	X
Análisis formal	X	X	X
Adquisición de fondos	X		
Investigación	X	X	X
Metodología	X	X	X
Administración del proyecto	X		
Recursos	X		
Redacción –borrador original	X		
Redacción –revisión y edición	X	X	X
La discusión de los resultados	X	X	X
Revisión y aprobación de la versión final del trabajo.	X	X	X

REFERENCIAS

- Amorim, F. E., Rye, C. S., & Milton, A. L. (2026). The role of mitochondrial dysfunction and oxidative stress in post-traumatic stress disorder. *Psychopharmacology*, 243, 965–988.
- Arteaga-Henríquez, G., Ramos-Sayalero, C., Ibañez-Jimenez, P., Rosales-Ortiz, S. K., Kilencz, T., Schiweck, C., Arias-Vasquez, A., Bitter, I., Fadeuilhe, C., Ferrer, M., Lavebratt, C., Matura, S., Reif, A., Réthelyi, J. M., Richarte, V., Rommelse, N., & Ramos-Quiroga, J. A. (2024). Efficacy of a synbiotic in the management of adults with Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder and/or Borderline Personality Disorder and high levels of irritability: Results from a multicenter, randomized, placebo-controlled, “basket” trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 120, 360–371. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.06.012>
- Biancalani, A., & Parnas, J. (2023). Borderline personality disorder and early psychosis: A narrative review. *Annals of General Psychiatry*, 22, 44.
- Borrego-Ruiz, A., & Borrego, J. J. (2024a). An updated overview on the relationship between human gut microbiome dysbiosis and psychiatric and psychological disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 128, 110861. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2023.110861>
- Borrego-Ruiz, A., & Borrego, J. J. (2024b). Psychobiotics: A new perspective on the treatment of stress, anxiety, and depression. *Anxiety and Stress*, 30, 79–93.
- Borrego-Ruiz, A., & Borrego, J. J. (2025). Human gut microbiome, diet, and mental disorders. *International Microbiology*, 28, 1–15.

- Bozzatello, P., Blua, C., Brandellero, D., Baldassarri, L., Brasso, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2024). Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1320546. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1320546>
- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2021). Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics*, 11(11), 2142. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
- Cavicchioli, M., Scalabrini, A., Vai, B., Palumbo, I., Benedetti, F., Galli, F., & Maffei, C. (2024). Antecedents and risk factors for borderline personality disorder: Etiopathogenic models based on a multi-level meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 367, 442–452. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.236>
- Cha, Y., Links, P. S., & Ross, J. (2024). Effectiveness of treatments for men with borderline personality disorder: A systematic review. *American Journal of Men's Health*, 17(4).
- Croci, M. S., & Brañas, M. J. A. A. (2025). General Psychiatric Management for Adolescents with Eating Disorders (GPM-AED). *American Journal of Psychotherapy*, 78(1), 24–34. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20230045>
- D'Aurizio, G., Tempesta, D., Saporito, G., Pistoia, F., Socci, V., Mandolesi, L., & Rossi, A. (2023). Emotional Instability in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Annals of General Psychiatry*, 22, 9. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00439-0>
- Dell'Oste, V., Fantasia, S., Gravina, D., Palego, L., Betti, L., Dell'Osso, L., Giannaccini, G., & Carmassi, C. (2023). Metabolic and Inflammatory Response in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Systematic Review on Peripheral Neuroimmune Biomarkers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 2937.
- Dell'Osso, L., Cremone, I. M., Nardi, B., Tognini, V., Castellani, L., Perrone, P., Amatori, G., & Carpita, B. (2023). Comorbidity and Overlaps between Autism Spectrum and Borderline Personality Disorder: State of the Art. *Brain Sciences*, 13(6), 862. <https://doi.org/10.3390/brainsci13060862>
- Ditrich, I., Philipsen, A., & Matthies, S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited – a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 22.
- Doney, E., Cadoret, A., & Menard, C. (2022). Inflammation-driven brain and gut barrier dysfunction in stress and mood disorders. *European Journal of Neuroscience*, 55(9), 2851–2894.
- Durdurak, B. B., Altaweel, N., Upthegrove, R., & Marwaha, S. (2022). Understanding the development of bipolar disorder and borderline personality disorder in young people: a meta-review of systematic reviews. *Psychological Medicine*, 52, 1–14. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003002>
- Feng, X., et al. (2025). The role of neuroinflammation in impulsivity and behavioral disorders. *Molecular Psychiatry*, 30, 4898.
- Forte, A., Lessa, P. H. C., Chaves, A. J. M., et al. (2023). Oxidative Stress and Inflammatory Process in Borderline Personality Disorder (BPD): A Narrative Review. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 56, e12484.
- Gao, B., Qu, Y. C., Cai, M. Y., et al. (2023). Phytochemical interventions for post-traumatic stress disorder: A cluster co-occurrence network analysis using CiteSpace. *Journal of Integrative Medicine*, 21, 385–396.

- Giannoulis, E., Nosis, C., Sula, I.-J., Georgitsi, M.-E., & Malogiannis, I. (2025). Understanding the Borderline Brain: A Review of Neurobiological Findings in Borderline Personality Disorder (BPD). *Biomedicines*, 13(7), 1783. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13071783>
- Iskric, A., & Barkley-Levenson, E. (2021). Neural correlates of treatment response in borderline personality disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 772081.
- Kaess, M., & Cavelti, M. (2025). Borderline personality disorder in adolescence: developmental trajectories and early intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(12), 1829–1848.
- Katrinli, S., & Smith, A. K. (2021). Immune system regulation and role of the human leukocyte antigen in posttraumatic stress disorder. *Neurobiology of Stress*, 15, 100366.
- Laurini, O., Strugarek, P., & Rahioui, H. (2025). Borderline personality: revisiting its classification as a neurodevelopmental disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1587778. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1587778>
- Lindsay, J. A. B., McGowan, N. M., Henning, T., Harriss, E., & Saunders, K. E. A. (2024). Digital Interventions for Symptoms of Borderline Personality Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e54941. <https://doi.org/10.2196/54941>
- Liu, Y., Chen, C., Zhou, Y., Zhang, N., & Liu, S. (2024). Twenty years of research on borderline personality disorder: a scientometric analysis of hotspots, bursts, and research trends. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1361535. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1361535>
- Lotfinia, S., Eiliaei, S., Mayeli, S., Shams, J., & Quidé, Y. (2026). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 186, 106699.
- Mishra, S., Rawekar, A., & Sapkale, B. (2023). A Comprehensive Literature Review of Borderline Personality Disorder: Unraveling Complexity From Diagnosis to Treatment. *Cureus*, 15(11), e49293. <https://doi.org/10.7759/cureus.49293>
- Pardossi, S., Cuomo, A., Koukouna, D., Pinzi, M., Firenzuoli, B., & Fagiolini, A. (2025). Methylphenidate in Borderline Personality Disorder: Assessing Its Therapeutic Potential and Limitations. *Life*, 15(3), 380. <https://doi.org/10.3390/life15030380>
- Paudex, T., Endomba, F. T., Forestier, N., Pierandrei, A., Chauvet-Gélinier, J.-C., & Pinoit, J.-M. (2025). Prevalence of Eating Disorders in People With Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32, e70150.
- Petersen, J., Palic, S., Nyboe, L., Schuster, M., Videbech, P., & Midtgaard, J. (2025). Physical Activity and Borderline Personality Disorder: A Scoping review. *Psychiatry Research*, 350, 116535.
- Qian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLoS ONE*, 17(12), e0279015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>
- Rust, C., & Pretorius, E. (2023). Neuroimmune pathways and the kynurenine metabolism in mood disorders. *Journal of Neuroimmunology*, 371, 578155.
- Saccaro, L. F., Schilliger, Z., Dayer, A., Perroud, N., & Piguet, C. (2021). Inflammation, anxiety, and stress in bipolar disorder and borderline personality disorder: A narrative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 127, 184–192. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.017>

- Setkowski, K., et al. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53, 3268–3280.
- Triantafyllou, A., Stefanatou, P., Konstantakopoulos, G., Giannoulis, E., & Malogiannis, I. (2025). Unveiling the Layers of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Clinical Subtypes. *Behavioral Sciences*, 15(7), 928. <https://doi.org/10.3390/bs15070928>
- Więdołcha, M., Marcinowicz, P., Komarnicki, J., Tobiaszewska, M., Dębowska, W., Dębowska, M., & Szulc, A. (2024). Depression with comorbid borderline personality disorder - could ketamine be a treatment catalyst? *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1398859. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1398859>
- Wilson, J., Gee, B., Martin, N., Maxwell, S., Murdoch, J., Clarke, T., Clark, A., Turner, D., Notley, C., Katangwe, T., Jones, P. B., & Fonagy, P. (2022). Brief education supported psychological treatment for adolescent borderline personality disorder: the BEST feasibility RCT. *Health and Social Care Delivery Research*, 10(37). <https://doi.org/10.3310/HNIN4621>
- Winder, C., Lodhia, A., Basso, M., & Cohen Kadosh, K. (2025). Gut microbiome differences in individuals with PTSD compared to trauma-exposed controls: A systematic review. *Frontiers in Neuroscience*, 19, 1540180. <https://doi.org/10.3389/fnins.2025.1540180>
- Zheng, X., Li, D., Yao, X., Luo, X., Gao, C., & Yan, X. (2026). The gut microbiota-immune-brain axis in post-traumatic stress disorder: mechanistic integration and translational prospects. *Frontiers in Immunology*, 17, 1859206. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2026.1859206>