





Consejo Editorial

(Editorial Board)

Editor en Jefe

(Editor-in-Chief)

Dr. Irvin Javier Ortega González

ORCID: 0009-0008-8170-8751

Instituto Superior de Estudios de Occidente,
Nayarit, México

Comité Editorial

(Editorial Committee)

Director Editorial

(Editorial Director)

Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval

ORCID: 0000-0002-6076-2993

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona, Michoacán, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidato, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Sociedad Mexicana de Inmunología, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Comité Científico

(Scientific Committee)

Editores Invitados

(Guest Editors)

Dra. Karina Isabel Casco Gallardo

ORCID: 0000-0003-0094-7416

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo,
Estado de México, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel Candidato,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Red Internacional del Paciente Crónico y la Familia
(CRONIFAM), Nodo UAHEH, Hidalgo, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Víctor Guillermo Flores Rodríguez

ORCID: 0000-0001-8912-519X

Universidad de Guanajuato | Guanajuato, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Sistema Nacional de Acreditación de la Educación
Superior (SINAES), Costa Rica.
Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de
Costa Rica, Costa Rica.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Sheila Adriana Mendoza Mojica

ORCID: 0000-0002-8910-5663

Profesora Investigadora del Área académica de

Enfermería de la Escuela Superior de Tlahuelilpan, UAHEH,
México

Consultores Científicos

(Scientific Consultants)

Dr. Alberto Tafoya Ramírez

ORCID: 0000-0001-7878-9425

Escuela Superior Escárcega, Campeche, México.
Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche, México.
Federación de Enfermería Quirúrgica de la República
Mexicana, Ciudad de México, México.
Colegio de Enfermería Quirúrgica de Campeche,
Campeche, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Aimée Argüero Fonseca

ORCID: 0000-0002-3864-5299

Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), Nayarit, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Unidad Académica de Ciencias Sociales, UAN,
Nayarit, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Carolina Salinas Oviedo

ORCID: 0009-0008-1814-5925

Hospital General Dr. Rubén Leñero, Secretaría de Salud,
Ciudad de México, México.
Consejo de Investigadores, Secretaría de Salud de la

Ciudad de México, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. María del Pilar Anaya Ávila
ORCID: 0000-0003-2630-2085

Universidad Veracruzana, Veracruz, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. María Elena Martínez Tapia
ORCID: 0000-0002-0517-6086

Servicios de Salud de Chihuahua, Chihuahua, México.
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de
Monterrey Chihuahua, México.
Sociedad Mexicana de Salud Pública, Ciudad de México,
México.
Centro de Investigación en Bioingeniería, Chihuahua,
México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Nissa Yaing Torres Soto
ORCID: 0000-0003-3646-6649

Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo,
Quintana Roo, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Rosa Eréndira Fosado Quiroz
ORCID: 0000-0002-5344-7274

Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP),
San Luis Potosí, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Rosario del Pilar Gibert Delgado
ORCID: 0000-0001-8227-8505

Instituto Politécnico Nacional (IPN), Ciudad de México,
México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero
ORCID: 0000-0002-8695-7924

Universidad Autónoma del Carmen, Campeche, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT
Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Miembros del Comité Científico (Scientific Committee Members)

Dr. Albano Torres Gómez
ORCID: 0000-0002-8451-031X

Universidad Nacional Autónoma de México,
Ciudad de México, México.

Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Alberto Tafoya Ramírez
ORCID: 0000-0001-7878-9425

Escuela Superior Escárcega, Campeche, México.
Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche, México.
Federación de Enfermería Quirúrgica de la República
Mexicana, Ciudad de México, México.
Colegio de Enfermería Quirúrgica de Campeche,
Campeche, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Alejandro Martínez Ramírez
ORCID: 0000-0001-8292-0377

Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP),
San Luis Potosí, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Aimée Argüero Fonseca
ORCID: 0000-0002-3864-5299

Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), Nayarit, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Unidad Académica de Ciencias Sociales, UAN
Nayarit, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Ana Laura Carrillo Cervantes
ORCID: 0000-0003-2920-4675

Universidad Autónoma de Coahuila, Coahuila, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Anahí Ruiz Lara
ORCID: 0000-0003-0268-4023

Universidad Autónoma de Coahuila, Escuela de Ciencias
de la Salud, Coahuila, México.
Sistema Estatal de Investigadores de Coahuila,
Coahuila, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería
(COMCE), Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Beatriz Martínez Ramírez
ORCID: 0000-0001-8617-4279

Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo,
 Quintana Roo, México.
 Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo,
 Quintana Roo, México.
 Red Internacional del Paciente Crónico y la Familia
 (CRONIFAM), Colombia – Perú – México.

Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Carlos Alberto Carreón Gutiérrez
ORCID: 0000-0003-2511-2220

Universidad Autónoma de Tamaulipas, Ciudad Victoria,
 Tamaulipas, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Carolina Salinas Oviedo
ORCID: 0009-0008-1814-5925

Hospital General Dr. Rubén Leñero, Secretaría de Salud
 Ciudad de México, México.
 Consejo de Investigadores, Secretaría de Salud de la
 Ciudad de México, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Diego López Dórame
ORCID: 0000-0002-8738-6406

Universidad de Sonora, Sonora, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, Ciudad de
 México, México.
 Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora,
 Sonora, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Diana Pérez Pimienta
ORCID: 0000-0002-1936-634X

Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Sociedad Nayarita de Psicología, Nayarit, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Edgar Fernando Peña Torres
ORCID: 0000-0002-0867-8575

Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo,
 Quintana Roo, México.
 Universidad Tecnológica de Chetumal, Chetumal,
 Quintana Roo, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Elizabeth Martín del Campo Escudero
ORCID: 0009-0007-4504-5340

Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango,
 México.
 Sistema Estatal de Investigadores, COCYTED,

Durango, México.
 Red Internacional de Estudios Interdisciplinarios de
 Género y Diversidad Sexual, Durango, México.
 Asociación Mexicana de Terapeutas en Comunicación
 Humana, Durango, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Guillermo César Vázquez González
ORCID: 0000-0002-5403-3831

Universidad de Colima, Colima, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Fernanda Guadalupe Rascón Arriaga
ORCID: 0000-0002-7201-5354

Universidad Kino | Hermosillo, Sonora, México.
 Universidad Estatal de Sonora, Sonora, México.
 Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora,
 Sonora, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Florence Rosemberg Seifer
ORCID: 0009-0004-1955-0712

Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH),
 Ciudad de México, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Isai Arturo Medina Fernández
ORCID: 0000-0003-2845-4648

Universidad Autónoma de Coahuila, Coahuila, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Iván Enoc Martínez Absalón
ORCID: 0000-0002-9587-7213

Secretaría de Educación de Veracruz, Veracruz, México.
 Red de Investigación y Práctica en Liderazgo Educativo
 (Interleader), Veracruz, México.
 Padrón Veracruzano de Investigadores, Veracruz, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Josué Arturo Medina Fernández
ORCID: 0000-0003-0588-9382

Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo,
 Quintana Roo, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
 Nayarit, México.

Dr. José Guadalupe Torres Morales
ORCID: 0000-0001-6492-5262

Instituto Politécnico Nacional (IPN), Ciudad de México,
 México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
 Nayarit, México.

Dr. Juan Manuel Sánchez Soto
ORCID: 0000-0003-1436-2531

Tecnológico de Estudios Superiores de Chalco,
 Estado de México, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero
ORCID: 0000-0002-8695-7924

Universidad Autónoma del Carmen | Campeche, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT |
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO) |
 Nayarit, México.

Dra. Magally Martínez Reyes
ORCID: 0000-0002-2643-6748

Universidad Autónoma del Estado de México,
 Estado de México, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN,
 Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Mitl Maqueda Silva
ORCID: 0009-0006-1425-4310

Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela
 Nacional de Antropología e Historia (INAH-ENAH)
 Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
 Nayarit, México.

Dra. Margarita Vega Vázquez
ORCID: 0000-0002-0166-2319

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,
 Michoacán, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. María Elena Martínez Tapia
ORCID: 0000-0002-0517-6086

Servicios de Salud de Chihuahua, Chihuahua, México.
 Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de
 Monterrey, Chihuahua, México.
 Sociedad Mexicana de Salud Pública, Ciudad de México,
 México.
 Centro de Investigación en Bioingeniería | Chihuahua,
 México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
 Nayarit, México.

Dra. María del Pilar Anaya Ávila
ORCID: 0000-0003-2630-2085

Universidad Veracruzana, Veracruz, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),

Nayarit, México.

Dra. Mireya Alejandra Chávez Oliveros
ORCID: 0000-0002-1064-2096

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía,
 Ciudad de México, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Asociación Mexicana de Investigadores de los Institutos
 Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad,
 Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Nereyda Hernández Nava
ORCID: 0000-0002-4965-1045

Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP),
 San Luis Potosí, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Nissa Yaing Torres Soto
ORCID: 0000-0003-3646-6649

Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo |
 Quintana Roo, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT |
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO) |
 Nayarit, México.

Dr. Pedro Uriarte Molina
ORCID: 0009-0001-6951-569X

Clínica Avance Tratamiento de Adicciones, Tijuana,
 México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Raquel García Flores
ORCID: 0000-0002-2786-5069

Instituto Tecnológico de Sonora | Sonora, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
 Colegio de Profesionales de la Psicología | Sonora,
 México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Rosa Eréndira Fosado Quiroz
ORCID: 0000-0002-5344-7274

Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP),
 San Luis Potosí, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Rosario del Pilar Gibert Delgado
ORCID: 0000-0001-8227-8505

Instituto Politécnico Nacional (IPN), Ciudad de México,
 México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,

CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dra. Rossy Lorena Laurencio Meza

ORCID: 0000-0002-9385-8561

Universidad Veracruzana (UV), Veracruz, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidata, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval

ORCID: 0000-0002-6076-2993

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud, Ciudad de México, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidato, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Sociedad Mexicana de Inmunología, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dr. Roberto Neria Mejía

ORCID: 0009-0004-7273-7287

Centro Psicológico de Capacitación y Psicoterapia, Ciudad de México, México.
Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, Ciudad de México, México.
Association for Contextual Behavioral Science (ACBS), Michigan, EE.UU.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dra. Verónica Loera Castañeda

ORCID: 0000-0003-4158-1078

Instituto Politécnico Nacional (IPN) | Durango, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Sociedad Mexicana de Genética, Ciudad de México, México.
Sociedad de Farmacología Molecular del Perú (SOFAR), Perú.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dra. Verónica Rodríguez Luna

ORCID: 0000-0003-2599-3697

Universidad Veracruzana (UV), Veracruz, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.



Contáctenos

journal@iseo.edu.mx

+52 (311) 160 51 13

AV. Juárez, No. 67, Col. Centro. Tepic, Nayarit, México. C.P.63000

SOBRE ISEO JOURNAL

ISEO® Instituto Superior de Estudios de Occidente, es el patrocinador oficial de ISEO Journal, una revista de ciencias médicas y salud mental de acceso abierto para toda la comunidad científica nacional e internacional. Los artículos científicos presentados en ISEO Journal constituyen una valiosa contribución para fines académicos, siempre que se otorgue la debida cita al autor. Cabe destacar que las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente la postura del Comité Editorial ni del propio Instituto ISEO®.

ISSN: 3061-8878

Editado por: ISEO Editorial

Edición: Volumen 3, número 1, enero a junio 2026. Nayarit, México 2026



Patrocinador ISEO®
Instituto Superior de Estudios de Occidente

pág. 9 EDITORIAL

Salud Mental en Contextos Contemporáneos:
Avances, Desafíos y Formación
Interdisciplinaria

Juana Rosalba García Ramírez

pág. 13 ARTÍCULO ORIGINAL

Estrés percibido, niveles de ansiedad y
síntomatología de estrés postraumático
en adultos expuestos a violencia social
delincuencial en Guaymas, Sonora

Christian Antonio Saldivar-Tapia
Carlos Alberto Carreón-Gutiérrez
Alejandro Molina-López
Carlos Armando Herrera-Huert

pág. 20 ARTÍCULO ORIGINAL

Asociación entre Ansiedad, Ansiedad
Precompetitiva, Depresión y Características
Psicológicas Relacionadas con el
Rendimiento Deportivo en Futbolistas
Profesionales

Myrna Martínez García
Gabriel Bernardo López Pérez
Beatriz Martínez Ramírez
Nissa Yaing Torres Soto

pág. 26 ARTÍCULO ORIGINAL

Avances clínicos, etiológicos y terapéuticos
acerca del Trastorno Límite de la
Personalidad

David Adrian Escalante Romero
Beatriz Martínez Ramírez
Nissa Yaing Torres Soto

pág. 32 ARTÍCULO ORIGINAL

Trastorno del Espectro Autista en la Infancia:
Prevalencia, Factores Asociados y Evidencia
sobre las Estrategias de Intervención

Nehemías Cuamba Osorio
Teresa Iveth Sotelo Quiñonez
Norma Isabel Rodelo Morales
Guadalupe Refugio Flores Verduzco

pág. 41 ARTÍCULO ORIGINAL

Dificultades en Estudiantes de Enfermería
para el Uso de la Taxonomía NANDA-I en
Diagnósticos de Enfermería

Deneb Arely Gutiérrez-Contreras
Karla Ilse Gutiérrez-Contreras

pág. 47 ARTÍCULO ORIGINAL

Telesalud y formación de psicólogos clínicos
en México post-COVID-19

Nayeli Guadalupe De la Rosa Montealvo
María Eugenia Cervera Baas
Ruth Lizzeth Madera Sandoval

Salud Mental en Contextos Contemporáneos: Avances, Desafíos y Formación Interdisciplinaria



Mental Health in Contemporary Contexts: Advances, Challenges, and Interdisciplinary Training

Juana Rosalba García Ramírez¹

Departamento de Medicina y Nutrición, Campus León, Universidad de Guanajuato - (León, Guanajuato, México)

¹Departamento de Medicina y Nutrición, Campus León, Universidad de Guanajuato - (León, Guanajuato, México)

● <https://orcid.org/0000-0003-2773-3290>

La salud mental representa uno de los principales retos de la salud pública mundial en el siglo XXI, con un estimado de más de mil millones de personas que viven con algún trastorno mental. En este sentido, la depresión y la ansiedad son las condiciones más prevalentes y son responsables de una elevada carga de discapacidad y costos socioeconómicos^{1,2}. Por otra parte, se ha observado un incremento sostenido en la carga global de trastornos mentales entre 1990 y 2021, acentuado durante el período de la pandemia por COVID-19, con notables disparidades regionales relacionadas con el nivel de desarrollo sociodemográfico³. En este contexto, la investigación científica en salud mental adquiere un papel primordial para comprender la complejidad de los trastornos mentales, mejorar la prevención y orientar intervenciones efectivas.

Esta edición integra artículos que analizan problemáticas actuales de la salud mental desde una perspectiva clínica. Los manuscritos incluyen el trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno del espectro autista (TEA) en la infancia, las dificultades en el aprendizaje de la taxonomía NANDA-I, la formación de psicólogos clínicos en telesalud, la salud mental y el rendimiento psicológico en futbolistas y la relación entre violencia social delictiva, estrés, ansiedad y trastorno de estrés postraumático en adultos.

Trastornos mentales en contextos diversos

El avance de la investigación sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ha permitido profundizar en el conocimiento de su etiología. A su vez, se han estudiado diferentes modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas dirigidas al abordaje del trastorno, cuyos resultados difieren en función de las condiciones clínicas y de las necesidades específicas de cada individuo⁴. El artículo de revisión titulado "*Avances clínicos, etiológicos y terapéuticos acerca del Trastorno Límite de la Personalidad*" ofrece una extensa revisión bibliográfica de los avances obtenidos en la comprensión clínica y etiológica del TLP, incluyendo las alternativas terapéuticas descritas en la literatura revisada. De modo que se resalta la importancia del diagnóstico oportuno y del abordaje psicológico estructurado, en especial de la terapia dialéctico-conductual.

Correspondencia:

Juana Rosalba García Ramírez
Departamento de Medicina y Nutrición, Campus León, Universidad de Guanajuato. México.

jrgarcia@ugto.mx

Citar como:

García Ramírez JR. Salud Mental en Contextos Contemporáneos: Avances, Desafíos y Formación Interdisciplinaria [Internet] Revista ISEO Journal, 2026. [Citado el...]; 3(1):9-11. <https://doi.org/10.63344/ev985e13>

En el ámbito del desarrollo infantil, la literatura que aborda el Trastorno del Espectro Autista (TEA) destaca que el diagnóstico temprano y las intervenciones multidisciplinarias desempeñan un rol esencial. Además, es posible que, en los últimos años, las mejoras en los sistemas de detección y la sensibilización social en torno al TEA tengan influencia en el aumento de la prevalencia de este trastorno. La evidencia revisada resalta el papel de factores genéticos y ambientales, así como la necesidad de intervenciones individualizadas que favorezcan el desarrollo y la inclusión social⁵. La presente edición incluye el artículo de revisión “*Trastorno del Espectro Autista en la Infancia: Prevalencia, Factores Asociados y Evidencia sobre las Estrategias de Intervención*”, en el que se recopila y se reflexiona acerca de los factores asociados al TEA y las estrategias de intervención en niños. Un aspecto notable es la escasa disponibilidad de los estudios epidemiológicos más rigurosos en América Latina y especialmente en México, lo que subraya la necesidad de fortalecer la investigación y reflexionar sobre las barreras que aún persisten para conseguir un diagnóstico adecuado, intervenciones y un seguimiento a las personas con TEA, así como de sus familias.

Por otra parte, el estudio centrado en la detección de síntomas de depresión y ansiedad en deportistas profesionales aporta evidencia sobre la presencia de problemáticas de salud mental en poblaciones tradicionalmente asociadas con bienestar físico. La presión por el rendimiento competitivo, las exigencias del entrenamiento y las cargas físicas y neuropsíquicas a las que se somete el atleta profesional pueden constituir factores de riesgo relevantes para el desarrollo de estados ansiosos, evidenciando que la salud mental es un componente esencial del desempeño integral y requiere un abordaje oportuno mediante estrategias psicológicas apropiadas. Estos hallazgos refuerzan la importancia de incorporar estrategias de promoción, prevención y atención de la salud mental en los programas de acompañamiento integral de los deportistas de alto rendimiento⁶. El artículo original “Asociación entre Ansiedad, Ansiedad Precompetitiva, Depresión y Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo en Futbolistas Profesionales”, se realizó con 22 futbolistas profesionales de primera división, quienes participan en una evaluación de distintos indicadores de ansiedad, depresión y características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo. Los resultados muestran una asociación positiva entre la ansiedad general y la depresión, mientras que no se encuentran asociaciones significativas entre estas variables emocionales y el puntaje global de las características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo, resaltando la importancia de fortalecer estrategias de promoción y prevención de la salud mental en el deporte de alto rendimiento.

Formación y desarrollo de competencias en profesionales de la salud

En el ámbito de la formación en salud, la revisión sobre las dificultades en el uso de la taxonomía NANDA-I en estudiantes de enfermería pone de manifiesto retos persistentes en el aprendizaje del razonamiento clínico⁷. Este número también incluye el artículo de revisión “*Dificultades en Estudiantes de Enfermería para el Uso de la Taxonomía NANDA-I en Diagnósticos de Enfermería*”, que analiza 9 estudios publicados entre 2015 y 2025, procedentes de distintos países, incluido México. El estudio expone dificultades relacionadas con el conocimiento teórico, la priorización de diagnósticos, la integración de NANDA-I con NIC y NOC y la aplicación del razonamiento diagnóstico en la práctica clínica, lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias de enseñanza utilizando metodologías teórico-prácticas que promuevan el desarrollo de competencias en los estudiantes de Enfermería.

En lo referente a los cambios postpandemia, la investigación sobre telesalud y formación de psicólogos clínicos destaca la rápida adopción de modelos de atención a distancia. La telesalud ha ampliado el acceso a servicios y ha generado la necesidad de desarrollar competencias específicas, incluyendo habilidades tecnológicas, comunicación efectiva y principios éticos para la atención remota, lo que plantea nuevos desafíos para la formación profesional en psicología y otras disciplinas de la salud⁸. El artículo denominado “Telesalud y formación de psicólogos clínicos en México post-COVID-19”, destaca que la telesalud aplicada al ámbito de la psicología clínica ha ampliado el acceso a los servicios psicológicos, sobre todo cuando existen barreras geográficas, y evidencia brechas en competencias digitales, supervisión clínica y aspectos éticos. La revisión bibliográfica resalta la necesidad de fortalecer la capacitación profesional, la infraestructura tecnológica, la protección de datos y los marcos éticos y legales a fin de garantizar una atención virtual de calidad y segura.

Violencia y salud mental

Finalmente, el análisis del impacto de la violencia social en la salud mental, específicamente en poblaciones expuestas a contextos delincuenciales, pone de manifiesto la fuerte asociación entre la exposición a eventos traumáticos y el desarrollo de trastornos como el estrés, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). En la actualidad, los estudios documentan prevalencias elevadas de TEPT en comunidades afectadas por violencia, incluso en personas no directamente expuestas, lo que refleja el alcance comunitario de estos fenómenos y enfatiza la necesidad de intervenciones comunitarias junto con políticas públicas orientadas a la prevención y atención del daño psicológico^{9,10}. El artículo original “*Estrés Percibido, Niveles de Ansiedad y Sintomatología de Estrés Postraumático en Adultos Expuestos a Violencia Social Delincuencial en Guaymas, Sonora*” analiza, en una muestra de 432 adultos, las manifestaciones de estrés, ansiedad y síntomas de trastorno de estrés postraumático asociados con la exposición a contextos de violencia. Los resultados muestran que el 78 % presentó ansiedad moderada o grave y el 14.6 % síntomas de trastorno de estrés postraumático. El 85.6 % reportó medidas de seguridad en el hogar, el 73.1 % temor a transitar por determinadas zonas y el 16.4 % consideró cambiar de residencia por temor a la violencia. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad generalizada y la clasificación de la sintomatología de estrés postraumático, con mayor frecuencia de ansiedad generalizada grave entre los participantes con sintomatología de estrés postraumático crónica. Esto resalta la importancia de fortalecer las estrategias preventivas y de atención psicosocial frente al impacto potencial de los contextos de violencia sobre la salud mental.

Reflexión final

En suma, con la incorporación de enfoques clínicos, educativos y sociales, los estudios incluidos en esta edición muestran la naturaleza multidimensional de la salud mental. Su abordaje requiere una perspectiva integral, interdisciplinaria y contextualizada, capaz de contemplar los factores individuales, geográficos y sociales que intervienen en su configuración, así como la diversidad de grupos poblacionales y escenarios que enfrentan estas problemáticas. Por ello, es fundamental que la comunidad académica y profesional continúe impulsando la investigación y la formación interdisciplinaria, de modo que la atención de los trastornos, más allá del diagnóstico, contemple también su prevención, la detección oportuna, la reducción

de las desigualdades y la creación de condiciones que favorezcan el bienestar, la inclusión, la equidad y la calidad de vida.

ISEO Journal, a través de este número, busca promover la difusión del conocimiento científico y favorecer una reflexión crítica acerca de los retos que actualmente afronta la salud mental. En este sentido, resulta pertinente seguir generando evidencia con solidez metodológica, acorde a las particularidades de cada contexto, como vía para responder de manera adecuada a estos desafíos.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por la autora.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. World mental health today: latest data [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado el 19 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/382343>
2. United Nations. WHO sounds alarm as mental health conditions soar past one billion worldwide [Internet]. Nueva York: United Nations; 2025 [citado el 19 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2025/09/1165759>
3. Fan Y, Fan A, Yang Z, Fan D. Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2021: results from the Global Burden of Disease Study 2021. BMC Psychiatry [Internet]. 2025 [citado el 19 de mayo de 2026];25(1):486. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06932-y>
4. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline personality disorder: a review. JAMA [Internet]. 2023 [citado el 19 de mayo de 2026];329(8):670-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.0589>
5. Hirota T, King BH. Autism spectrum disorder: a review. JAMA [Internet]. 2023 [citado el 15 de agosto de 2026];329(2):157-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661>
6. Zaldívar Navarrete M. El impacto de la ansiedad en deportistas profesionales. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores [Internet]. 2021 [citado el 19 de mayo de 2026];9(spe1):00035. Disponible en: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2942>
7. Ardahan M, Ozsoy S, Simsek H, Savan F, Taskiran G, Konal E. The difficulties experienced by nursing students during the use of NANDA diagnoses in care management. International Journal of Caring Sciences [Internet]. 2019 [citado el 19 de mayo de 2026];12(2):1130-39. Disponible en: https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/60_ardahan_original_12_2.pdf
8. Ibarra-Peso J, Hechenleitner-Carvallo M, Zúñiga-San Martín C, Avendaño-Veloso A, Sepúlveda-Valenzuela E. Dimensions related to telemedicine and telehealth competencies of health professionals: a scoping review. Medwave [Internet]. 2025 [citado el 19 de mayo de 2026];25(3):e3003. Disponible en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2025.03.3003>
9. Gutiérrez Quintanilla JR, Portillo García CB. La violencia delincinencial asociada a la salud mental en la población salvadoreña. Revista de Psicología [Internet]. 2014 [citado el 19 de mayo de 2026];32(1):3-37. Disponible en: <https://doi.org/10.18800/psico.201401.001>
10. Oliver S, Kravitz-Wirtz N. The mediating effect of sleep quality on exposure to community violence and posttraumatic stress symptoms in the United States. Prev Med Rep [Internet]. 2024 [citado el 19 de mayo de 2026];43:102776. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102776>



ISEO JOURNAL©

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.



ARTÍCULOS

Originales

Estrés percibido, niveles de ansiedad y sintomatología de estrés postraumático en adultos expuestos a violencia social delincriminal en Guaymas, Sonora

Perceived Stress, Anxiety Levels, and Post-Traumatic Stress Symptoms in Adults Exposed to Social and Criminal Violence in Guaymas, Sonora

Christian Antonio Saldivar-Tapia^I, Carlos Alberto Carreón-Gutiérrez^{II}, Alejandro Molina-López^{III}, Carlos Armando Herrera-Huerta^{IV}

Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México); Instituto Mexicano del Seguro Social - (Guaymas, México); Universidad Autónoma de Tamaulipas - (Tamaulipas, México), Universidad Nacional Autónoma de México - (Ciudad de México, México); Asociación Iberoamericana de Neurociencias y Psiquiatría - (Guaymas, México)

^IInstituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México)
Instituto Mexicano del Seguro Social - (Guaymas, México)
● <https://orcid.org/0009-0009-7136-2942>

^{II}Universidad Autónoma de Tamaulipas - (Tamaulipas, México)
● <https://orcid.org/0000-0003-2511-2220>

^{III}Universidad Nacional Autónoma de México - (Ciudad de México, México)
● <https://orcid.org/0000-0003-0946-9684>

^{IV}Asociación Iberoamericana de Neurociencias y Psiquiatría - (Guaymas, México)
● <https://orcid.org/0000-0001-9677-2344>

Resumen

Objetivo: Analizar la exposición a violencia social delincriminal, el estrés percibido, los niveles de ansiedad y la sintomatología de estrés postraumático en adultos de Guaymas, Sonora, y evaluar la asociación entre ansiedad y sintomatología postraumática. **Métodos:** Estudio cuantitativo, ex post facto, transversal y correlacional. Se incluyeron 432 adultos con exposición directa o indirecta a violencia social delincriminal, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicaron instrumentos estandarizados para evaluar ansiedad, estrés percibido y síntomas de estrés postraumático. **Resultados:** Según el GAD-7, el 78 % presentó niveles de ansiedad moderada o grave y el 14,6 % presentó sintomatología de estrés postraumático. El 85,6 % reportó medidas de seguridad en el hogar, el 73,1 % temor a transitar por determinadas zonas y el 16,4 % consideró cambiar de residencia por temor a la violencia. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y la clasificación de la sintomatología postraumática ($\chi^2 = 37,2$; gl = 6; $p < .001$), con mayor frecuencia de ansiedad grave en participantes con sintomatología crónica. **Conclusiones:** Los hallazgos evidencian manifestaciones relevantes de salud mental y respaldan estrategias preventivas y de atención psicosocial.

Abstract

Objective: To analyze exposure to social and criminal violence, perceived stress, anxiety levels, and post-traumatic stress symptoms among adults in Guaymas, Sonora, and to assess the association between anxiety and post-traumatic stress symptoms. **Methods:** A quantitative, ex post facto, cross-sectional, correlational study was conducted. The sample included 432 adults with direct or indirect exposure to social and criminal violence, selected through nonprobability convenience sampling. Standardized instruments were administered to assess anxiety, perceived stress, and post-traumatic stress symptoms. **Results:** According to the GAD-7, 78% of participants had moderate or severe anxiety levels, and 14.6% exhibited post-traumatic stress symptoms. Overall, 85.6% reported implementing safety measures at home, 73.1% reported fear of traveling through certain areas, and 16.4% considered relocating because of fear of violence. A statistically significant association was identified between anxiety levels and the classification of post-traumatic stress symptoms ($\chi^2 = 37.2$; $df = 6$; $p < .001$), with severe anxiety occurring more frequently among participants with chronic post-traumatic stress symptoms. **Conclusions:** The findings indicate relevant mental health concerns and support preventive and psychosocial care strategies.

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Ansiedad;
- Estrés Psicológico;
- Trastornos por Estrés Postraumático;
- Violencia;
- Víctimas de Crimen;
- Servicios de Salud Mental Comunitaria;
- Exposición a la Violencia

MeSH Terms

KEYWORDS

- Anxiety;
- Psychological Stress;
- Stress Disorders, Post-Traumatic;
- Violence;
- Crime Victims;
- Community Mental Health Services;
- Exposure to Violence

Correspondencia:

Christian Antonio Saldivar-Tapia
Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México)
Instituto Mexicano del Seguro Social, Guaymas, México

christianstapia@gmail.com

Citar como:

Saldivar-Tapia CA, Carreón-Gutiérrez CA, Molina-López A, Herrera-Huerta CA. Estrés percibido, niveles de ansiedad y sintomatología de estrés postraumático en adultos expuestos a violencia social delincriminal en Guaymas, Sonora. [Internet] Revista ISEO Journal. 2026. [Citado el...];3:13-19. <https://doi.org/10.63344/vkx3h918>



ISEO JOURNAL®

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

La exposición a la violencia constituye un fenómeno complejo con implicaciones relevantes para la salud pública, particularmente en la salud mental de las comunidades expuestas de manera persistente a contextos de inseguridad. En México, y de forma específica en Guaymas, Sonora, el incremento sostenido de delitos, homicidios y agresiones ha contribuido a la configuración de entornos caracterizados por el miedo, la percepción constante de riesgo y alteraciones en la vida cotidiana, con posibles repercusiones sobre el bienestar emocional de la población. Esta exposición comprende no solo experiencias de victimización directa, sino también formas indirectas derivadas de la violencia comunitaria, incluyendo el conocimiento de hechos delictivos sufridos por familiares o conocidos, la percepción persistente de amenaza y la convivencia en escenarios de inseguridad; estos aspectos que pueden coexistir con manifestaciones emocionales frecuentemente subestimadas en las políticas públicas orientadas a la salud mental^{1,2,3,4}.

La evidencia científica ha documentado la coexistencia entre exposición prolongada a ambientes violentos y mayores niveles de estrés, ansiedad y trastorno de estrés postraumático; así como alteraciones neurobiológicas relacionadas con sistemas de respuesta al estrés^{5,6}.

La relación entre violencia y salud mental puede comprenderse desde la teoría de los procesos cognitivos, propuesta por Lazarus y Folkman, la cual plantea que el estrés surge de la interacción dinámica entre individuo y entorno, mediada por la valoración cognitiva de estímulos percibidos como amenazantes y por los recursos de afrontamiento disponibles⁷. Desde esta perspectiva, la percepción de incontabilidad y la insuficiencia de recursos adaptativos pueden coexistir con manifestaciones relacionadas con ansiedad y sintomatología postraumática en contextos de inseguridad persistente.

La evidencia internacional ha documentado coexistencia entre exposición a entornos urbanos violentos y manifestaciones psicológicas relacionadas con estrés y ansiedad⁸. En América Latina, diversos estudios han descrito diferencias en la distribución de vulnerabilidad psicológica frente a contextos de violencia comunitaria, particularmente en mujeres y jóvenes⁴.

En México, la violencia social delictuosa presenta variaciones territoriales importantes, con regiones caracterizadas por mayores niveles de inseguridad, homicidios y delitos de alto impacto. En el estado de Sonora, particularmente en Guaymas, se han documentado escenarios persistentes de violencia asociados con homicidios, delitos patrimoniales, desapariciones y percepción sostenida de inseguridad ciudadana^{2,3}.

Guaymas constituye un escenario de interés para el estudio de manifestaciones emocionales relacionadas con la exposición a violencia social delictuosa, debido a la situación de inseguridad documentada en la población¹. Aunque existen estudios nacionales relacionados con percepción de inseguridad y victimización, la evidencia empírica sobre estrés, ansiedad y sintomatología de estrés postraumático en población adulta expuesta a contextos persistentes de violencia social delictuosa en municipios del noroeste de México continúa siendo limitada. Asimismo, persisten vacíos relacionados con el análisis contextual de políticas públicas orientadas a salud mental comunitaria en escenarios de violencia sostenida.

El objetivo general fue analizar la exposición a violencia social delictuosa, el estrés percibido, los niveles de ansiedad y la sintomatología de estrés postraumático en población adulta de Guaymas, Sonora, así como evaluar la asociación entre los niveles de ansiedad y la clasificación de la sintomatología de estrés postraumático.

Los objetivos específicos fueron: caracterizar la exposición a violencia social delictuosa y de estrés percibido, así como los niveles de ansiedad y la sintomatología compatible con TEPT; comparar la exposición a violencia social delictuosa y de estrés percibido según sexo; y, evaluar la asociación entre los niveles de ansiedad y sintomatología de estrés postraumático.

Metodología

Diseño de estudio

La investigación adopta un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, ex post facto, de corte transversal y un alcance descriptivo y correlacional. El estudio tuvo como propósito analizar el estrés percibido, los niveles de ansiedad y la clasificación de la sintomatología de estrés postraumático en población adulta expuesta a violencia social delictuosa en Guaymas, Sonora, así como evaluar la asociación entre los niveles de ansiedad y la clasificación de la sintomatología de TEPT. Para ello, se emplearon instrumentos de medición estandarizados y previamente validados, y los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial⁹.

Población de estudio

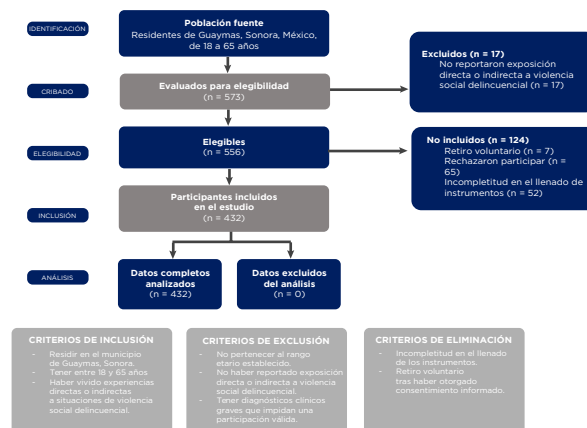
La población de estudio estuvo constituida por personas residentes en el municipio de Guaymas, Sonora, México, con edades comprendidas entre 18 y 65 años. La muestra estuvo integrada por 432 participantes, 234 (54.2 %) fueron mujeres y 198 (45.8 %) hombres. La captación se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia en distintos puntos de acceso a la población, incluidos centros educativos, centros de salud y otros lugares previamente identificados. Posteriormente, se aplicaron los criterios de elegibilidad establecidos.

Criterios de selección

De las 573 personas evaluadas para determinar su elegibilidad, 17 fueron excluidas por no cumplir el criterio de exposición directa o indirecta a violencia social delictuosa. De las 556 personas elegibles, 124 no fueron incluidas en el análisis debido al retiro voluntario o a la presencia de cuestionarios incompletos. Por tanto, la muestra analítica final estuvo constituida por 432 participantes con información completa para las variables incluidas en los análisis reportados.

El proceso de selección, inclusión y exclusión de los participantes se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Flujograma del proceso de selección, inclusión y exclusión de participantes del estudio realizado en Guaymas, Sonora, México, 2025



Variables

- Exposición a violencia social delictuosa: definida como el grado de exposición de los participantes a situaciones de violencia relacionadas con actividades delictivas ocurridas en su entorno comunitario.
- Ansiedad: evaluada mediante el GAD-7 a partir de la frecuencia de síntomas de ansiedad generalizada y clasificada según su gravedad.
- Estrés percibido: definido como el grado en que los participantes valoran las situaciones de su vida cotidiana como estresantes.
- Sintomatología de estrés postraumático: definidos como la presencia de manifestaciones relacionadas con la reexperimentación, la evitación y la hiperactivación posteriores a la exposición a acontecimientos potencialmente traumáticos.

Instrumentos

Para la recolección de datos se emplearon instrumentos estandarizados previamente validados en población

hispanohablante.

- La Escala de Estrés y Ansiedad Delincuencial (ESAD) evalúa experiencias relacionadas con violencia social delictuencial mediante 13 reactivos distribuidos en dos dimensiones: estrés delictuencial y ansiedad delictuencial, utilizando una escala tipo Likert⁹.
- La Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) evalúa la frecuencia de síntomas de ansiedad durante las dos últimas semanas mediante siete reactivos con cuatro opciones de respuesta, permitiendo clasificar su gravedad en niveles leve, moderado y grave^{10,11}.
- La Escala de Estrés Percibido (PSS-14) evalúa el grado en que las personas perciben las situaciones de su vida como estresantes durante el último mes mediante 14 reactivos de tipo Likert¹².
- La Escala de Trastorno de Estrés Postraumático (ETEP) valora síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación asociados con experiencias traumáticas mediante 17 reactivos basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV¹³.

Con el propósito de estimar la consistencia interna de los instrumentos utilizados en la población de estudio, se estimaron los coeficientes alfa de Cronbach (α) y omega de McDonald (ω). Los resultados evidenciaron adecuados niveles de fiabilidad para todas las escalas empleadas, tal como se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Indicadores de consistencia interna y fiabilidad de los instrumentos utilizados para evaluar estrés y ansiedad delictuencial, síntomas de ansiedad, estrés percibido y sintomatología compatible con estrés postraumático

Instrumentos	n	Alfa de Cronbach	ω de McDonald
Escala de estrés y ansiedad delictuencial	432	0.752	0.781
Escala de ansiedad generalizada GAD-7	432	0.859	0.863
Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (ETEP)	432	0.804	0.812
Escala de estrés percibido (PSS-14) adaptada por Remor, 2006	432	0.953	0.953

Procedimientos

Previamente al trabajo de campo se obtuvo la autorización institucional correspondiente. Posteriormente se identificaron los participantes elegibles conforme a los criterios de selección establecidos.

Después de explicar los objetivos de la investigación y obtener el consentimiento informado por escrito, los participantes respondieron los instrumentos de manera autoadministrada bajo la supervisión del equipo investigador previamente capacitado para estandarizar el procedimiento de recolección de datos. La aplicación de los cuestionarios tuvo una duración aproximada de 25 a 30 minutos por participante.

Concluida la recolección de la información, los cuestionarios fueron revisados para identificar inconsistencias o datos faltantes, posteriormente se codificaron e incorporaron a una base de datos electrónica para su procesamiento estadístico.

Aspectos éticos

La investigación se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki¹⁴ y en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012¹⁵ para la investigación en seres humanos y fue autorizada por el H. Ayuntamiento de Guaymas.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado antes de su incorporación al estudio. Se garantizó el anonimato, la confidencialidad de la información y el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin repercusiones.

Análisis de datos

Los datos obtenidos mediante los instrumentos fueron sometidos a procesos de depuración, validación y control de calidad antes de su análisis. El procesamiento estadístico se realizó con el software Jamovi, versión 2.3¹⁶. Se aplicó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes, medias, desviaciones estándar e intervalos de confianza del 95 %, según la naturaleza de las variables. Para el análisis inferencial de las variables categóricas se

empleó la prueba de chi-cuadrado de independencia de Pearson (χ^2), utilizada en las comparaciones de respuestas categóricas según sexo y para evaluar la asociación entre los niveles de ansiedad y la clasificación de la sintomatología de estrés postraumático.

Para comparar el estrés percibido entre mujeres y hombres se empleó un análisis de varianza de una vía (ANOVA), considerando la puntuación total de la PSS-14 como variable dependiente y el sexo como factor de comparación. Previamente, se evaluó el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene. Para los análisis comparativos realizados a nivel de reactivo de la PSS-14 y la ESAD se aplicó el procedimiento de Holm-Bonferroni para controlar el error tipo I asociado a comparaciones múltiples. En los análisis principales se adoptó un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

Resultados

Percepción de violencia y medidas de seguridad

La Tabla 2 presenta la frecuencia de exposición a violencia delictuencial, percepción de inseguridad y respuestas reportadas según sexo en población adulta residente de Guaymas, Sonora. El 85.6 % de los participantes reportó implementación de medidas de seguridad en el hogar (ítem 6), el 73.1 % temor a transitar por determinadas zonas de la ciudad (ítem 9) y el 56.3 % modificaciones en actividades cotidianas (ítem 8). En relación con exposición indirecta a violencia delictuencial, el 44.4 % reportó victimización de amigos o conocidos (ítem 2), mientras que el 19.7 % registró antecedentes de violencia delictuencial grave en familiares (ítem 3).

El análisis comparativo según sexo mostró un valor de $p < 0.05$ únicamente en el ítem relacionado con el cambio de residencia de un familiar, amigo o conocido ($\chi^2 = 4.663$; gl = 1; $p = 0.031$), respuesta reportada por el 3.0 % de las mujeres y el 7.6 % de los hombres. Sin embargo, después de aplicar el procedimiento de Holm-Bonferroni para controlar el error tipo I asociado a las 13 comparaciones realizadas, esta asociación no mantuvo significación estadística (p ajustada = 0.403). Ninguno de los reactivos presentó asociaciones estadísticamente significativas según sexo después del ajuste por comparaciones múltiples.

Tabla 2. Frecuencia de exposición a violencia delictuencial, percepción de inseguridad y respuestas reportadas según sexo

Nº	Ítem (abreviado)	Total n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	χ^2	gl	p	p ajustada (Holm)
1	Familiar víctima de delincuencia	65 (15.0)	37 (15.8)	28 (14.1)	0.234	1	0.628	1.000
2	Amigo o conocido víctima de delincuencia	192 (44.4)	107 (45.7)	85 (42.9)	0.340	1	0.560	1.000
3	Familiar víctima de violencia delictuencial grave	85 (19.7)	47 (20.1)	38 (19.2)	0.054	1	0.816	1.000
4	Consideración de cambio de residencia por violencia	71 (16.4)	34 (14.5)	37 (18.7)	1.349	1	0.245	1.000
5	Cambio de residencia de familiar, amigo o conocido	22 (5.1)	7 (3.0)	15 (7.6)	4.663	1	0.031	0.403
6	Implementación de medidas de seguridad en el hogar	370 (85.6)	199 (85.0)	171 (86.4)	0.152	1	0.696	1.000
7	Afectación emocional por noticias sobre violencia	118 (27.3)	63 (26.9)	55 (27.8)	0.039	1	0.843	1.000
8	Modificación de la vida cotidiana por violencia	243 (56.3)	124 (53.0)	119 (60.1)	2.203	1	0.138	1.000
9	Temor a transitar por determinadas zonas	316 (73.1)	172 (73.5)	144 (72.7)	0.033	1	0.856	1.000

Nº	Ítem (abreviado)	Total n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	χ^2	gl	p	p ajustada (Holm)
10	Ansiedad y estrés asociados al contexto de violencia	104 (24.1)	60 (25.6)	44 (22.2)	0.686	1	0.408	1.000
11	Nerviosismo o inseguridad asociados a la violencia	85 (19.7)	43 (18.4)	42 (21.2)	0.546	1	0.460	1.000
12	Afectación del sueño por violencia	72 (16.7)	36 (15.4)	36 (18.2)	0.604	1	0.437	1.000
13	Afectación de la estabilidad emocional y mental	74 (17.1)	42 (17.9)	32 (16.2)	0.241	1	0.623	1.000

Nota. Los porcentajes del total se calcularon respecto de la muestra total (N = 432); los porcentajes de mujeres y hombres se calcularon respecto del total de participantes de cada sexo (n = 234 mujeres; n = 198 hombres). Los resultados corresponden a la categoría de respuesta "Siempre" de la ESAD. Los valores p ajustados se obtuvieron mediante el procedimiento de Holm-Bonferroni para controlar el error tipo I asociado a comparaciones múltiples.

Estrés percibido

La Tabla 3 presenta los resultados del análisis de varianza (ANOVA) de los 14 ítems de la PSS-14 según sexo. En los análisis individuales se observaron valores de $p < 0,05$ en los ítems 6 ($F(1,430) = 5,44$; $p = 0,020$) y 12 ($F(1,430) = 5,58$; $p = 0,019$). Sin embargo, después de aplicar el procedimiento de Holm-Bonferroni para controlar el error tipo I asociado a las 14 comparaciones realizadas, estas diferencias no mantuvieron significación estadística (p ajustada = 0,266 en ambos reactivos). Ninguno de los demás reactivos presentó diferencias estadísticamente significativas según sexo.

Tabla 3. ANOVA de los ítems de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

Ítem PSS-14	F	gl1	gl2	p	p ajustada (Holm)
Pregunta 1	1.047	1	430	.307	1.000
Pregunta 2	0.565	1	430	.453	1.000
Pregunta 3	2.987	1	430	.085	.935
Pregunta 4	1.267	1	430	.261	1.000
Pregunta 5	1.272	1	430	.260	1.000
Pregunta 6	5.435	1	430	.020	1.000
Pregunta 7	3.600	1	430	.058	.696
Pregunta 8	2.438	1	430	.119	1.000
Pregunta 9	1.985	1	430	.160	1.000
Pregunta 10	1.396	1	430	.238	1.000
Pregunta 11	1.472	1	430	.226	1.000
Pregunta 12	5.578	1	430	.019	.266
Pregunta 13	0.002	1	430	.963	1.000
Pregunta 14	2.654	1	430	.104	1.000

Nota. Los valores p ajustados se obtuvieron mediante el procedimiento de Holm-Bonferroni para controlar el error tipo I asociado a las 14 comparaciones realizadas. Ninguno de los reactivos presentó diferencias estadísticamente significativas según sexo después del ajuste por comparaciones múltiples.

La Tabla 4 presenta la puntuación total de estrés percibido evaluada mediante la PSS-14 según sexo. Las mujeres presentaron una puntuación media de 27.38 (DE = 12.83), mientras que en los hombres fue de 29.52 (DE = 11.82). La prueba de Levene no evidenció diferencias estadísticamente significativas entre las varianzas de ambos grupos ($F = 2.80$; $p = 0.095$). Asimismo, el ANOVA de una vía no mostró diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de estrés percibido según sexo, $F(1, 430) = 3.21$; $p = 0.074$.

Tabla 4. Puntuación total de estrés percibido (PSS-14) según sexo

Sexo	n	Media	D
Mujeres	234	27.38	12.83
Hombres	198	29.52	11.82
Total	432	28.36	12.40

Nota. PSS-14 = Escala de Estrés Percibido de 14 ítems. ANOVA de una vía: $F(1, 430) = 3,21$; $p = 0,074$. Prueba de Levene: $F = 2,80$; $p = 0,095$.

Con relación a la aplicación de la PSS-14, la Tabla 5 presenta la distribución de las respuestas "Muy a menudo" de los ítems de la PSS-14 según sexo. Las mayores frecuencias se observaron en los pensamientos sobre tareas pendientes (16.2 %), el nerviosismo o estrés (15.7 %) y la incapacidad para afrontar responsabilidades (15.0 %). Las menores frecuencias correspondieron a la falta de control sobre aspectos importantes (8.1 %), la acumulación de dificultades (8.1 %) y la percepción de que las cosas van bien (8.8 %). El análisis mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson no

mostró asociaciones estadísticamente significativas entre sexo y ninguno de los 14 ítems ($p > .05$).

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de respuesta "Muy a menudo" en los ítems de la PSS-14, según sexo

Nº	Ítem	Total n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	χ^2	gl	p
1	Eventos inesperados	45 (10.4)	22 (9.4)	23 (11.6)	0.564	1	.453
2	Falta de control	35 (8.1)	15 (6.4)	20 (10.1)	1.962	1	.161
3	Nerviosismo o estrés	68 (15.7)	33 (14.1)	35 (17.7)	1.033	1	.309
4	Manejo de problemas irritantes	47 (10.9)	23 (9.8)	24 (12.1)	0.581	1	.446
5	Afrontamiento de cambios	42 (9.7)	22 (9.4)	20 (10.1)	0.060	1	.807
6	Seguridad para manejar problemas	41 (9.5)	24 (10.3)	17 (8.6)	0.348	1	.555
7	Percepción de que las cosas van bien	38 (8.8)	23 (9.8)	15 (7.6)	0.679	1	.410
8	Incapacidad para afrontar responsabilidades	65 (15.0)	33 (14.1)	32 (16.2)	0.356	1	.551
9	Control de las dificultades	49 (11.3)	29 (12.4)	20 (10.1)	0.560	1	.454
10	Sensación de tener todo bajo control	50 (11.6)	29 (12.4)	21 (10.6)	0.335	1	.563
11	Frustración por falta de control	55 (12.7)	27 (11.5)	28 (14.1)	0.654	1	.419
12	Pensamientos sobre tareas pendientes	70 (16.2)	33 (14.1)	37 (18.7)	1.660	1	.198
13	Control del uso del tiempo	44 (10.2)	18 (7.7)	26 (13.1)	3.468	1	.063
14	Acumulación de dificultades	35 (8.1)	17 (7.3)	18 (9.1)	0.480	1	.488

Nota. Los porcentajes del total se calcularon respecto de la muestra total (N = 432); los porcentajes de mujeres y hombres se calcularon respecto del total de participantes de cada sexo (n = 234 mujeres; n = 198 hombres). Los resultados corresponden a la categoría de respuesta "Muy a menudo" de cada ítem de la PSS-14. La prueba χ^2 de Pearson evaluó la asociación entre sexo y la respuesta "Muy a menudo" frente al resto de categorías.

Estrés y ansiedad delictual

La Tabla 6 muestra la distribución de las respuestas a los 13 reactivos de la ESAD. Las categorías "A menudo" y "Siempre" concentraron las mayores proporciones en la mayoría de los reactivos. La respuesta "Siempre" alcanzó su mayor frecuencia en la implementación de medidas de seguridad en el hogar (370; 85.6 %), seguida del temor a transitar por determinadas zonas de la ciudad (316; 73.1 %) y la modificación de la vida cotidiana por violencia (243; 56.3 %). Por su parte, la respuesta "A menudo" presentó las mayores proporciones en el nerviosismo o inseguridad asociados a la violencia (280; 64.8 %), la percepción de que las cosas van bien (269; 62.3 %) y la afectación de la estabilidad emocional y mental (269; 62.3 %).

En los reactivos relacionados con victimización de familiares, amigos o conocidos, predominaron las categorías "A menudo" y "Siempre", con proporciones que alcanzaron hasta 54.9 %. Entre los reactivos relacionados con cambio de residencia, medidas de seguridad y modificaciones de actividades cotidianas, destacó la implementación de medidas de seguridad en el hogar, con predominio de la categoría "Siempre" (85.6 %), seguida de las modificaciones en actividades cotidianas (56.3 %).

En los reactivos relacionados con percepción de inseguridad y manifestaciones emocionales, destacaron el temor a transitar por determinadas zonas de la ciudad (73.1 %), el nerviosismo e inseguridad (64.8 %) y la afectación de la estabilidad emocional y mental (62.3 %).

Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentajes de las respuestas a los reactivos de la Escala de Estrés y Ansiedad Delictual (ESAD).

Ítem	Nunca n (%)	Algunas veces n (%)	A menudo n (%)	Siempre n (%)
P1	12 (2.8)	118 (27.3)	237 (54.9)	65 (15.0)
P2	—	73 (16.9)	167 (38.7)	192 (44.4)
P3	9 (2.1)	117 (27.1)	221 (51.2)	85 (19.7)
P4	15 (3.5)	134 (31.0)	212 (49.1)	71 (16.4)
P5	153 (35.4)	102 (23.6)	155 (35.9)	22 (5.1)
P6	—	—	62 (14.4)	370 (85.6)
P7	11 (2.5)	34 (7.9)	269 (62.3)	118 (27.3)
P8	—	17 (3.9)	172 (39.8)	243 (56.3)
P9	—	11 (2.5)	105 (24.3)	316 (73.1)
P10	—	113 (26.2)	215 (49.8)	104 (24.1)
P11	—	67 (15.5)	280 (64.8)	85 (19.7)
P12	27 (6.3)	157 (36.3)	176 (40.7)	72 (16.7)
P13	—	89 (20.6)	269 (62.3)	74 (17.1)

Ítem	Nunca n (%)	Algunas veces n (%)	A menudo n (%)	Siempre n (%)
P14	2.654	1	430	1.000

Nota. N = 432. — = no se registraron respuestas en esa categoría.

La Tabla 7 presenta los estadísticos descriptivos de las dimensiones de la ESAD. La dimensión de estrés delincuencial, integrada por los ítems 1-6, presentó una media de 17.73 (DE = 2.54), mientras que la dimensión de ansiedad delincuencial, integrada por los ítems 7-13, presentó una media de 22.03 (DE = 3.02). La puntuación total de la ESAD presentó una media de 39.76 (DE = 4.48).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la Escala de Estrés y Ansiedad Delincuencial (ESAD)

Dimensión	Ítems	N	Media	DE	Mínimo	Máximo	IC95%
Estrés delincuencial	1-6	432	17.73	2.54	11	23	17.49-17.97
Ansiedad delincuencial	7-13	432	22.03	3.02	16	28	21.74-22.32
ESAD total	1-13	432	39.76	4.48	30	48	39.33-40.18

Estrés postraumático

La Tabla 8 presenta la distribución de la clasificación compatible con estrés postraumático según grupo etario y sexo en la población adulta residente de Guaymas, Sonora. Del total de participantes (N = 432), 369 (85.4 %) no presentaron sintomatología compatible con estrés postraumático, 40 (9.3 %) presentaron sintomatología correspondiente al nivel agudo y 23 (5.3 %) al nivel crónico, de acuerdo con la clasificación utilizada por el instrumento.

Entre los participantes sin estrés postraumático, las mayores frecuencias se observaron en los grupos de 19 a 25 años y de 26 a 32 años. En el grupo de 19 a 25 años se registraron 45 mujeres y 32 hombres, mientras que en el grupo de 26 a 32 años se registraron 42 mujeres y 42 hombres.

En los participantes con estrés postraumático agudo, las mayores frecuencias se observaron en los grupos de 26 a 32 años y de 33 a 39 años, con 5 mujeres y 5 hombres en el primero, y 6 mujeres y 5 hombres en el segundo. En cuanto al estrés postraumático crónico, las mayores frecuencias se observaron en los grupos de 19 a 25 años, con 5 mujeres y 1 hombre, y de 26 a 32 años, con 3 mujeres y 5 hombres. En los demás grupos etarios, las frecuencias fueron menores.

Tabla 8. Frecuencias de la clasificación de la sintomatología de estrés postraumático

Clasificación de sintomatología de estrés postraumático	Edad	Sexo	Frecuencia (n)	% del total	% acumulado
Sin estrés postraumático	19-25 años	Mujer	45	10.4 %	10.4 %
	19-25 años	Hombre	32	7.4 %	17.8 %
	26-32 años	Mujer	42	9.7 %	27.5 %
	26-32 años	Hombre	42	9.7 %	37.3 %
	33-39 años	Mujer	25	5.8 %	43.1 %
	33-39 años	Hombre	20	4.6 %	47.7 %
	40-46 años	Mujer	25	5.8 %	53.5 %
	40-46 años	Hombre	27	6.3 %	59.7 %
	47-53 años	Mujer	31	7.2 %	66.9 %
	47-53 años	Hombre	20	4.6 %	71.5 %
	54-60 años	Mujer	20	4.6 %	76.2 %
	54-60 años	Hombre	20	4.6 %	80.8 %
Estrés postraumático agudo	61-65 años	Mujer	10	2.3 %	83.1 %
	61-65 años	Hombre	10	2.3 %	85.4 %
	Subtotal		369	85.4 %	
	19-25 años	Mujer	2	0.5 %	85.9 %
	19-25 años	Hombre	1	0.2 %	86.1 %
	26-32 años	Mujer	5	1.2 %	87.3 %
	26-32 años	Hombre	5	1.2 %	88.4 %
	33-39 años	Mujer	6	1.4 %	89.8 %
	33-39 años	Hombre	5	1.2 %	91.0 %
	40-46 años	Mujer	4	0.9 %	91.9 %
	40-46 años	Hombre	0	0.0 %	91.9 %
	47-53 años	Mujer	4	0.9 %	92.8 %
Estrés postraumático crónico	47-53 años	Hombre	3	0.7 %	93.5 %
	54-60 años	Mujer	2	0.5 %	94.0 %
	54-60 años	Hombre	1	0.2 %	94.2 %
	61-65 años	Mujer	0	0.0 %	94.2 %
	61-65 años	Hombre	2	0.5 %	94.7 %
	Subtotal		40	9.3 %	

Estrés postraumático crónico	19-25 años	Mujer	5	1.2 %	95.8 %
	19-25 años	Hombre	1	0.2 %	96.1 %
	26-32 años	Mujer	3	0.7 %	96.8 %
	26-32 años	Hombre	5	1.2 %	97.9 %
	33-39 años	Mujer	2	0.5 %	98.4 %
	33-39 años	Hombre	1	0.2 %	98.6 %
	40-46 años	Mujer	0	0.0 %	98.6 %
	40-46 años	Hombre	1	0.2 %	98.8 %
	47-53 años	Mujer	1	0.2 %	99.1 %
	47-53 años	Hombre	1	0.2 %	99.3 %
	54-60 años	Mujer	1	0.2 %	99.5 %
	54-60 años	Hombre	1	0.2 %	99.8 %
Subtotal	61-65 años	Mujer	1	0.2 %	100.0 %
	61-65 años	Hombre	0	0.0 %	100.0 %
Total			432	100.0 %	

Niveles de ansiedad según el GAD-7

La Tabla 9 presenta la distribución de los niveles de ansiedad según sexo, evaluados mediante la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), en población adulta residente de Guaymas, Sonora. La puntuación total del GAD-7 se obtiene mediante la suma de sus siete reactivos, con un rango de 0 a 21 puntos. Para la clasificación se utilizaron los siguientes puntos de corte: 0-4 puntos, sin ansiedad; 5-9 puntos, ansiedad leve; 10-14 puntos, ansiedad moderada; y 15-21 puntos, ansiedad grave. El nivel de ansiedad moderada presentó la mayor frecuencia, con 125 mujeres y 103 hombres (228 participantes; 52.8 % del total), seguida del nivel grave, con 58 mujeres y 51 hombres (109; 25.2 %). Los niveles leve y sin ansiedad comprendieron 49 (11.3 %) y 46 (10.6 %) participantes, respectivamente. No se registraron datos faltantes en esta variable.

Tabla 9. Distribución de los niveles de ansiedad según GAD-7

Nivel de ansiedad	Puntuación GAD-7	Mujeres n	Hombres n	Total n (%)
Sin ansiedad	0-4	22	24	46 (10.6 %)
Leve	5-9	29	20	49 (11.3 %)
Moderada	10-14	125	103	228 (52.8 %)
Grave	15-21	58	51	109 (25.2 %)
Total	0-21	234	198	432 (100.0 %)

Nota. GAD-7 = Escala de Ansiedad Generalizada de 7 ítems. La puntuación total oscila entre 0 y 21 puntos. Los puntos de corte utilizados fueron: 0-4 = sin ansiedad; 5-9 = ansiedad leve; 10-14 = ansiedad moderada; 15-21 = ansiedad grave. N = 432.

Relación entre niveles de ansiedad según GAD-7 y sintomatología de estrés postraumático

La Tabla 10 presenta la distribución de los niveles de ansiedad según la clasificación de sintomatología de estrés postraumático en población adulta residente de Guaymas, Sonora. El análisis mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson mostró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 37.2$; gl = 6; $p < .001$). Entre los participantes sin estrés postraumático, el nivel de ansiedad moderada presentó la mayor frecuencia (n = 200), seguida de la ansiedad grave (n = 88). En el grupo con estrés postraumático agudo, las mayores frecuencias correspondieron a ansiedad moderada (n = 26) y grave (n = 8). En los participantes con estrés postraumático crónico, predominó el nivel de ansiedad grave (n = 13), seguida del nivel de ansiedad leve (n = 8).

Tabla 10. Distribución de niveles de ansiedad según GAD-7

Clasificación de la sintomatología de estrés postraumático	No presenta algún tipo de ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad grave	Total
Sin estrés postraumático	45	36	200	88	369
Estrés postraumático agudo	1	5	26	8	40
Estrés postraumático crónico	0	8	2	13	23
Total	46	49	228	109	432
Prueba de χ^2					
Prueba	Valor	gl	p		
χ^2	37.2	6	< .001		
n	432	—	—		

Nota. χ^2 = prueba de chi-cuadrado; gl = grados de libertad; p = nivel de significancia.

Discusión

El presente estudio analizó el estrés percibido, los niveles de ansiedad y la sintomatología compatible con el estrés postraumático en población adulta expuesta a violencia social delictual en Guaymas, Sonora, así como la asociación entre los niveles de ansiedad y la clasificación de síntomas de estrés postraumático. Los hallazgos mostraron una elevada frecuencia de percepción de inseguridad, modificaciones en las actividades cotidianas, conductas de autoprotección y manifestaciones emocionales relacionadas con la exposición a violencia social delictual.

En relación con la exposición a violencia, se observó elevada frecuencia de victimización indirecta, constante percepción de inseguridad y adopción de medidas preventivas, destacándose la implementación de medidas de seguridad en el hogar, temor a transitar por determinadas zonas de la ciudad y modificaciones en las rutinas cotidianas. Asimismo, una proporción importante de participantes reportó experiencias de violencia sufrida por familiares, amigos o conocidos. Estos hallazgos muestran consistencia con estudios realizados en México y América Latina, donde la convivencia en contextos de violencia comunitaria ha sido documentada, aunada a los cambios en los comportamientos cotidianos, percepción de amenaza y estrategias de autoprotección^{12,3,4}. La literatura especializada ha señalado que la exposición persistente, ya sea directa o indirecta, en escenarios de inseguridad puede coexistir con manifestaciones emocionales relevantes, incluso en ausencia de experiencias directas de victimización^{4,5}. En el presente estudio, esta perspectiva resulta pertinente debido a la elevada frecuencia de percepción de inseguridad, conductas de autoprotección y modificaciones de las actividades cotidianas observadas en la población estudiada, junto con la presencia de niveles moderados y graves de ansiedad y sintomatología de estrés postraumático.

Respecto a las manifestaciones emocionales, se observó predominio de los niveles de ansiedad moderada y grave según la clasificación de la escala GAD-7, así como presencia de sintomatología asociada al estrés postraumático agudo y crónico en una proporción menor de participantes. Estos resultados muestran consistencia con investigaciones previas que han expuesto la coexistencia entre contextos de violencia persistente y niveles elevados de ansiedad, estrés y sintomatología postraumática^{5,6}. Asimismo, la literatura ha identificado el sexo femenino como un factor asociado con una mayor vulnerabilidad a la sintomatología postraumática en personas expuestas a eventos traumáticos⁷; en la presente muestra, los niveles de ansiedad moderada y grave se observaron tanto en mujeres como en hombres.

En relación con el estrés percibido, los indicadores con mayor frecuencia de respuesta "muy a menudo" fueron los pensamientos sobre tareas pendientes (16.2 %), el nerviosismo o estrés (15.7 %) y la percepción de incapacidad para afrontar todas las responsabilidades (15.0 %). En el análisis por sexo, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la PSS-14. Aunque los análisis individuales mostraron valores de $p < 0.05$ en los ítems 6 y 12, estas diferencias no mantuvieron significación estadística después del ajuste de Holm-Bonferroni; por tanto, ninguno de los 14 reactivos presentó diferencias significativas según sexo tras el control por comparaciones múltiples. Como antecedente comparable por el instrumento utilizado, Moreta-Herrera et al.¹⁸, en una investigación realizada con adolescentes ecuatorianos mediante la PSS-14, identificaron niveles moderados de estrés percibido y observaron que mayores niveles de estrés se relacionaban con una mayor presencia de problemas de salud mental. Aunque dicho estudio difiere del presente en la edad de los participantes, el contexto y la naturaleza de la violencia analizada, ambos identificaron manifestaciones de estrés percibido en poblaciones expuestas a situaciones potencialmente estresantes. Estas diferencias limitan la comparación directa de los hallazgos y deben considerarse al interpretar su correspondencia.

La asociación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad según GAD-7 y la clasificación de sintomatología de estrés postraumático ($\chi^2 = 37.2$; $gl = 6$; $p < .001$) constituye el principal hallazgo inferencial del estudio. La distribución observada mostró que, entre quienes presentaron estrés postraumático crónico, la ansiedad grave fue el nivel más frecuente, mientras que en los participantes con estrés postraumático agudo predominó la ansiedad moderada. Estos resultados muestran diferencias en la distribución de los niveles de ansiedad según la sintomatología de estrés postraumático. Este patrón puede interpretarse en el

marco de la complejidad de las manifestaciones emocionales descritas en contextos de exposición persistente a violencia social delictual^{5,6}. No obstante, debido al diseño transversal, esta asociación no permite establecer una relación temporal ni causal entre ambas manifestaciones⁸.

En el ámbito de las políticas públicas de México, se han emitido diversos instrumentos normativos y programáticos en materia de seguridad y prevención de la violencia. A nivel nacional, la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública, la Estrategia Nacional de Seguridad Pública y el Programa Sectorial de Seguridad y Protección Ciudadana 2025-2030 contemplan acciones orientadas a la coordinación institucional, la prevención social del delito y la reducción de las violencias. Asimismo, se han reconocido desafíos relacionados con limitaciones estructurales y operativas, insuficiente coordinación interinstitucional y respuestas fragmentadas, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias preventivas adaptadas a las características territoriales y sociales. En este marco, las políticas nacionales incorporan enfoques de prevención social, comunitaria, situacional y psicosocial, mientras que en Sonora y Guaymas estos lineamientos han sido contextualizados mediante instrumentos estatales y municipales de planeación y seguridad^{19,20,21,22,23}.

En este escenario, los hallazgos relacionados con la implementación de medidas de seguridad en el hogar (85.6 %), el temor a transitar por determinadas zonas (73.1 %) y las modificaciones en la vida cotidiana (56.3 %) ponen de relevancia la planificación de intervenciones territorialmente adaptadas a las realidades de cada estado. Sin embargo, persisten limitaciones técnicas y presupuestales, así como dificultades de coordinación intergubernamental, que pueden restringir la capacidad de respuesta institucional. Mientras a escala local, los instrumentos y programas implementados en Guaymas se han orientado hacia la prevención comunitaria, participación social y atención de la violencia familiar y de género. Estas líneas de intervención resultan pertinentes frente a los hallazgos relacionados con exposición indirecta a la violencia, cambios en las rutinas cotidianas, temor comunitario y manifestaciones emocionales observadas en la población estudiada. No obstante, la desconfianza institucional, los recursos limitados y la fragmentación operativa constituyen obstáculos para una respuesta integral, por lo que resulta pertinente fortalecer estrategias preventivas con enfoque comunitario, perspectiva de género y atención psicosocial.

Desde la perspectiva de salud mental comunitaria, el predominio de ansiedad moderada y grave, la presencia de estrés postraumático y la asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 37.2$; $gl = 6$; $p < .001$) evidencian la pertinencia de fortalecer las acciones preventivas dirigidas a poblaciones expuestas directa e indirectamente a violencia social delictual. En este sentido, las políticas públicas pueden incorporar acciones de prevención primaria orientadas al fortalecimiento comunitario y reducción de factores estresores; prevención secundaria mediante tamizaje, detección temprana y atención oportuna; y prevención terciaria mediante seguimiento y atención psicosocial de personas con sintomatología persistente.

Las manifestaciones de ansiedad y sintomatología postraumática observadas en la población estudiada resaltan la relevancia de fortalecer los componentes de salud mental dentro de las políticas públicas orientadas a contextos de violencia social delictual. En este marco, resulta pertinente incorporar una perspectiva de género que permita responder a necesidades diferenciadas de atención, sin que los resultados del presente estudio permitan establecer una mayor afectación según sexo. Aunque los instrumentos revisados incorporan acciones relacionadas con violencia familiar y de género, la literatura ha expuesto oportunidades para ampliar estrategias de atención psicosocial territorialmente contextualizadas, particularmente aquellas relacionadas con tamizaje emocional, acompañamiento psicológico y fortalecimiento de redes de apoyo.

En conjunto, los hallazgos muestran una presencia importante de manifestaciones de estrés percibido, niveles de ansiedad y sintomatología postraumática en la población adulta estudiada, junto con una elevada percepción de inseguridad, modificaciones de las actividades cotidianas y adopción de medidas de autoprotección. Asimismo, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad según GAD-7 y la clasificación de síntomas compatibles con TEPT, con mayor frecuencia de ansiedad grave entre quienes presentaron

sinomatología de TEPT crónico.

Estos resultados respaldan la necesidad de reforzar estrategias integrales de salud pública orientadas a la detección temprana, prevención y atención psicosocial, mediante acciones intersectoriales que articulen salud, seguridad, educación y desarrollo social, incorporando una perspectiva de género y potenciando redes de apoyo comunitario.

Entre las principales limitaciones se encuentra el diseño transversal, que limita el establecimiento de relaciones de temporalidad, y el uso de instrumentos de autorreporte, susceptible a sesgos de memoria o deseabilidad social. Sin embargo, el empleo de instrumentos validados, adecuados niveles de consistencia interna y un tamaño muestral de 432 participantes fortalecen la calidad de la información obtenida. Se recomienda desarrollar estudios longitudinales y de intervención comunitaria que amplíen la comprensión de estos procesos y permitan evaluar estrategias preventivas y de atención psicosocial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen al H. Ayuntamiento de Guaymas, Sonora, por las facilidades otorgadas para la realización del trabajo de campo.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU) [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2022 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ensu/ensu2022_10.pdf
2. Comité de Ciudadanos de Seguridad Pública Sonora. Reporte mensual de incidencia delictiva de Sonora (junio 2022) [Internet]. Hermosillo: CCSP Sonora; 2022 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://sonora.cbsp.mx/2022/07/22/reporte-mensual-de-incidencia-delictiva-de-sonora-junio-2022/>
3. Comité de Ciudadanos de Seguridad Pública Sonora. Reporte mensual de incidencia delictiva de Sonora (octubre 2022) [Internet]. Hermosillo: CCSP Sonora; 2022 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://sonora.cbsp.mx/2022/11/23/reporte-mensual-de-incidencia-delictiva-de-hermosillo-octubre-2022/>
4. Buvinic M, Morrison A, Orlando MB. Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. Papeles de Población [Internet]. 2005 [citado el 07 de enero de 2026];11(43):167-214. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252005000100008&script=sci_arttext
5. Gutiérrez-Quintanilla JR. La violencia social delinquecual asociada a la salud mental en los salvadoreños. Entorno [Internet]. 2012 [citado el 07 de enero de 2026];(51):38-49. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i51.6932>
6. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. Nature [Internet]. 2011 [citado el 07 de enero de 2026];474(7352):498-501. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nature10190>
7. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
8. Ato M, López JJ, Benavente A. A classification system for research designs in psychology. Anales de Psicología [Internet]. 2013 [citado el 07 de enero de 2026];29(3):1038-1059. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
9. Chacón ER, Olivar MA, MacQuaid RD, Lobos Rivera ME. Afectaciones psicológicas en estudiantes de instituciones educativas públicas ubicadas en zonas controladas por grupos pandilleros [Internet]. San Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador; 2016 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11298/989>
10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine [Internet]. 2006 [citado el 07 de enero de 2026];166(10):1092-1097. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
11. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the GAD-7 scale as a screening tool for generalized anxiety disorder. Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2010 [citado el 07 de enero de 2026];8:8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
12. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). The Spanish Journal of Psychology [Internet]. 2006 [citado el 07 de enero de 2026];9(1):86-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>
13. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ, Zubizarreta I, Sarasua B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático. Análisis y Modificación de Conducta [Internet]. 1997 [citado el 07 de enero de 2026];23(90):503-526. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7070298.pdf>
14. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; 2017 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2013 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
16. The jamovi project. jamovi (Version 2.3) [programa informático] [Internet]. Sydney: jamovi; 2023 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.jamovi.org>
17. Chiu HTS, Low DCW, Chan AHT, Meiser-Stedman R. Relationship between anxiety sensitivity and post-traumatic stress symptoms in trauma-exposed adults: a meta-analysis. Journal of Anxiety Disorders [Internet]. 2024 [citado el 07 de enero de 2026];103:102857. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102857>
18. Moreta-Herrera R, Zumba-Tello D, de Frutos-Lucas J, Llerena-Freire S, Salinas-Palma A, Trucharte-Martínez A. The role of negative affects as mediators in the relationship between stress and mental health in Ecuadorian adolescents. Health Psychology Report [Internet]. 2023 [citado el 07 de enero de 2026];11(3):241-251. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/hpr/163484>
19. Presidencia de la República. Programa Sectorial de Seguridad y Protección Ciudadana 2025-2030 [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2025 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5776683>
20. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2009 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGSNSP.pdf>
21. Gobierno de México. Estrategia Nacional de Seguridad Pública [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2019 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5560463>
22. Gobierno del Estado de Sonora. Programa Estatal de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2016-2021 [Internet]. Hermosillo: Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Sonora; 2016 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <http://sspsonora.gob.mx/images/noticias/comunicacionsocial/Documentos/ProgramaEstataldePrevencion.pdf>
23. H. Ayuntamiento de Guaymas. Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024 [Internet]. Guaymas: Ayuntamiento de Guaymas; 2021 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://smt.guaymas.gob.mx/archivo/2024/07/ID25452-AG70-FG1-IMCA-FE07-2024-PLAN-MUNICIPAL-DE-DESARROLLO-ADMINISTRACI%C3%93N-2021-2024.PDF>

Asociación entre Ansiedad, Ansiedad Precompetitiva, Depresión y Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo en Futbolistas Profesionales

Association Between Anxiety, Precompetitive Anxiety, Depression, and Psychological Characteristics Related to Sports Performance in Professional Soccer Players

Myrna Martínez García^I, Gabriel Bernardo López Pérez^{II}, Beatriz Martínez Ramírez^{III}, Nissa Yaing Torres Soto^{IV}

Cetys Universidad: Tijuana - (Baja California, México); Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México); Instituto Tecnológico de Sonora (Ciudad Obregón, Sonora, México) Universidad de Sonora - (Hermosillo, Sonora, México); Departamento de Ciencias de la Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, México (Chetumal, Quintana Roo, México)

^ICetys Universidad: Tijuana - (Baja California, México)
Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México)
<https://orcid.org/0009-0007-8476-1243>

^{II}Instituto Tecnológico de Sonora (Ciudad Obregón, Sonora, México)
Universidad de Sonora - (Hermosillo, Sonora, México)
<https://orcid.org/0000-0002-3082-0961>

^{III}Departamento de Ciencias de la Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, México (Chetumal, Quintana Roo, México)
<https://orcid.org/0000-0001-8617-4279>

^{IV}Departamento de Ciencias de la Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, México (Chetumal, Quintana Roo, México)
<https://orcid.org/0000-0003-3646-6649>

Correspondencia:

Nissa Yaing Torres Soto
Departamento de Ciencias de la Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, México

nissa.torres@uqroo.edu.mx

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre ansiedad, ansiedad precompetitiva, depresión y características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo en futbolistas profesionales de un equipo de primera división.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional con 22 futbolistas varones. Se aplicaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el *Competitive State Anxiety Inventory-2* (CSAI-2) y el Cuestionario de Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y correlaciones de Spearman. **Resultados:** En las dimensiones del CSAI-2, la autoconfianza presentó la puntuación media más elevada ($M = 28.57$; $DE = 5.92$). En el CPRD, las puntuaciones medias fueron de 61.32 para control del estrés, 33.48 para influencia de la evaluación del rendimiento, 25.36 para motivación, 25.68 para habilidad mental y 19.88 para cohesión grupal. Se observó una asociación positiva y estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión ($r_s = .636$; $p < .01$). No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre ansiedad, ansiedad precompetitiva y depresión y el puntaje global del CPRD. **Conclusiones:** La ansiedad mostró una asociación positiva y estadísticamente significativa con la depresión. No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la ansiedad, la ansiedad precompetitiva y la depresión y el puntaje total del CPRD.

Abstract

Objective: To determine the association between anxiety, precompetitive anxiety, depression, and psychological characteristics related to sports performance in professional soccer players from a first-division team.

Methods: A quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational study was conducted with 22 male soccer players. The Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2), and Questionnaire of Psychological Characteristics Related to Sports Performance (CPRD) were administered. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlations. **Results:** Among the CSAI-2 dimensions, self-confidence showed the highest mean score ($M = 28.57$; $SD = 5.92$). For the CPRD, the mean scores were 61.32 for stress control, 33.48 for influence of performance evaluation, 25.36 for motivation, 25.68 for mental skills, and 19.88 for group cohesion. A positive and statistically significant association was observed between anxiety and depression ($r_s = .636$; $p < .01$). No statistically significant associations were identified between anxiety, precompetitive anxiety, and depression and the overall CPRD score. **Conclusions:** Anxiety showed a positive and statistically significant association with depression. No statistically significant associations were identified between anxiety, precompetitive anxiety, and depression and the total CPRD score.

Citar como:

Martínez M, López Pérez GB, Martínez Ramírez B, Torres Soto NY. Asociación entre ansiedad, ansiedad precompetitiva, depresión y características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo en futbolistas profesionales. [Internet] Revista ISEO Journal. 2026. [Citado el...];3:20-24. <https://doi.org/10.63344/t8qzvn77>

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Ansiedad;
- Depresión;
- Atletas;
- Fútbol;
- Psicología del Deporte;
- Rendimiento Atlético.

MeSH Terms

KEYWORDS

- Anxiety;
- Depression;
- Athletes;
- Soccer;
- Psychology, Sports;
- Athletic Performance.



ISEO JOURNAL®

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

La salud mental ha sido reconocida por la OMS como un estado de bienestar que promueve el desarrollo personal, permitiendo a las personas hacer frente a las tensiones propias de la vida cotidiana y contribuir activamente a su comunidad¹. En el deporte competitivo, los altos estándares a los que están expuestos los atletas, y la presión constante por el rendimiento, impactan en su salud mental, dado que pueden desencadenar ansiedad competitiva e influir en su desempeño deportivo². En el caso del fútbol profesional, el alto nivel competitivo, las exigencias organizacionales y la evaluación constante por parte de los entrenadores y de la estructura deportiva, representan factores de estrés para los deportistas³.

El deporte de alto rendimiento exige a los atletas afrontar demandas físicas y psicológicas de manera permanente, asociadas con la competencia, el entrenamiento y las expectativas de rendimiento. En este contexto, la psicología del deporte ha destacado la relevancia de recursos como la resiliencia mental, el control emocional y la capacidad de adaptación para afrontar estas exigencias y favorecer el rendimiento deportivo⁴. Asimismo, el estrés derivado de la competencia, el entrenamiento y el propio contexto deportivo puede representar un desafío para la salud mental de los atletas^{5,6}. Ante este panorama, la salud mental ha cobrado relevancia como parte de la producción científica en el campo de la psicología del deporte, destacándose como un constructo multidimensional vinculado al bienestar y a la capacidad del deportista para adaptarse⁷.

La investigación sobre salud mental en el deporte se ha centrado principalmente en la ansiedad y la depresión, puesto que constituyen los problemas más estudiados y de mayor prevalencia entre los deportistas de alto nivel^{8,9}. En el ámbito deportivo, la ansiedad puede manifestarse en contextos específicos de competencia. En particular, la ansiedad precompetitiva se refiere al estado de ansiedad experimentado ante la proximidad de una competencia y comprende tres dimensiones evaluadas mediante el CSAI-2: la cognitiva, referente a pensamientos de preocupación, incertidumbre y percepción de amenaza; la somática, vinculada a la activación fisiológica; y la autoconfianza, entendida como la percepción que tiene el deportista acerca de sus propias capacidades para alcanzar un resultado favorable en la competencia e incorporada en el instrumento como un componente diferenciado.

Cuando hay niveles elevados o desadaptativos de ansiedad precompetitiva, se pueden afectar los procesos cognitivos implicados en el rendimiento del atleta antes y durante la competencia^{10,11}. Asimismo, el ánimo bajo y disminución del interés por actividades que habitualmente generan satisfacción (anhedonia), la fatiga persistente y las alteraciones cognitivas, son muestras de sintomatología depresiva en el contexto deportivo, lo que afecta tanto el bienestar como el funcionamiento del deportista^{12,9}.

En la actualidad, la evidencia científica resalta la importancia de incorporar estrategias orientadas a promover y preservar la salud mental en la preparación integral de los deportistas de alto rendimiento^{5,6}. Sin embargo, la literatura al analizar la relación existente entre la sintomatología emocional y el rendimiento deportivo no es concluyente. Por un lado, se han encontrado asociaciones entre la ansiedad, la depresión y el desempeño, por otro lado se ha sugerido que determinados recursos psicológicos podrían amortiguar el impacto del malestar emocional sobre el funcionamiento deportivo^{13,14}. Desde esta perspectiva, las Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo adquieren relevancia, dado que comprenden recursos psicológicos asociados al desempeño deportivo. Estas características son evaluadas mediante el Cuestionario de Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD), instrumento que comprende dimensiones como el control del estrés, la influencia de la evaluación del rendimiento, la motivación, la habilidad mental y la cohesión grupal, consideradas como recursos psicológicos funcionales para superar las demandas de la competencia deportiva¹⁵.

La frecuencia con la que afrontan dificultades relacionadas con la salud mental en los deportistas de élite está ampliamente documentada en revisiones sistemáticas y metaanálisis^{8,9}, pero la evidencia sobre la relación entre la ansiedad, la ansiedad precompetitiva, la depresión y las características psicológicas

asociadas al rendimiento deportivo en futbolistas profesionales mexicanos continúa siendo escasa. En consecuencia, es difícil comprender cómo interactúan estas variables en dicho contexto, lo que orienta el desarrollo de investigaciones dirigidas a esta población.

En este marco, la investigación se justifica por su relevancia teórica al aportar evidencia empírica sobre el fenómeno en cuestión, ampliando el conocimiento disponible sobre estas variables en un contexto poco estudiado^{8,9,12}. Desde una perspectiva metodológica, el empleo conjunto del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)^{16,17}, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)¹⁸, el Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2)² y el Cuestionario de Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD)¹⁵ permite evaluar de manera simultánea la sintomatología ansiosa, la ansiedad precompetitiva, la sintomatología depresiva y las características psicológicas relacionadas con el Rendimiento Deportivo que pueden influir en el desempeño de los deportistas mediante instrumentos estandarizados y ampliamente utilizados en la investigación científica. Conforme al enfoque correlacional, se planteó la hipótesis de que existen asociaciones estadísticamente significativas entre dichas variables estudiadas.

De acuerdo con este planteamiento, el objetivo del estudio fue determinar la asociación entre la ansiedad, la ansiedad precompetitiva, la depresión y las Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo en futbolistas profesionales de un equipo de primera división. Para ello, se describieron los indicadores de las variables psicológicas evaluadas y se analizaron las asociaciones entre la ansiedad, la depresión y la ansiedad precompetitiva, así como entre estas variables y las Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo.

Metodología

Diseño de estudio

Se desarrolló el estudio bajo un enfoque cuantitativo y un alcance correlacional, orientado al análisis de asociaciones entre las variables de estudio. Se empleó un diseño no experimental y transversal, en el que las variables fueron medidas sin manipulación deliberada por parte de los investigadores. La información se recopiló en una única medición temporal para analizar las asociaciones entre las variables de estudio.

Los datos fueron recopilados en el entorno natural de los jugadores de un equipo de primera división durante la pretemporada previa al torneo Clausura 2024, mediante un protocolo estructurado. La recolección se realizó durante un periodo de tres semanas, en sesiones distribuidas de lunes a viernes, en horarios previamente acordados con el cuerpo técnico.

Población de estudio

Se conformó por los futbolistas profesionales pertenecientes a un equipo de primera división durante la pretemporada previa al torneo Clausura 2024.

La muestra fue no probabilística por conveniencia, seleccionada en función de la facilidad para contactar y contar con los participantes durante el periodo de aplicación de los instrumentos. La muestra final quedó integrada por 22 jugadores profesionales, con un rango de edad entre los 19 y 35 años.

Criterios de selección

Se invitó a participar a los 24 futbolistas profesionales de 18 años o más pertenecientes a un equipo de primera división durante la pretemporada previa al torneo Clausura 2024. De ellos, 22 aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado y completaron la totalidad de los instrumentos de evaluación psicológica, constituyendo la muestra final. Los 2 jugadores restantes fueron excluidos por encontrarse ausentes o lesionados durante el periodo de aplicación de los instrumentos.

Asimismo, se estableció como criterio de eliminación la presencia de cuestionarios incompletos o con información insuficiente que impidiera su incorporación al análisis estadístico.

Variables

Las variables analizadas en el estudio fueron:

- Ansiedad (ANS), evaluada mediante el Inventario de Ansiedad

de Beck (BAI).

- Ansiedad precompetitiva (AP), evaluada mediante el Competitive State Anxiety Inventory-2 (CSAI-2), considerando sus dimensiones de ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza.
- Depresión (DEP), evaluada mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- Características psicológicas asociadas al rendimiento deportivo, evaluadas mediante el Cuestionario de Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo (CPRD), el cual comprende las dimensiones de control del estrés, influencia de la evaluación del rendimiento, motivación, habilidad mental y cohesión de equipo.

Debido al alcance correlacional del estudio, las variables fueron analizadas mediante asociaciones bivariadas, sin establecer relaciones de causalidad entre ellas.

Instrumentos

Se emplearon instrumentos estandarizados ampliamente utilizados en la evaluación psicológica y deportiva. La depresión fue evaluada mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), instrumento diseñado para identificar la intensidad de los síntomas depresivos mediante 21 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert. La ANS fue medida mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), integrado por 21 reactivos que permiten valorar el grado en que se manifestaron los síntomas de ansiedad durante la última semana. La AP fue evaluada utilizando el *Competitive State Anxiety Inventory-2* (CSAI-2), instrumento que mide tres dimensiones: ansiedad cognitiva, ansiedad somática y autoconfianza. Finalmente, el CPRD, evalúa las dimensiones de control del estrés, influencia de la evaluación del rendimiento, motivación, habilidad mental y cohesión de equipo.

La validez de las herramientas utilizadas ha sido respaldada en investigaciones previas y confiabilidad reportada en la literatura científica para la evaluación de población adulta y deportiva.

Procedimientos

La recolección de datos se realizó durante la pretemporada y conforme a un procedimiento previamente definido para todos los participantes. Los cuestionarios se aplicaron de manera individual, en formato físico y bajo condiciones estandarizadas. Primero se administró el BDI-II para evaluar la sintomatología depresiva, seguido del BAI para evaluar la ansiedad general. Posteriormente, el CSAI-2 se aplicó en momentos cercanos a las sesiones de entrenamiento, con el propósito de evaluar los estados emocionales asociados al contexto deportivo. Finalmente, se administró el CPRD para evaluar las características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo.

La aplicación fue supervisada por el investigador principal, quien verificó la comprensión de los reactivos y atendió las dudas de los participantes sin influir en sus respuestas. Las evaluaciones se efectuaron en espacios proporcionados por el club, con condiciones adecuadas de privacidad, iluminación y silencio.

Aspectos éticos

Para el desarrollo del estudio se aplicaron los principios y consideraciones éticas establecidos en la Declaración de Helsinki, garantizando que la participación fuera libre y voluntaria. Los participantes fueron informados acerca de los objetivos del estudio y posteriormente firmaron los correspondientes consentimientos informados. Toda la información recolectada fue anonimizada, empleándose sólo para fines científicos.

Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de la información recopilada se empleó el software IBM SPSS Statistics. La información obtenida fue organizada en una base de datos para su posterior procesamiento estadístico. De acuerdo con el registro del trabajo de campo, los participantes completaron la totalidad de los instrumentos, sin datos faltantes ni abandonos. Se calcularon estadísticos descriptivos, incluyendo medias y desviaciones estándar, y se realizaron análisis correlacionales para evaluar la relación entre las variables de ansiedad, depresión y características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo. La asociación entre las variables se examinó mediante el coeficiente de correlación de Spearman, considerando un nivel de significancia de $p < .05$.

Resultados

La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos de las variables psicológicas evaluadas. La puntuación media de ansiedad fue de 7.96 (DE = 5.73), mientras que la de depresión fue de 10.59 (DE = 6.26). En la ansiedad precompetitiva, la ansiedad cognitiva presentó una media de 17.00 (DE = 4.51), la ansiedad somática de 13.57 (DE = 3.27) y la autoconfianza de 28.57 (DE = 5.92), con una puntuación total de 59.12 (DE = 9.17). Al considerar las características psicológicas que influyen en el rendimiento de los deportistas, las medias fueron de 61.32 (DE = 12.68) para control del estrés, 33.48 (DE = 7.50) para influencia de la evaluación del rendimiento, 25.36 (DE = 4.41) para motivación, 25.68 (DE = 4.06) para habilidad mental y 19.88 (DE = 2.40) para cohesión grupal. El puntaje total del CPRD fue de 165.72 (DE = 22.01).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables principales

Variable / dimensión	M	DE
Ansiedad (BAI)	7.96	5.73
Depresión (BDI-II)	10.59	6.26
Dimensiones de la Ansiedad precompetitiva (CSAI-2)		
Ansiedad cognitiva	17.00	4.51
Ansiedad somática	13.57	3.27
Autoconfianza	28.57	5.92
Ansiedad precompetitiva (puntuación total)	59.12	9.17
Características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo (CPRD)		
Control del estrés	61.32	12.68
Influencia de la evaluación del rendimiento	33.48	7.50
Motivación	25.36	4.41
Habilidad mental	25.68	4.06
Cohesión grupal	19.88	2.40
CPRD total	165.72	22.01

En la Tabla 2 se observan los resultados del análisis estadístico para determinar la relación entre la ANS, la AP, la DEP y las CPRD, mediante el coeficiente de Spearman. No se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre la ANS, la AP y la DEP y el puntaje total del CPRD.

Tabla 2. Correlaciones entre ANS, DEP, AP y CPRD

Variable	Ansiedad (ANS)	Depresión (DEP)	Ansiedad precompetitiva (AP)	CPRD total
ANS	1			
DEP	.636*	1		
AP	.041	-.024	1	
CPRD total	-.027	-.112	-.115	1

Nota. r_s = coeficiente de correlación de Spearman; * $p < .01$.

No se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre la ANS, la AP, la DEP y el puntaje global del CPRD. Sin embargo, se evidenció una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión ($r_s = 0.636$; $p < 0.01$).

Respecto a la sintomatología depresiva, en la Tabla 3 se muestran los reactivos del BDI-II con las puntuaciones medias más elevadas, correspondientes a los cambios en los hábitos de sueño (M = 1.11; DE = 0.84), la autocrítica (M = 0.96; DE = 0.64) y los sentimientos de culpa (M = 0.92; DE = 0.67). El reactivo correspondiente a los pensamientos o deseos suicidas presentó una media de 0.00 (DE = 0.00).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los reactivos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Reactivo	M	DE	Rango	Asimetría	Curtosis
1	0.29	0.66	0-3	2.91	9.900
2	0.25	0.52	0-3	1.98	3.462
3	0.29	0.54	0-3	1.70	2.276
4	0.51	0.64	0-3	0.86	-0.184
5	0.92	0.67	0-3	0.89	2.585
6	0.22	0.42	0-3	1.41	0.000
7	0.48	0.70	0-3	1.88	5.059
8	0.96	0.64	0-3	0.03	-0.397
9	0.00	0.00	0-3	—	—
10	0.11	0.32	0-3	2.62	5.265
11	0.70	0.54	0-3	-0.13	-0.475
12	0.44	0.69	0-3	2.04	5.639
13	0.62	0.74	0-3	1.35	2.609
14	0.25	0.44	0-3	1.16	-0.702
15	0.74	0.81	0-3	0.99	0.753
16	1.11	0.84	0-3	0.59	0.167
17	0.51	0.80	0-3	1.62	2.366
18	0.62	0.79	0-3	0.79	-0.898
Reactivo	M	DE	Rango	Asimetría	Curtosis
19	0.51	0.84	0-3	1.56	1.651

20	0.70	0.60	0-3	0.23	-0.478
21	0.25	0.52	0-3	1.98	3.462

Discusión

El principal hallazgo de este estudio fue la existencia de una correlación positiva, de magnitud moderada a alta y estadísticamente significativa entre la ansiedad general y la depresión ($r_s = .636$; $p < .01$). Este hallazgo es consistente con la evidencia reciente, que ha documentado una prevalencia importante de síntomas de ansiedad y depresión en deportistas de alto rendimiento, los cuales no siempre se traducen en un deterioro inmediato de la participación o del funcionamiento deportivo^{8,9}. En contraste, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas de la ansiedad general, la ansiedad precompetitiva y la depresión con el puntaje global del CPRD. Este resultado debe interpretarse con cautela, debido a que el reducido tamaño de la muestra ($n = 22$) disminuye la potencia estadística y limita la capacidad para detectar asociaciones de magnitud pequeña o moderada. En atletas de élite, también se ha observado que una mayor exposición acumulada a eventos estresantes a lo largo de la vida se asocia con una mayor sintomatología depresiva y ansiosa y con un menor bienestar psicológico¹⁹.

En una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó atletas de élite activos, se estimó una prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión de 33.6 %, mientras que en exdeportistas de élite la prevalencia combinada fue de 26.4 %^{8,9}. Por el contrario, este estudio se efectuó en 22 futbolistas profesionales varones activos de un equipo de primera división, por lo que sus resultados son aplicables a una población concreta de deportistas profesionales en actividad y no pueden directamente compararse con estimaciones obtenidas en atletas retirados o en muestras deportivas heterogéneas. Esta comparación ayuda a plasmar los resultados en la evidencia internacional y, a su vez, a especificar el contexto del fútbol profesional mexicano. En la muestra estudiada, las puntuaciones descriptivas obtenidas en ANS ($M = 7.96$; $DE = 5.73$) y depresión ($M = 10.59$; $DE = 6.26$) deben interpretarse considerando las características particulares de los participantes y los instrumentos empleados. A diferencia de los estudios epidemiológicos que estiman prevalencias de síntomas o trastornos, esta investigación utilizó puntuaciones continuas del BAI y BDI-II, por lo que no resulta metodológicamente apropiado establecer una equivalencia directa entre dichas puntuaciones y las prevalencias reportadas en revisiones internacionales.

En cuanto a la sintomatología depresiva, los reactivos del BDI-II con las puntuaciones medias más elevadas correspondieron a los cambios en los hábitos de sueño, la autocrítica y los sentimientos de culpa. Estos hallazgos son compatibles con manifestaciones descritas en la literatura sobre sintomatología depresiva en deportistas, aunque su interpretación debe limitarse al carácter descriptivo de estos resultados^{20,21,22}.

La correlación positiva observada entre ANS y DEP ($r_s = .636$; $p < .01$) es consistente con la evidencia que documenta la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en deportistas, lo que resalta la importancia de considerar ambas manifestaciones dentro de la evaluación integral de la salud mental en esta población^{8,9,12}.

La autoconfianza presentó la puntuación media más elevada entre las dimensiones del CSAI-2; sin embargo, debido al reducido tamaño muestral, no es posible establecer que esta característica haya actuado como factor protector o modulador de la relación entre la sintomatología emocional y el CPRD. Por tanto, esta interpretación debe considerarse exploratoria y contrastarse en estudios posteriores con muestras de mayor tamaño.

Entre las principales fortalezas de esta investigación destaca la evaluación simultánea de la ANS, la AP, la DEP y las CPRD, mediante instrumentos psicométricos ampliamente utilizados y con evidencia de validez y confiabilidad. Asimismo, el estudio aporta evidencia empírica obtenida en futbolistas profesionales mexicanos, población que continúa estando escasamente representada en la literatura científica sobre salud mental y rendimiento deportivo.

Es importante tomar en consideración las limitaciones del estudio. Entre ellas se encuentra el uso exclusivo de instrumentos de autoinforme, por lo que las respuestas podrían estar condicionadas por la percepción de los participantes, la deseabilidad social y el estigma relacionado con la expresión del malestar emocional

en el deporte profesional. Por otro lado, el reducido tamaño de la muestra, la participación de futbolistas de un solo club, la selección por conveniencia y el diseño transversal y correlacional limitan la generalización de los hallazgos y no permiten establecer relaciones causales entre las variables. Por último, el momento de la temporada y las condiciones específicas de aplicación de los instrumentos pudieron influir en las respuestas, en especial al evaluar la ansiedad precompetitiva.

En futuras investigaciones se recomienda el desarrollo de estudios longitudinales que evalúen la evolución de la ANS, la AP, la DEP y las CPRD durante toda la temporada competitiva. Asimismo, se recomienda ampliar el tamaño muestral e incorporar futbolistas de diferentes categorías y clubes profesionales. Cabe resaltar que la incorporación de indicadores fisiológicos relacionados con la respuesta al estrés, así como de otras variables psicológicas, podría contribuir a una comprensión más amplia de la relación entre la salud mental y el rendimiento deportivo.

Entre las implicaciones prácticas, los hallazgos sugieren la importancia de integrar estrategias institucionales orientadas a promover la salud mental y el acompañamiento psicológico de los futbolistas profesionales^{23,24,25}, teniendo en cuenta que se identificaron manifestaciones negativas como la autocrítica y los sentimientos de culpa, correspondientes a los reactivos con mayores puntuaciones del BDI-II. Lo anterior pone de relieve la necesidad de implementar estrategias preventivas y de acompañamiento psicológico adaptadas a las exigencias de la competición deportiva profesional^{24,25}. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones declaradas previamente, las cuales limitan la generalización de los resultados a otras poblaciones de futbolistas profesionales.

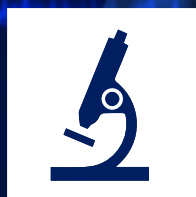
Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado el 07 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Martens R, Vealey RS, Burton D. Competitive anxiety in sport. Champaign (IL): Human Kinetics; 1990.
- Arnold R, Fletcher D. Stressors, hassles, and adversity. In: Arnold R, Fletcher D, editors. Stress, well-being and performance in sport [Internet]. London: Routledge; 2021 [citado el 07 de enero de 2026]. p. 31–62. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9780429295874-3>
- Petersen L. Sports psychology: mental resilience and performance in elite athletes. Revista de Psicología del Deporte [Internet]. 2024 [citado el 07 de enero de 2026];33(2):271–279. Disponible en: <https://rpd-online.com/manuscript/index.php/rpd/article/view/1720/731>
- Nuetzel B. Coping strategies for handling stress and providing mental health in elite athletes: a systematic review. Frontiers in Sports and Active Living [Internet]. 2023 [citado el 07 de enero de 2026];5:1265783. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fspor.2023.1265783>
- Wang W, Schweickle MJ, Arnold ER, Vella SA. Psychological interventions to improve elite athlete mental wellbeing: a systematic review and meta-analysis. Sports Medicine [Internet]. 2025 [citado el 07 de enero de 2026];55(4):877–897. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40279-024-02173-3>
- Lundqvist C, Andersson G. Let's talk about mental health and mental disorders in elite sports: a narrative review of theoretical perspectives. Frontiers in Psychology [Internet]. 2021 [citado el 07 de enero de 2026];12:700829. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700829>
- Runacres A, Marshall ZA. Prevalence of anxiety and depression in former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open Sport & Exercise Medicine [Internet]. 2024 [citado el 07 de enero de 2026];10(4):e001867. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2023-001867>
- Gouttebarger V, Castaldelli-Maia JM, Gorczynski P, Hainline B, Hitchcock ME, Kerkhoffs GM, et al. Occurrence of mental health symptoms and disorders in current and former elite athletes: a systematic review and meta-analysis. British Journal

- of Sports Medicine [Internet]. 2019 [citado el 07 de enero de 2026];53(11):700-706. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100671>
10. Pineda-Espejel HA, Alarcón E, Morquecho-Sánchez R, Morales-Sánchez V, Gadea-Cavazos E. Adaptive social factors and precompetitive anxiety in elite sport. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2021 [citado el 07 de enero de 2026];12:651169. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.651169>
 11. Peng F, Zhang LW. The relationship of competitive cognitive anxiety and motor performance: testing the moderating effects of goal orientations and self-efficacy among Chinese collegiate basketball players. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2021 [citado el 07 de enero de 2026];12:685649. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.685649>
 12. Tahtinen RE, Shelley J, Morris R. Gaining perspectives: a scoping review of research assessing depressive symptoms in athletes. *Psychology of Sport and Exercise* [Internet]. 2021 [citado el 07 de enero de 2026];54:101905. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.101905>
 13. Lochbaum M, Stoner E, Hefner T, Cooper S, Lane AM, Terry PC. Sport psychology and performance meta-analyses: a systematic review of the literature. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 [citado el 07 de enero de 2026];17(2):e0263408. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263408>
 14. Ayrançi M, Aydin MK. The complex interplay between psychological factors and sports performance: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2025 [citado el 07 de enero de 2026];20(8):e0330862. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0330862>
 15. Gimeno F, Buceta JM, Pérez-Llantada MC. El cuestionario «Características Psicológicas Relacionadas con el Rendimiento Deportivo» (CPRD): características psicométricas. *Análisis Psicológica* [Internet]. 2001 [citado el 07 de enero de 2026];19(1):93-113. Disponible en: <https://doi.org/10.14417/ap.346>
 16. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio (TX): Psychological Corporation; 1996.
 17. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud* [Internet]. 2003 [citado el 07 de enero de 2026];14(3):249-280. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/db8e1af0cb3aca1ae2d0018624204529>
 18. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 1988 [citado el 07 de enero de 2026];56(6):893-897. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
 19. McLoughlin E, Fletcher D, Slavich GM, Arnold R, Moore LJ. Cumulative lifetime stress exposure, depression, anxiety, and well-being in elite athletes: a mixed-method study. *Psychology of Sport and Exercise* [Internet]. 2021 [citado el 07 de enero de 2026];52:101823. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101823>
 20. Kaplánová A. Competitive anxiety, and guilt and shame proneness from perspective Type D and non-Type D football players. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2021 [citado el 07 de enero de 2026];12:601812. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.601812>
 21. Lewinsohn PM, Muñoz RF, Youngren MA, Zeiss AM. *Control your depression*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
 22. Sarmiento H, Frontini R, Marques A, Peralta M, Ordoñez-Saavedra N, Duarte JP, et al. Depressive symptoms and burnout in football players: a systematic review. *Brain Sciences* [Internet]. 2021 [citado el 07 de enero de 2026];11(10):1351. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/brainsci11101351>
 23. Chang CJ, Putukian M, Aerni G, Diamond AB, Hong ES, Ingram YM, et al. Mental health issues and psychological factors in athletes: detection, management, effect on performance, and prevention: American Medical Society for Sports Medicine Position Statement. *Clinical Journal of Sport Medicine* [Internet]. 2020 [citado el 07 de enero de 2026];30(2):e61-e87. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000817>
 24. Reardon CL, Hainline B, Aron CM, Baron D, Baum AL, Bindra A, et al. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *British Journal of Sports Medicine* [Internet]. 2019 [citado el 07 de enero de 2026];53(11):667-699. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100715>
 25. Lange-Smith S, Cabot J, Coffee P, Gunnell K, Tod D. The efficacy of psychological skills training for enhancing performance in sport: a review of reviews. *International Journal of Sport and Exercise Psychology* [Internet]. 2024 [citado el 07 de enero de 2026];22(4):1012-1029. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1612197X.2023.2168725>



ARTÍCULOS DE
revisión

Avances clínicos, etiológicos y terapéuticos acerca del Trastorno Límite de la Personalidad

Advances in the Clinical, Etiological, and Therapeutic Understanding of Borderline Personality Disorder

David Adrian Escalante Romero^I, Beatriz Martínez Ramírez^{II}, Nissa Yaing Torres Soto^{III}

Dirección General de Atención al Neurodesarrollo, Secretaría de Salud del Estado de Sonora - (Sonora, México); Departamento de Ciencias de la Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo - (Quintana Roo, México).

^IDirección General de Atención al Neurodesarrollo, Secretaría de Salud del Estado de Sonora - (Sonora, México).

<https://orcid.org/0009-0008-9157-7935>

^{II}Departamento de Ciencias de la Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo - (Quintana Roo, México).

<https://orcid.org/0000-0001-8617-4279>

^{III}Departamento de Ciencias de la Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo - (Quintana Roo, México).

<https://orcid.org/0000-0003-3646-6649>

Resumen

Objetivo: Analizar los principales aportes científicos publicados sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica narrativa mediante una búsqueda estructurada en Google Scholar, Redalyc y Dialnet. Se incluyeron artículos publicados entre 2015 y 2024, en castellano e inglés. Del total de 404 registros identificados durante el proceso de búsqueda y selección, 17 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad. **Desarrollo y discusión:** Los estudios examinados evidencian que el TLP presenta diversas manifestaciones clínicas, lo que dificulta establecer límites diagnósticos precisos. Su aparición y evolución se relacionan con factores biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales y sociales. También se destaca su vínculo con experiencias adversas durante la infancia, dificultades en la regulación emocional y problemas en las relaciones interpersonales. Asimismo, ha aumentado el interés por la detección temprana y por tratamientos psicoterapéuticos estructurados, entre ellos la Terapia Dialéctico-Conductual, la Terapia Basada en Mentalización y la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia. **Conclusión:** Comprender el TLP desde una perspectiva multifactorial resulta fundamental para fortalecer su detección y abordaje. Se requieren nuevas investigaciones que permitan ampliar la evidencia disponible sobre este trastorno.

Abstract

Objective: To analyze the main scientific contributions published on Borderline Personality Disorder (BPD). **Method:** A narrative literature review was conducted through a structured search of Google Scholar, Redalyc, and Dialnet. Articles published between 2015 and 2024 in Spanish and English were included. Of the 404 records identified during the search and selection process, 17 studies met the eligibility criteria. **Development and discussion:** The studies reviewed indicate that BPD presents diverse clinical manifestations, which may make it difficult to establish clear diagnostic boundaries. Its onset and course have been associated with biological, genetic, psychological, environmental, and social factors. The literature also highlights links between BPD and adverse childhood experiences, difficulties in emotional regulation, and interpersonal problems. In addition, growing attention has been given to early detection and structured psychotherapeutic approaches, including Dialectical Behavior Therapy, Mentalization-Based Therapy, and Transference-Focused Psychotherapy. **Conclusion:** Understanding BPD from a multidimensional perspective is essential for strengthening its early identification and clinical management. Further research is needed to expand the available evidence and deepen current knowledge of this disorder.

Citar como:

Escalante Romero DA, Martínez Ramírez B, Torres Soto NY. Avances clínicos, etiológicos y terapéuticos acerca del Trastorno Límite de la Personalidad. [Internet] Revista ISEO Journal. 2026. [Citado el...];3:26-31. <https://doi.org/10.63344/fsfwny17>

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Trastorno límite de la personalidad;
- Trastornos mentales;
- Trastornos de la personalidad;
- Psicoterapia;
- Diagnóstico precoz.

MeSH Terms

KEYWORDS

- Borderline Personality Disorder;
- Mental Disorders;
- Personality Disorders;
- Psychotherapy;
- Early Diagnosis.

Correspondencia:

Nissa Yaing Torres Soto
Departamento de Ciencias de la Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo - (Chetumal, Quintana Roo, México).

nissa.torres@uqroo.edu.mx



ISEO JOURNAL[©]

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

Los patrones de pensamiento, emoción y comportamiento constituyen la expresión de la personalidad; en condiciones de salud, estos mantienen la plasticidad y la capacidad de ajuste necesarias. Sin embargo, cuando estos patrones se tornan rígidos, persistentes y desadaptativos, pueden dar lugar a un trastorno de la personalidad, reconocido tanto en el DSM-5 como en la CIE-11, aunque cada sistema emplea criterios y enfoques de clasificación particulares. Estas condiciones pueden ocasionar malestar clínicamente significativo y deterioro en áreas relevantes del funcionamiento, como la social, la laboral o la interpersonal^{1,2,3}.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es uno de los trastornos de la personalidad que presenta una mayor complejidad clínica; una complejidad derivada de la notable heterogeneidad de sus manifestaciones, llegando a ser, en el diagnóstico según el manual DSM-5, con hasta 256 combinaciones diagnósticas posibles. El TLP se caracteriza por la inestabilidad afectiva, la impulsividad, las alteraciones de la identidad, las dificultades persistentes en las relaciones interpersonales, la presencia de conductas autolesivas y suicidas recurrentes, la ira desmedida y la percepción de un vacío crónico. Todas estas manifestaciones afectan de forma importante la calidad de vida de las personas que lo padecen, puesto que tienen un alto riesgo de autolesionarse o suicidarse y una significativa comorbilidad psiquiátrica que complica la intervención clínica, el impacto del TLP puede ser comparable con enfermedades crónicas como la diabetes o el Parkinson^{1,3}.

La etiología del TLP es multifactorial e incluye alteraciones neurobiológicas, factores genéticos, procesos inflamatorios y experiencias adversas vividas durante la infancia, como el abuso y negligencia. La psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, entre las principales intervenciones se encuentran la Terapia Dialéctico-Conductual, la Terapia de Esquemas, la Terapia Basada en la Mentalización y la Psicoterapia Centrada en la Transferencia, todas ellas complementadas con intervenciones grupales y familiares^{3,4}. En cambio, en lo que respecta a la farmacoterapia, la evidencia científica es escasa y se limita a tratar alguna de las comorbilidades diagnosticadas³.

Los estudios epidemiológicos muestran el TLP como uno de los trastornos de personalidad más prevalentes, con una cifra que alcanza alrededor del 1% pero que puede variar según el contexto, con tasas más altas en países como Colombia o España, donde llega hasta el 20% en población hospitalizada por otro tipo de trastornos mentales, lo que se debe a la alta comorbilidad del TLP con trastornos afectivos, ansiedad o de consumo de sustancias. Por otra parte, se estima que la conducta suicida recurrente causa la muerte de entre un 5% y un 10% de las personas con TLP. Todo ello se traduce en un uso intensivo de los servicios de urgencias y hospitalizaciones repetidas, lo que genera un costo elevado para los sistemas de salud^{5,6}.

La investigación acerca del TLP ha aumentado en el último decenio, contribuyendo a crear un modelo etiológico de carácter multifactorial, en el que intervienen los factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales^{7,8}. Las experiencias adversas tempranas, como el abuso o el abandono, además de la desregulación emocional y las distorsiones cognitivas, sobre todo el pensamiento dicotómico, representan mecanismos centrales de dicho trastorno^{8,9}. En cuanto a su abordaje terapéutico, las psicoterapias estructuradas de corte cognitivo-conductual han demostrado ser eficaces, entre ellas la Terapia Dialéctico Conductual ha sido la más consolidada, dada su efectividad para reducir conductas autolesivas, ideación suicida, impulsividad y sintomatología afectiva^{9,10}. Pese a lo anterior, el TLP sigue presentando retos como el elevado nivel de comorbilidad, la elevada tasa de abandono terapéutico o la falta de homogeneidad en los metaanálisis, lo cual dificulta la comparación real de eficacia y resalta la necesidad de que futuras investigaciones empleen criterios de evaluación estandarizados^{8,10}.

La evidencia empírica pone de manifiesto que los síntomas del TLP suelen disminuirse naturalmente con el tiempo. No obstante, hay que tener en cuenta que incluso las personas que dejan de cumplir los criterios diagnósticos de este trastorno siguen presentando un deterioro significativo de su ajuste social, indicando que la remisión de los síntomas no necesariamente equivale a una recuperación funcional⁶. El aumento de la producción científica también ha dado como resultado una literatura muy amplia, pero a la vez

heterogénea, distribuida en múltiples enfoques conceptuales, metodológicos y clínicos, dificulta la obtención de una visión integrada del conocimiento actual, identificar las principales tendencias de investigación y reconocer los vacíos existentes sobre la etiología, el diagnóstico, la evolución clínica y las estrategias terapéuticas del TLP. Por ese motivo, es pertinente realizar revisiones de la literatura que integren críticamente la evidencia disponible y mejoren la comprensión integral de los avances conseguidos en torno a este ámbito de conocimiento^{11,12,13,14}.

El objetivo de la presente revisión bibliográfica de tipo narrativa con búsqueda estructurada de la literatura científica, fue analizar e integrar las principales aportaciones científicas reportadas en la literatura sobre el Trastorno límite de la Personalidad durante el período 2015-2024, para identificar las tendencias de investigación, los avances conceptuales, los hallazgos clínicos, las contribuciones terapéuticas y los principales vacíos de conocimiento que guíen a futuras investigaciones y fortalezcan la comprensión integral del TLP.

Metodología

Diseño de estudio

Se efectuó una revisión bibliográfica de tipo narrativa con búsqueda estructurada de la literatura científica, con la finalidad de analizar e integrar la evidencia científica que existe acerca del trastorno límite de la personalidad (TLP). Esto permitió no solo identificar las principales tendencias de investigación, avances conceptuales, hallazgos clínicos y contribuciones terapéuticas en torno al tema revisado, sino también a reconocer vacíos de conocimiento que orienten futuras investigaciones.

Se utilizó un diagrama de flujo basado en las recomendaciones de PRISMA 2020 para transparentar el proceso de identificación, selección e inclusión de los estudios.

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica estructurada para la identificación de los estudios existentes en las bases de datos Google Scholar, Redalyc y Dialnet, las cuales se eligieron por su cobertura multidisciplinaria en materia de ciencias de la salud, psicología y psiquiatría, así como para favorecer la recuperación de publicaciones referidas al TLP, en español e inglés. Si bien la omisión de búsqueda en bases de datos especializadas como PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, PsycINFO constituye una limitación que pudo reducir la exhaustividad de la evidencia recuperada.

Se combinaron descriptores y palabras clave relacionadas con el trastorno, empleando operadores booleanos (AND y OR) adaptados a las características de cada base de datos, tales como: ("trastorno límite de la personalidad" OR "trastorno borderline" OR "borderline personality disorder") AND (diagnóstico OR tratamiento OR psicoterapia OR etiología OR epidemiología OR neurobiología OR "factores de riesgo") AND (investigación OR evidencia OR avances OR hallazgos). También se emplearon estrategias puntuales para ampliar la recuperación de literatura que fuera potencialmente relevante y disminuir el riesgo de omisión de estudios pertinentes. La búsqueda bibliográfica comprendió el período 2015-2024.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron artículos científicos originales, revisiones narrativas, revisiones sistemáticas, revisiones de alcance, metaanálisis y estudios observacionales o experimentales centrados en el TLP, que abordaran aspectos relacionados con la epidemiología, etiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, comorbilidades, neurobiología, tratamiento, pronóstico o calidad de vida. Se consideraron publicaciones recuperadas en Google Scholar, Redalyc y Dialnet, disponibles en texto completo y publicadas en español o inglés durante el período de estudio, siempre que aportaran información pertinente y suficiente para responder a la pregunta de investigación.

Se excluyeron publicaciones anteriores a 2015, estudios cuyo tema principal no correspondiera al trastorno límite de la personalidad o en los que este constituyera únicamente una variable secundaria, así como editoriales, cartas al editor, comentarios, notas periodísticas, reseñas, resúmenes de congresos, tesis, disertaciones, protocolos de investigación y documentos de opinión sin respaldo

empírico. También fueron excluidas las revisiones narrativas sin aportaciones relevantes para la síntesis, los registros duplicados, los documentos sin acceso al texto completo y aquellos que no aportaran información suficiente para responder a la pregunta de investigación.

Selección de los estudios

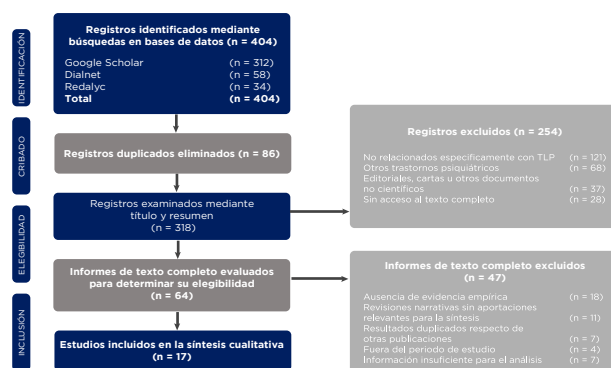
Los registros recuperados fueron sometidos a un proceso de depuración mediante el gestor bibliográfico Mendeley, con el propósito de eliminar referencias duplicadas. Posteriormente, la selección de los estudios se desarrolló en tres etapas consecutivas: revisión de títulos, evaluación de resúmenes y lectura crítica del texto completo.

Se llevó a cabo de forma independiente la aplicación de los criterios de elegibilidad con ayuda de dos revisores, resolviendo las discrepancias mediante consenso. El proceso completo de identificación, depuración, selección e inclusión de los estudios fue documentado mediante un diagrama de flujo elaborado conforme a las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020.

Un total de 404 registros fueron identificados mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Google Scholar (n = 312), Dialnet (n = 58) y Redalyc (n = 34). Tras la eliminación de 86 registros duplicados, se procedió al cribado de 318 estudios mediante la revisión de títulos y resúmenes. Durante esta fase, se excluyeron 254 registros por no cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos, principalmente por no abordar específicamente el trastorno límite de la personalidad (n = 121), centrarse en otros trastornos psiquiátricos (n = 68), corresponder a editoriales, cartas o documentos no científicos (n = 37), o no contar con acceso al texto completo (n = 28).

Luego, se evaluaron 64 artículos a texto completo para determinar su elegibilidad. De estos, se excluyeron 47 por distintos motivos, entre ellos: ausencia de evidencia empírica (n = 18), tratarse de revisiones narrativas sin aportaciones relevantes para la síntesis (n = 11), presentar resultados duplicados respecto a otras publicaciones (n = 7), encontrarse fuera del periodo de estudio establecido (n = 4) o proporcionar información insuficiente para su análisis (n = 7). Por último, solo 17 estudios cumplieron con todos los criterios de inclusión y fueron incorporados en la síntesis cualitativa de la revisión. En la Figura 1, se muestra el proceso completo de identificación, cribado, evaluación de elegibilidad e inclusión de estudios, acorde a las directrices establecidas por la declaración PRISMA 2020.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios sobre TLP (2015-2024)



Desarrollo y discusión

Se incluyeron 17 estudios publicados entre 2015 y 2024, correspondientes a revisiones narrativas, revisiones clínicas, metaanálisis, modelos teóricos e investigaciones sobre intervenciones terapéuticas, neurobiología, factores etiológicos y diagnóstico del trastorno límite de la personalidad. La distribución cronológica evidencia un incremento progresivo del interés científico durante la última década, con predominio de investigaciones orientadas al desarrollo de modelos explicativos integradores y a la evaluación de intervenciones psicoterapéuticas.

En conjunto, los estudios abarcan cinco grandes líneas temáticas: caracterización clínica y diagnóstico diferencial, factores etiológicos

y de riesgo, mecanismos neurobiológicos, detección temprana e intervenciones terapéuticas. Sus principales características y aportaciones se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características y principales aportaciones de los estudios incluidos sobre trastorno límite de la personalidad, ordenados cronológicamente (2015-2024)

Año	Autor(es)	Población/Objeto de estudio	Principales aportaciones	Resultados relevantes
2015	Paris y Black ¹⁵	Revisión comparativa TLP-Trastorno Bipolar	Clarificó diferencias diagnósticas entre ambas entidades.	Destacó la necesidad de evitar diagnósticos erróneos para optimizar el tratamiento.
2015	Gutz et al. ¹⁶	Pacientes con TLP y trastorno de ansiedad social	Exploró mecanismos neurocognitivos asociados a la interacción social. Propuso una nueva conceptualización basada en la confianza epistémica y el aprendizaje social.	Identificó alteraciones en el procesamiento neural de la participación social. Sugirió que las alteraciones en la confianza interpersonal desempeñan un papel central en el desarrollo del TLP.
2016	Fonagy et al. ¹⁷	Modelo teórico del TLP	Desarrolló una explicación multinivel del origen del trastorno.	Propuso la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.
2016	Fonagy y Luyten ¹⁸	Modelo teórico del desarrollo del TLP	Reflexionó sobre los desafíos diagnósticos y conceptuales del trastorno.	Evidenció la persistencia de controversias nosológicas y dificultades de delimitación clínica.
2017	Fernández-Guerrero ¹⁹	Revisión conceptual del TLP	Actualizó la evidencia sobre abordajes terapéuticos.	Confirmó la eficacia de terapias especializadas como TDC, MBT y terapia focalizada en transferencia.
2018	Levy et al. ²⁰	Revisión clínica de tratamientos	Analizó la evolución del trastorno desde la adolescencia hasta la vejez.	El TLP presenta cambios en la expresión sintomática según la etapa del desarrollo. La detección temprana puede favorecer intervenciones oportunas y contribuir a mejorar los resultados clínicos a largo plazo.
2019	Videler et al. ²¹	Personas con TLP a lo largo del ciclo vital	Destacó la importancia del diagnóstico precoz.	Identificó elevada inestabilidad emocional, impulsividad y dificultades interpersonales como rasgos predominantes.
2019	Bozzatello et al. ²²	Estudios sobre detección temprana	Analizó la evidencia disponible sobre tratamientos eficaces.	Las psicoterapias estructuradas mostraron mayor efectividad que los tratamientos farmacológicos aislados.
2020	Aguilar et al. ⁷	Personas con diagnóstico de TLP	Comparó la gravedad clínica entre ambos trastornos y su coexistencia. Cuantificó la asociación entre experiencias adversas tempranas y TLP. Evaluó la efectividad de la Terapia Dialéctico-Conductual en la reducción de síntomas asociados al TLP.	La comorbilidad se asoció con mayor deterioro funcional y complejidad clínica.
2020	Choi-Kainet al. ²³	Revisión de intervenciones terapéuticas	Encontró una fuerte relación entre trauma infantil y desarrollo posterior del trastorno. La TDC mostró efectos positivos en la regulación emocional y disminución de conductas disfuncionales.	
2020	Valdivieso-Jiménez ²⁴	Pacientes con trastorno bipolar y TLP		
2020	Porter et al. ²⁵	Estudios sobre adversidad infantil y TLP		
2021	Saiz y Bueno ⁹	Pacientes diagnosticados con TLP		

Año	Autor(es)	Población/Objeto de estudio	Principales aportaciones	Resultados relevantes
2021	Fonseca-Baeza et al. ²⁶	Familiares de pacientes con TLP	Incorporó el entorno familiar como elemento terapéutico.	Mejóro las habilidades de afrontamiento y redujo el malestar emocional de los familiares.
2021	Bozzatello et al. ²⁷	Factores de riesgo y detección precoz	Integró la evidencia sobre factores predisponentes.	Señaló la interacción de factores genéticos, ambientales y psicosociales.
2022	Armijos y Polo ⁸	Pacientes con TLP	Analizó la utilidad de la terapia cognitivo-conductual para modificar patrones cognitivos disfuncionales.	Se observaron mejoras en la flexibilidad cognitiva y reducción del pensamiento dicotómico.
2024	Bozzatello et al. ¹³	Literatura sobre diferencias de género	Analizó diferencias clínicas y epidemiológicas según sexo.	Identificó variaciones en sintomatología, comorbilidades y búsqueda de atención.

Conceptualización y caracterización clínica del trastorno límite de la personalidad

Los estudios revisados coinciden en señalar que el trastorno límite de la personalidad (TLP) constituye una de las entidades clínicas más complejas dentro de la psicopatología contemporánea debido a su heterogeneidad sintomática y a la superposición de características con otros trastornos mentales. Un estudio previo ha descrito que el TLP se caracteriza por inestabilidad afectiva, impulsividad, alteraciones de la identidad y dificultades persistentes en las relaciones interpersonales. Dichas manifestaciones representan elementos nucleares del cuadro clínico y explican gran parte del deterioro funcional observado en las personas afectadas⁷.

Mientras en otra investigación se ha sostenido que las fronteras diagnósticas del TLP continúan siendo objeto de discusión, en particular por la coexistencia de síntomas relacionados con trastornos afectivos, de ansiedad y otros trastornos de la personalidad¹⁹. Este planteamiento coincide con un estudio que señala que la diferenciación entre el TLP y el trastorno bipolar constituye uno de los principales dilemas diagnósticos en la práctica clínica¹⁵. En ese sentido, ambos trastornos comparten síntomas como la inestabilidad emocional y la impulsividad, pero tienen diferencias importantes en su evolución, en los mecanismos psicopatológicos y en la forma de ser tratados. Además, un estudio evidencia que el diagnóstico de comorbilidad del TLP con trastorno bipolar está relacionado con mayor severidad y deterioro funcional²⁴. Esto sugiere que el diagnóstico diferencial de trastornos de la personalidad sigue siendo un tema de interés en el campo de la salud mental, puesto que un diagnóstico equivocado conlleva un retraso en el inicio de las intervenciones y afecta negativamente el pronóstico de los pacientes.

Se han encontrado diferencias importantes en la expresión clínica del TLP dependiendo del género. En una investigación se identificaron variaciones en los patrones sintomáticos, la presencia de comorbilidades y el uso de servicios de salud mental¹³. No obstante, los estudios revisados han sugerido que estas diferencias estarían influenciadas por factores socioculturales y sesgos diagnósticos históricos. Por lo tanto, la literatura actual apunta a desarrollar investigaciones que cuenten con perspectivas de género más amplias y metodologías que permitan distinguir entre diferencias biológicas reales y construcciones socioculturales.

Factores etiológicos y modelos explicativos del desarrollo del trastorno

Una de las principales líneas de investigación identificadas durante la última década se ha enfocado en comprender los mecanismos etiológicos que forman parte del desarrollo del TLP. Al respecto, un estudio propuso un modelo multinivel que abarcó factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, superando las explicaciones reduccionistas tradicionalmente centradas en un único factor causal¹⁸. También, introdujo el concepto de "petrificación epistémica", con el que explicaron cómo las alteraciones en la confianza interpersonal y en la capacidad de aprendizaje social podrían desempeñar un rol especial en el origen y desarrollo del TLP. Su propuesta es una de las aportaciones teóricas más innovadoras identificadas en la literatura reciente, dado que ofrece una explicación relacional de la psicopatología del TLP¹⁷.

Por otro lado, un estudio confirmó una asociación significativa entre experiencias adversas en la infancia y el desarrollo posterior del TLP²⁵. Un estudio identificó que los factores de riesgo incluyen antecedentes de trauma, vulnerabilidad genética, ambientes familiares disfuncionales y dificultades tempranas en la regulación emocional²⁷. Aunque la relación entre adversidad temprana y TLP ha sido ampliamente documentada, la mayoría de estudios revisados hace uso de diseños retrospectivos y medidas de autoinforme, susceptibles a sesgos de memoria y deseabilidad social. Si bien es cierto, la literatura actual ha permitido establecer asociaciones consistentes, pero aún presenta dificultades para demostrar relaciones causales definitivas.

Neurobiología y procesamiento social

Los hallazgos en neurociencias han permitido indagar en los mecanismos neurobiológicos que podrían fundamentar el TLP. Un estudio analizó el procesamiento neural de la participación social y encontró alteraciones en los circuitos cerebrales que intervienen en la detección y la interpretación de las señales sociales¹⁶. Estos resultados explicarían la elevada sensibilidad interpersonal, el temor al rechazo y las dificultades relacionales características del TLP. Aun así, los estudios neurobiológicos tienen limitaciones asociadas al tamaño muestral reducido, la heterogeneidad clínica de la muestra y la coexistencia frecuente de trastornos comórbidos, lo que dificulta la identificación de biomarcadores del TLP.

En lo que respecta al análisis del desarrollo y evolución del TLP a través del ciclo vital, se ha señalado que las manifestaciones clínicas del trastorno sufren cambios significativos dependiendo de la etapa del desarrollo, con una disminución progresiva de la impulsividad en edades avanzadas y dificultades persistentes en el funcionamiento interpersonal y emocional²¹. También se ha destacado la importancia de la detección temprana para mejorar el pronóstico clínico, siendo la identificación a tiempo de síntomas y factores de riesgo la que hace posible intervenir de forma oportuna para disminuir la gravedad del trastorno y favorecer trayectorias evolutivas más adaptativas²². A su vez, se ha puesto especial énfasis en la necesidad de la elaboración de estrategias preventivas dirigidas a poblaciones vulnerables, sobre todo adolescentes con antecedentes de trauma, problemas emocionales persistentes o contextos familiares adversos. Esto refleja una tendencia cada vez mayor enfocada en modelos preventivos y de intervención temprana en salud mental²⁷.

Intervenciones terapéuticas

Durante la última década, el tratamiento del TLP ha sido uno de los campos con mayor desarrollo científico. Los estudios revisados han coincidido en señalar que la psicoterapia constituye la intervención de primera elección. Estudios han resaltado que los tratamientos especializados como la Terapia Dialéctico-Conductual, la Terapia Basada en la Mentalización o la Terapia Focalizada en la Transferencia son eficaces^{20,23}.

Con relación a la Terapia Dialéctico-Conductual, un estudio reportó mejoras significativas en la regulación emocional y en la disminución de las conductas problemáticas tras la implementación de un programa basado en dicho modelo terapéutico⁹. Una investigación encontró efectos favorables de esta intervención sobre el pensamiento dicotómico, el cual ha sido considerado una de las conductas cognitivas características del trastorno⁸. Mientras, otro estudio amplió el enfoque tradicional de esta terapia con el uso de programas de aprendizaje dirigidos a los familiares, reportando mejoras en las estrategias de afrontamiento y una reducción del malestar emocional de los familiares, lo que reflejó la importancia del contexto relacional como parte integral del tratamiento²⁶.

Pese al progreso observado en la literatura, aún se presentan limitaciones metodológicas debido a que los estudios suelen aplicar muestras pequeñas, períodos de seguimiento temporal relativamente cortos y criterios de evaluación heterogéneos. Estos aspectos dificultan la comparación de intervenciones y delimitan la generalización de los resultados. Asimismo, sigue existiendo la necesidad de realizar ensayos clínicos multicéntricos con seguimiento a largo plazo en el que se evalúe la efectividad de los tratamientos a largo plazo.

Conclusiones

La literatura revisada muestra que el trastorno límite de la personalidad (TLP) es un fenómeno clínico multifactorial, complejo y difícil de conceptualizar. Se identificó que su comprensión integra factores biológicos, psicológicos, sociales y relacionales, lo que ha permitido avances en la identificación de sus características, así como en el diagnóstico y tratamiento del trastorno durante la última década. Los estudios revisados también posicionan a la evaluación especializada y la detección temprana como elementos determinantes para la obtención de un mejor pronóstico clínico.

La revisión también evidenció una evolución conceptual hacia modelos integradores del TLP. Además, se reconoce la adversidad temprana y los procesos relacionales como elementos relevantes en la comprensión del desarrollo y la etiología del trastorno. Mientras, con relación a las intervenciones psicoterapéuticas estructuradas se observaron en los estudios resultados que favorecen la reducción de síntomas y la mejora del funcionamiento psicosocial. No obstante, persisten vacíos relacionados con la heterogeneidad metodológica, la limitada inclusión de poblaciones diversas, la escasez de estudios longitudinales y el abordaje de estrategias preventivas, lo que plantea la necesidad de continuar fortaleciendo la investigación sobre el TLP.

Como resultado, esta revisión ofrece una perspectiva integradora del conocimiento científico en torno al TLP, permitiendo reconocer la necesidad de fortalecer la investigación interdisciplinaria, con el propósito de profundizar en la comprensión del trastorno y favorecer el desarrollo de estrategias preventivas, diagnósticas e intervencionistas orientadas a una atención integral de las personas con TLP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Aragonès Aragonès E, Fernández Moreno A, Loayssa Lara JR. Los trastornos de personalidad. El trastorno límite de la personalidad. AMF Actualización en Medicina de Familia [Internet]. 2015 [citado el 01 de octubre de 2025];11(5):265-271. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/los-trastornos-de-personalidad-el-trastorno-limite-de-la-personalidad>
2. López Trujillo M, Betancur Merchán M, Osorno Muñoz I, Bedoya Galeano L, Mercado Gómez I. Actualización del trastorno límite de la personalidad: una revisión de tema. Revista Ciencias Biomédicas [Internet]. 2025 [citado el 01 de octubre de 2025];14(1):38-48. Disponible en: <https://doi.org/10.32997/rcb-2025-5030>
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado el 01 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11>
4. Arntz A, van Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorder [Internet]. 2.^a ed. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell; 2021 [citado el 31 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781119101161>
5. González Marín EM, Montoya Otálvaro JA, Cadavid Buitrago MA, Gaviria Gómez AM, Vilella E, Gutiérrez-Zotes A. Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud [Internet]. 2023 [citado el 01 de octubre de 2025];5(1):273-293. Disponible en: <https://doi.org/10.46634/riics.174>
6. Livesley WJ, Dimaggio G, Clarkin JF, editors. Integrated treatment for personality disorder: a modular approach. New York: Guilford Press; 2016.
7. Aguilar Calle C, Marín Bolívar MA, Arévalo Becerra MC. Caracterización clínica del trastorno límite de la personalidad. Poliantea [Internet]. 2020 [citado el 01 de octubre de 2025];15(26):26-31. Disponible en: <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1499>
8. Armijos Piedra TR, Polo Martínez EM. Terapia cognitivo conductual en el pensamiento dicotómico del trastorno límite de la personalidad (TLP). Centros: Revista Científica Universitaria [Internet]. 2022 [citado el 01 de octubre de 2025];11(1):189-208. Disponible en: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/2540>
9. García Saiz AC, Camus Bueno A. Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. MLS Psychology Research [Internet]. 2021 [citado el 01 de octubre de 2025];4(2):71-92. Disponible en: <https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i2.704>
10. Font-Domènech E. Trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática de las intervenciones. Revista de Psicoterapia [Internet]. 2019 [citado el 01 de octubre de 2025];30(113):197-212. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
11. Leichsenring F, Abbass A, Heim N, Keefe JR, Kisely S, Luyten P, et al. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders: an umbrella review based on updated criteria. World Psychiatry [Internet]. 2023 [citado el 01 de octubre de 2025];22(2):286-304. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.21104>
12. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. World Psychiatry [Internet]. 2024 [citado el 01 de octubre de 2025];23(1):4-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
13. Bozzatello P, Blua C, Brandellero D, Baldassarri L, Brasso C, Rocca P, et al. Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2024 [citado el 31 de octubre de 2025];15:1320546. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1320546>
14. Liu Y, Chen C, Zhou Y, Zhang N, Liu S. Twenty years of research on borderline personality disorder: a scientometric analysis of hotspots, bursts, and research trends. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2024 [citado el 31 de octubre de 2025];15:1361535. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1361535>
15. Paris J, Black DW. Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter? The Journal of Nervous and Mental Disease [Internet]. 2015 [citado el 31 de octubre de 2025];203(1):3-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000225>
16. Gutz L, Renneberg B, Roepke S, Niedeggen M. Neural processing of social participation in borderline personality disorder and social anxiety disorder. Journal of Abnormal Psychology [Internet]. 2015 [citado el 31 de octubre de 2025];124(2):421-431. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0038614>
17. Fonagy P, Luyten P. A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In: Cicchetti D, editor. Developmental psychopathology. Vol. 3, Maladaptation and psychopathology [Internet]. New York: Wiley; 2016 [citado el 31 de octubre de 2025]. p. 726-792. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy317>
18. Fonagy P, Luyten P, Allison E. Petrificación epistémica y la restauración de la confiabilidad epistémica: una nueva conceptualización del trastorno límite de la personalidad y su tratamiento psicosocial. Clínica e Investigación Relacional [Internet]. 2016 [citado el 01 de octubre de 2025];10(3):587-629. Disponible en: <https://doi.org/10.21110/19882939.2016.100301>
19. Fernández-Guerrero MJ. Los confusos límites del trastorno límite. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2017 [citado el 01 de octubre de 2025];37(132):399-413. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200005>
20. Levy KN, McMain S, Bateman A, Clouthier T. Treatment of borderline personality disorder. Psychiatric Clinics of North America [Internet]. 2018 [citado el 31 de octubre de 2025];41(4):711-728. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>
21. Videler AC, Hutsebaut J, Schulken JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A life span perspective on borderline personality disorder. Current Psychiatry Reports [Internet]. 2019 [citado el 31 de octubre de 2025];21(7):51. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>
22. Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early detection and outcome in borderline personality disorder. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 2019 [citado el 31 de octubre de 2025];10:710. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00710>
23. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. Lo que funciona en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. RET: Revista de Toxicomanías [Internet]. 2020 [citado el 01 de octubre de 2025];(84):3-14. Disponible en: <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=7855724>
24. Valdivieso-Jiménez G. Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad. Revista

- Chilena de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 2020 [citado el 01 de octubre de 2025];58(1):2-15. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000100002>
25. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internet]. 2020 [citado el 31 de octubre de 2025];141(1):6-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
26. Fonseca-Baeza S, Guillén V, Marco JH, Navarro A, Baños R. Un programa de entrenamiento para familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad basado en la terapia dialéctica comportamental. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* [Internet]. 2021 [citado el 01 de octubre de 2025];29(2):219-236. Disponible en: <https://doi.org/10.51668/BP.83212015>
27. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, Bellino S. Borderline personality disorder: risk factors and early detection. *Diagnostics* [Internet]. 2021 [citado el 31 de octubre de 2025];11(11):2142. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>

Trastorno del Espectro Autista en la Infancia: Prevalencia, Factores Asociados y Evidencia sobre las Estrategias de Intervención

Autism Spectrum Disorder in Childhood: Prevalence, Associated Factors, and Evidence on Intervention Strategies

Nehemías Cuamba Osorio^I, Teresa Iveth Sotelo Quiñonez^{II}, Norma Isabel Rodelo Morales^{III}, Guadalupe Refugio Flores Verduzco^{IV}

Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nogales, México); Universidad de Sonora - (Hermosillo, Sonora, México).

^IInstituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nogales, México).
Universidad de Sonora - (Sonora, México)
<https://orcid.org/0000-0002-3248-0040>

^{II}Universidad de Sonora - (Sonora, México)
<https://orcid.org/0000-0002-4541-0850>

^{III}Universidad de Sonora - (Sonora, México)
<https://orcid.org/0000-0003-4133-1714>

^{IV}Universidad de Sonora - (Sonora, México)
<https://orcid.org/0000-0001-9622-484X>

Resumen

Objetivo: Analizar la literatura científica disponible sobre la prevalencia del TEA, sus factores asociados y las estrategias de intervención en población infantil. **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica con búsqueda estructurada en PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO. Se incluyeron publicaciones en español e inglés, correspondientes al periodo 2018-2025. De 327 registros identificados, tras la eliminación de duplicados, el cribado y la evaluación de elegibilidad, se incluyeron 46 estudios. **Desarrollo y discusión:** Los estudios evidenciaron variabilidad en las estimaciones de prevalencia según región, edad, sexo, población y procedimientos de identificación. Los factores asociados comprendieron componentes genéticos, prenatales, perinatales, ambientales y epigenéticos, respaldando una perspectiva multifactorial del TEA. Las estrategias de intervención mostraron resultados favorables en comunicación, lenguaje, interacción social, cognición, conducta y habilidades adaptativas, sin evidenciar una modalidad universalmente superior. **Conclusión:** La literatura revisada sustenta una comprensión multidimensional del TEA, cuya interpretación requiere considerar la heterogeneidad de las poblaciones, los métodos de identificación y las características de las intervenciones. Se requieren estudios longitudinales y diseños comparables que permitan fortalecer la evidencia disponible.

Abstract

Objective: To analyze the available scientific literature on the prevalence of autism spectrum disorder (ASD), its associated factors, and intervention strategies in children. **Method:** A bibliographic review with a structured literature search was conducted in PubMed, Scopus, Web of Science, and SciELO. Publications in Spanish and English from 2018 to 2025 were included. Of the 327 records identified, 46 studies were included following duplicate removal, screening, and eligibility assessment. **Development and discussion:** The studies revealed variability in prevalence estimates according to region, age, sex, population, and case-identification procedures. Associated factors included genetic, prenatal, perinatal, environmental, and epigenetic components, supporting a multifactorial perspective of ASD. Intervention strategies showed favorable outcomes in communication, language, social interaction, cognition, behavior, and adaptive skills, with no single modality demonstrating universal superiority. **Conclusion:** The reviewed literature supports a multidimensional understanding of ASD, whose interpretation requires consideration of the heterogeneity of populations, identification methods, and intervention characteristics. Longitudinal studies and comparable research designs are needed to strengthen the available evidence.

Citar como:

Cuamba Osorio N, Sotelo Quiñonez TI, Rodelo Morales NI, Flores Verduzco GR. Trastorno del Espectro Autista en la Infancia: Prevalencia, Factores Asociados y Evidencia sobre las Estrategias de Intervención. [Internet] Revista ISEO Journal. 2026. [Citado el...];3:32-40. <https://doi.org/10.63344/pghrss26>

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Trastorno del espectro autista,
- Prevalencia,
- Factores de riesgo
- Desarrollo infantil
- Intervención temprana,
- Terapia conductual
- Predisposición genética a la enfermedad
- Exposición ambiental.

MeSH Terms

KEYWORDS

- Autism Spectrum Disorder,
- Prevalence,
- Risk Factors,
- Child Development,
- Early Intervention,
- Behavior Therapy,
- Genetic Predisposition to Disease,
- Environmental Exposure.

Correspondencia:

Nehemías Cuamba Osorio
Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO
(Nogales, México).
Universidad de Sonora - (Sonora, México)

c231081@iseo.edu.mx



ISEO JOURNAL®

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo heterogéneo de condiciones de inicio temprano que afectan el desarrollo del sistema nervioso central, impactando el funcionamiento cognitivo, conductual, social y adaptativo a lo largo de la vida^{1,2}. Entre ellos, el trastorno del espectro autista (TEA) destaca por su relevancia clínica, neuropsicológica, educativa y de salud pública, debido a su creciente prevalencia mundial y a su impacto en el desarrollo infantil y adolescente^{3,4}.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) caracteriza al TEA por déficits persistentes en la comunicación e interacción social en múltiples contextos, aunados a patrones restrictivos y repetitivos en el comportamiento, los intereses y las actividades². La heterogeneidad del TEA entre individuos sustenta su conceptualización como espectro, con niveles variables de severidad y necesidades de apoyo^{5,6}.

Epidemiológicamente, la prevalencia del TEA ha mostrado un incremento en las últimas décadas. A nivel mundial, una revisión sistemática reciente estimó una mediana de prevalencia de 100 casos por cada 10 000 personas, equivalente aproximadamente a uno de cada 100 niños, aunque con una amplia variabilidad entre regiones. En Estados Unidos, la Red de Monitoreo de Discapacidades del Desarrollo y Autismo (ADDM) estimó una prevalencia de 2.76 % en niños de 8 años en 2020, equivalente a uno de cada 36 niños, cifra superior a las estimaciones de periodos anteriores. Este incremento observado en las estimaciones puede asociarse con diversos factores, entre los cuales se encuentran las modificaciones en la definición y en los procedimientos de identificación del TEA, el incremento de la conciencia comunitaria y de la capacidad de los sistemas para reconocer y diagnosticar los casos, así como las diferencias metodológicas y contextuales existentes entre los estudios^{6,7,8}.

En los países de ingresos bajos y medios, particularmente en América Latina, persisten limitaciones respecto de la disponibilidad de información epidemiológica sobre la prevalencia del TEA⁹. Existe una considerable variación en las estimaciones de prevalencia entre países y regiones, lo que dificulta determinar la magnitud epidemiológica del TEA de manera uniforme y restringe la comparabilidad de los datos disponibles^{10,11}.

En torno a la etiología del TEA, su origen multifactorial está asociado con la interacción de componentes genéticos, ambientales y neurobiológicos^{12,13,14}. Los estudios realizados en población de gemelos muestran una notable influencia genética en el TEA, con elevadas estimaciones de heredabilidad, lo que respalda la participación de factores genéticos en el desarrollo del trastorno¹⁵. También, se han identificado factores prenatales y perinatales, entre los que destacan la edad avanzada de los padres, la exposición a agentes contaminantes presentes en el entorno y ciertas complicaciones obstétricas, vinculados con una mayor probabilidad de presentar TEA^{16,17}. Bajo esta perspectiva, la epigenética representa una línea de investigación relevante para comprender cómo interactúan los factores ambientales con la susceptibilidad biológica¹⁸.

Desde el plano neuropsicológico, el TEA se ha asociado con alteraciones en la teoría de la mente, relacionadas con dificultades en la comprensión social, la comunicación pragmática y las habilidades adaptativas¹⁹. De igual manera, las funciones ejecutivas se han asociado con procesos de cognición social en niños con TEA, contribuyendo a entender la complejidad neuropsicológica del trastorno²⁰. En ese sentido, el TEA no se limita a un único déficit, sino que comprende múltiples procesos vinculados con el funcionamiento social y cognitivo. Respecto a la intervención del TEA, la literatura señala que la detección e intervención tempranas pueden favorecer resultados del desarrollo y contribuir al acceso oportuno a estrategias terapéuticas^{21,22}. Las intervenciones iniciadas durante los primeros años de vida han mostrado beneficios en diferentes áreas del desarrollo²². Entre las estrategias analizadas se encuentra el Modelo Denver de Inicio Temprano (ESDM), cuya evaluación se ha realizado mediante ensayos controlados, así como las intervenciones tempranas mediadas por padres^{23,24}. Además, la literatura ha identificado intervenciones conductuales y naturalistas del desarrollo con respaldo empírico^{5,25}. No obstante, persisten desafíos para la implementación y continuidad de las intervenciones, particularmente en contextos con recursos limitados, donde pueden presentarse restricciones en la

disponibilidad de servicios especializados y en el acceso oportuno a la atención. Estas condiciones pueden incrementar la carga que enfrentan las personas con TEA y sus familias y afectar su bienestar y calidad de vida²⁶.

En consecuencia, la presente investigación tiene como propósito analizar la literatura científica disponible sobre la prevalencia del TEA, sus factores asociados y las estrategias de intervención en población infantil, mediante una búsqueda estructurada de la literatura científica.

Metodología

Diseño del Estudio

Se realizó una revisión bibliográfica con búsqueda estructurada de la literatura científica. El estudio tuvo como finalidad analizar e integrar la evidencia disponible sobre la prevalencia del trastorno del espectro autista (TEA), los factores asociados y las estrategias de intervención en población infantil. Se emplearon los lineamientos de la declaración PRISMA 2020 como guía para transparentar el proceso de identificación, selección e inclusión de los estudios²⁷.

Estrategia de Búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science y Scielo. Se emplearon términos relacionados con el TEA, la población infantil y cada uno de los tres ejes de la revisión, utilizando operadores booleanos y términos controlados MeSH y DeCS. La estrategia se organizó en tres bloques temáticos, correspondientes a los componentes principales del objetivo de la revisión:

- **Prevalencia:** ("Autism Spectrum Disorder" OR autism OR ASD OR "Trastorno del Espectro Autista") AND (prevalence OR epidemiology OR prevalencia) AND (children OR child OR pediatric OR niños)
- **Factores asociados:** ("Autism Spectrum Disorder" OR autism OR ASD OR "Trastorno del Espectro Autista") AND ("risk factors" OR "associated factors" OR genetic OR environmental OR prenatal OR perinatal OR epigenetic OR "factores asociados") AND (children OR child OR pediatric OR niños)
- **Intervención:** ("Autism Spectrum Disorder" OR autism OR ASD OR "Trastorno del Espectro Autista") AND (intervention OR treatment OR therapy OR "early intervention" OR intervención) AND (children OR child OR pediatric OR niños)

Criterios de inclusión y exclusión

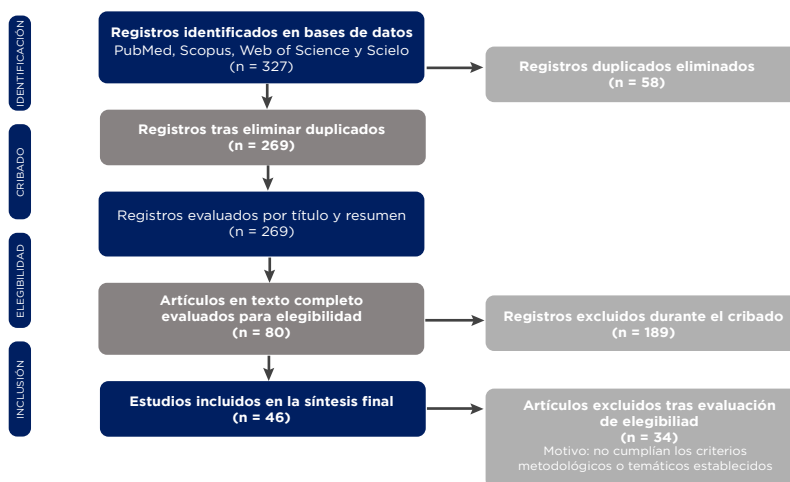
Se incluyeron en la síntesis artículos científicos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales publicados entre 2018 y 2025, disponibles en texto completo, en español o inglés, y relacionados con al menos uno de los tres ejes de análisis: prevalencia del TEA, factores asociados o estrategias de intervención en población infantil y, cuando los estudios incluyeron rangos etarios ampliados sin desagregación de los resultados pediátricos, población infantojuvenil. De manera complementaria, se utilizaron fuentes publicadas antes de 2018 para fundamentar la introducción y el marco conceptual, las cuales no forman necesariamente parte de los 46 estudios incluidos en la síntesis. Se excluyeron publicaciones duplicadas, editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos, tesis, documentos de opinión, estudios sin acceso al texto completo e investigaciones que no aportaban información suficiente para responder al objetivo de la revisión.

Selección de los estudios

Los registros recuperados fueron sometidos a un proceso de depuración para eliminar documentos duplicados. Posteriormente, se realizó el cribado de títulos y resúmenes y, en una segunda etapa, se evaluaron los textos completos de los estudios potencialmente elegibles. El proceso de selección se organizó en cuatro fases: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. Inicialmente se recuperaron 327 registros; después de eliminar 58 duplicados y excluir 189 registros durante el cribado, se evaluaron 80 artículos en texto completo. De estos, 34 fueron excluidos por no cumplir los criterios metodológicos o temáticos establecidos, por lo que 46 estudios fueron incorporados a la síntesis final.

La Figura 1 presenta el proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión mediante un diagrama de flujo elaborado tomando como referencia las recomendaciones de PRISMA 2020.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección.



Desarrollo y discusión

Los estudios revisados presentaron diversidad en cuanto a población, contextos geográficos, diseño y variables analizadas, lo cual permitió organizar la evidencia en tres ejes, que se desarrollan a continuación.

Prevalencia del trastorno del espectro autista

Tabla 1. Caracterización de los estudios sobre prevalencia del trastorno del espectro autista

Año	Autor(es)	Población/Objeto de estudio	Principales aportaciones	Resultados relevantes
2018	Morales-Hidalgo et al. ²⁸	Niños españoles de 4-5 y 10-11 años.	Estimó la prevalencia del TEA en población escolar española mediante identificación y confirmación de casos.	Prevalencia ajustada de 1.55 % en niños de 4-5 años y 1.00 % en 10-11 años; mayor prevalencia en niños.
2019	Christensen et al. ²⁹	Niños de 4 años de siete sitios de EE. UU.	Evaluó la prevalencia temprana del TEA mediante vigilancia poblacional.	Prevalencia agregada de 1.34 % en 2010, 1.53 % en 2012 y 1.70 % en 2014.
2019	Sun et al. ³⁰	Niños de 6-10 años de Jilin, Jiamusi y Shenzhen, China.	Aplicó cribado y confirmación clínica para estimar la prevalencia en población escolar.	Las estimaciones variaron entre las regiones estudiadas, con mayor prevalencia en Jilin y diferencias según sexo.
2020	Narzisi et al. ³¹	Niños de 7-9 años de Pisa, Italia.	Estimó la prevalencia mediante búsqueda activa y procedimiento de identificación escolar dentro del proyecto ASDEU.	Se identificaron casos mediante vigilancia y búsqueda activa; la estimación mostró una prevalencia cercana al 0.80 %.
2020	Zhou et al. ³²	125 806 niños de 6-12 años de ocho ciudades de China.	Primer estudio nacional multicéntrico poblacional de gran escala orientado a estimar la prevalencia del TEA en niños chinos.	Prevalencia observada de 0.29 % (IC 95 %: 0.26-0.32) y estimada, ajustada por respuesta, de 0.70 % (IC 95 %: 0.64-0.74). Fue mayor en niños (0.95 %) que en niñas (0.30 %).
2020	Fuentes et al. ³³	14 734 niños de 7-9 años del condado de Gipuzkoa, País Vasco, España.	Estimó la prevalencia poblacional mediante un procedimiento en varias fases: nominación docente, SCQ y evaluación clínica.	Estimación final de 87 casos y prevalencia poblacional de 0.59 % (IC 95 %: 0.48-0.73).
2020	May et al. ³⁴	Niños australianos de las cohortes del Longitudinal Study of Australian Children.	Estimó la prevalencia del TEA mediante información longitudinal y reportes de padres.	Se observaron estimaciones de prevalencia superiores a las descritas en estudios anteriores, dependiendo de la cohorte y fuente de información.
2021	Linnsand et al. ³⁵	902 niños de 2-5 años de un distrito multiétnico de Gotemburgo, Suecia.	Estimó la prevalencia del TEA en población preescolar de una zona con elevada proporción de población inmigrante.	Prevalencia mínima estimada de 3.66 % en niños de 2-5 años. El estudio además describió necesidades asistenciales y posibles factores asociados.
2021	Maenner et al. ⁴	Niños de 8 años residentes en 11 sitios de la red ADDM de Estados Unidos durante 2018. La identificación se realizó mediante revisión de registros médicos, educativos y de servicios.	Estimó la prevalencia poblacional del TEA y describió sus características según sitio, sexo y otras variables clínicas y sociodemográficas.	Prevalencia global de 2.30 % en niños de 8 años. La prevalencia varió entre 1.65 % en Missouri y 3.89 % en California; el TEA fue 4.2 veces más frecuente en niños que en niñas.
2021	Brooks et al. ³⁶	Población de niños y jóvenes de 1-24 años en Ontario, Canadá. Se desarrolló y validó un algoritmo de identificación de TEA mediante datos administrativos de salud.	Evaluó la capacidad de los datos administrativos para identificar casos de TEA y permitió su utilización para vigilancia poblacional y planificación de servicios. El estudio empleó un estándar de referencia basado en registros electrónicos de 10 000 individuos, incluidos 112 casos confirmados de TEA.	El algoritmo óptimo presentó 50.0 % de sensibilidad, 99.6 % de especificidad, 56.6 % de VPP y 99.4 % de VPN. La estimación poblacional derivada del algoritmo fue aproximadamente 0.93 %; los autores advirtieron que la sensibilidad limitada exige cautela al interpretar esta estimación.
2022	Zeidan et al. ⁶	Revisión sistemática de estudios epidemiológicos de prevalencia mundial, predominantemente en población infantil, publicados desde 2012. Incluyó 71 estudios y 99 estimaciones procedentes de 34 países.	Actualiza la evidencia mundial sobre prevalencia del TEA y analiza la variabilidad de las estimaciones según región, sexo, características sociodemográficas y aspectos metodológicos.	La mediana mundial de prevalencia fue de 1.00 %, con un rango de 0.0109 % a 4.36 %. La mediana de la razón hombre:mujer fue 4.2:1. Los autores señalan que la variabilidad refleja, entre otros factores, diferencias en conciencia comunitaria, capacidad de servicios, búsqueda de atención y métodos de identificación.

Año	Autor(es)	Población/Objeto de estudio	Principales aportaciones	Resultados relevantes
2023	Maenner et al. ⁷	Niños de 8 años de 11 sitios de vigilancia ADDM en Estados Unidos durante 2020. Se identificaron casos mediante revisión de evaluaciones y registros médicos, educativos y de servicios comunitarios.	Proporciona una estimación poblacional reciente de la prevalencia del TEA y caracteriza las diferencias según sexo, raza/etnia, nivel socioeconómico, discapacidad intelectual y edad del diagnóstico.	La prevalencia global fue de 2.76 % en niños de 8 años. Fue de 4.30 % en niños y 1.14 % en niñas, con una razón de 3.8:1. La prevalencia varió entre 2.31 % y 4.49 % según el sitio.
2023	Talantseva et al. ¹¹	Metaanálisis mundial de estudios de prevalencia que incluyó 85 artículos y 317 estimaciones, con datos de 29 países y diferentes grupos etarios, incluyendo subgrupos infantiles.	Aplica un modelo de tres niveles para considerar la dependencia entre múltiples estimaciones procedentes de un mismo estudio y examina como moderadores la región, ingreso, periodo, edad, diseño y riesgo de sesgo.	La prevalencia agrupada de TEA fue 0.72 % (IC 95 %: 0.61-0.85), aunque con heterogeneidad extremadamente alta ($I^2 = 99.96$ %). En el análisis por edad, la prevalencia fue mayor entre los 6-12 años: 0.82 % (IC 95 %: 0.67-0.98), frente a 0.60 % en menores de 5 años y 0.57 % en mayores de 13 años.
2024	Shrestha et al. ³⁷	14 estudios sobre prevalencia del TEA en niños del Sudeste Asiático.	Revisión sistemática y metaanálisis actualizado de la prevalencia del TEA en población infantil de la región.	Prevalencia agrupada de 0.60 % (IC 95 %: 0.20-1.70 %), con elevada heterogeneidad ($I^2 = 99.26$ %); 64.4 % de los casos fueron varones.
2024	Nielsen et al. ³⁸	1 211 834 niños nacidos en Nueva Gales del Sur entre 2002 y 2015.	Utilizó vinculación de tres fuentes poblacionales: servicios de discapacidad, hospitalizaciones y salud mental ambulatoria, para estimar la prevalencia del TEA.	Prevalencia acumulada de 1.30 % a los 12 años; a los 6 años aumentó en promedio 4.1 % anual. La vinculación permitió identificar 1 711 casos adicionales.
2025	Issac et al. ³⁹	Niños de 3 a 18 años. Revisión de estudios publicados entre enero de 2008 y junio de 2024. Se incluyeron 66 estudios con 21 313 061 niños.	Proporciona una estimación mundial específicamente centrada en población infantil y analiza diferencias geográficas, por sexo y nivel de ingresos de los países.	La prevalencia mundial agrupada fue de 0.77 % (IC 95 %: 0.52-0.86). En niños fue 1.14 % (IC 95 %: 0.61-1.67). Por regiones, las estimaciones fueron 2.18 % en Australia; 1.51 % en África, 1.10 % en América, 0.71 % en Europa y 0.28 % en Asia.

En torno a la prevalencia del TEA en población infantil se evidenció una amplia variabilidad en las estimaciones, que oscilaron desde 0.29 % en un estudio multicéntrico chino hasta 3.66 % en población preescolar de un distrito multiétnico sueco^{32,35}, con cifras intermedias de 1.55 % y 1.00 % en niños españoles de 4 -5 y 10-11 años respectivamente, y estimaciones superiores a 2 % en los sistemas de vigilancia estadounidenses en niños de 8 años^{28,4,7}.

En la misma línea, las revisiones y metaanálisis internacionales reportaron una mediana mundial cercana al 1 % y estimaciones agrupadas heterogéneas según las características de los estudios¹¹. Esta variabilidad se observó tanto entre países como dentro de una misma región, como en China, donde distintos contextos geográficos arrojaron diferentes frecuencias^{30,32}, o en Estados Unidos, donde los sitios de vigilancia difirieron entre sí⁴, y estuvo influida por la edad de los participantes, con mayor prevalencia agrupada entre los 6 y 12 años¹¹ y un incremento progresivo de casos acumulados hasta esa edad³⁸.

En cuanto a las diferencias por sexo, la literatura revisada mostró de manera consistente una mayor identificación del TEA en niños que en niñas, con proporciones de 0.95 % frente a 0.30 %³², una frecuencia 4.2 veces mayor en niños⁴ y, en la vigilancia de 2020, una prevalencia de 4.30 % en niños frente a 1.14 % en niñas⁷, diferencias que deben interpretarse a la luz de las características poblacionales y los procedimientos de identificación empleados.

Esta diversidad de estrategias de identificación, que incluye búsqueda activa, confirmación clínica, vigilancia poblacional, revisión de registros médicos y educativos, información parental y vinculación de bases administrativas^{32,4,34,38}, contribuye a explicar parte de la heterogeneidad observada, como lo ilustran las limitaciones de los algoritmos basados en registros administrativos³⁶ y la elevada heterogeneidad ($I^2 = 99.26$ %) hallada por Shrestha et al.³⁷ en una prevalencia agrupada de 0.60 % en niños del Sudeste Asiático, lo que en conjunto evidencia la dificultad de comparar directamente estimaciones procedentes de contextos metodológicos diferentes.

Factores asociados al TEA

Tabla 2. Caracterización de los estudios sobre factores asociados (genéticos, ambientales y epigenéticos) en el Trastorno del Espectro Autista

Año	Autor(es)	Población/Objeto de estudio	Principales aportaciones	Resultados relevantes
2019	Bai et al. ¹⁴	Cohortes poblacionales completas de niños nacidos en Dinamarca, Finlandia, Suecia, Israel y Australia; 2 001 631 individuos, seguidos desde el nacimiento hasta los 16 años.	Estimó la contribución relativa de factores genéticos, maternos y ambientales al riesgo de TEA mediante datos familiares y poblacionales de cinco países.	La heredabilidad mediana del TEA fue de 80.8 % (IC 95 %: 73.2-85.5 %), con variación entre países de 50.9 % a 86.8 %. El efecto materno fue reducido (0.4-1.6 %) y no se encontró apoyo para una contribución materna importante.
2019	Manzari et al. ⁴⁰	Estudios observacionales sobre estrés materno durante el embarazo y trastornos del neurodesarrollo en la descendencia.	Sintetizó la evidencia sobre acontecimientos estresantes, ansiedad, depresión, trauma y otras formas de estrés prenatal.	Para TEA se obtuvo una asociación agrupada de OR = 1.64; IC 95 %: 1.15-2.34, lo que indica una asociación positiva entre el estrés materno prenatal y el TEA.
2019	Zhang et al. ⁴¹	Estudios observacionales sobre nacimientos por cesárea y trastornos neuropsiquiátricos/neurodesarrollo en la descendencia.	Evaluó la cesárea como posible factor perinatal asociado con TEA y otros trastornos.	Para TEA se observó una asociación significativa: OR = 1.33; IC 95 %: 1.25-1.41.
2020	da Silva Montenegro et al. ⁴²	Cohorte brasileña de 30 trios niño-madre-padre con TEA, complementada con análisis genómicos y metaanálisis.	Identificó CNV y variantes de novo potencialmente relacionadas con TEA y evaluó genes candidatos.	Se identificaron variantes genéticas potencialmente patogénicas; el rendimiento diagnóstico de variantes relevantes fue aproximadamente 23 % (7/30).
2021	Fang et al. ⁴³	201 niños con TEA y 200 controles de población Han china.	Evaluó polimorfismos de DUSP15, CNTNAP2 y PCDHA y su relación con susceptibilidad al TEA infantil.	DUSP15 rs3746599 G/G se asoció con menor probabilidad de TEA (OR = 0.65; IC 95 %: 0.42-0.99); CNTNAP2 rs7794745 mostró una asociación con mayor probabilidad de TEA (OR = 1.34; IC 95 %: 1.01-1.77).

Año	Autor(es)	Población/Objeto de estudio	Principales aportaciones	Resultados relevantes
2021	García-Ortiz ⁴⁴	Niños con TEA y controles; análisis de metilación global y específica del ADN en sangre.	Evaluó metilación global mediante LINE-1 y metilación de NCAM1 y NGF.	Se observó menor metilación global LINE-1 y mayor metilación de NCAM1 en TEA; también se identificaron diferencias en NGF, especialmente en niños con regresión del desarrollo.
2021	Bakulski et al. ⁴⁵	Cohorte prospectiva de niños con alto riesgo familiar de TEA; muestras maternas, sangre de cordón y placenta; evaluación diagnóstica a los 36 meses.	Analizó patrones de metilación prenatal/perinatal antes del diagnóstico de TEA.	En la cohorte con datos completos, 29 niños desarrollaron TEA. Aunque ningún CpG individual alcanzó significación epigenómica global, los sitios nominalmente asociados mostraron enriquecimiento de genes relacionados con riesgo de autismo.
2021	Jangjoo et al. ⁴⁶	265 niños con TEA y 122 controles.	Analizó diferencias de metilación del ADN y su relación con la composición celular sanguínea en niños con TEA.	Identificó un subconjunto de niños con TEA con un perfil epigenético diferencial, relacionado parcialmente con diferencias en la composición de células sanguíneas.
2021	Cogley et al. ⁴⁷	Niños nacidos prematuramente; revisión de estudios sobre factores prenatales, perinatales y posnatales.	Identificó factores asociados con TEA específicamente en población nacida prematuramente.	Entre los factores más consistentes se encontraron sexo masculino, pequeño para la edad gestacional y deterioro cognitivo general.
2021	Tioleco et al. ⁴⁸	36 estudios sobre infección o fiebre materna durante el embarazo y TEA en la descendencia.	Sintetizó la evidencia sobre la asociación entre infección o fiebre materna durante el embarazo y TEA.	La infección o fiebre materna durante el embarazo se asoció con TEA (OR = 1.32; IC 95 %: 1.20-1.46).
2021	Andreadou et al. ⁴⁹	15 estudios observacionales sobre reproducción asistida y TEA en la descendencia.	Evaluó reproducción asistida como posible factor prenatal asociado con TEA.	Se observó una asociación positiva en análisis que incluyeron toda la descendencia y ajustaron por confusores; la asociación fue menos consistente al restringir a nacimientos únicos.
2021	Uddin et al. ⁵⁰	Niños con TEA y controles de Bangladesh; estudio caso-control sobre los polimorfismos rs7794745 y rs2710102 del gen CNTNAP2, complementado con un metaanálisis de estudios previos.	Evaluó la asociación entre variantes del gen CNTNAP2 y el TEA, así como la relación del polimorfismo rs2710102 con alteraciones del lenguaje. El metaanálisis integró estudios de diferentes poblaciones para estimar la asociación genética con el TEA.	En el estudio caso-control, el polimorfismo rs7794745 se asoció con TEA, mientras que rs2710102 se relacionó con alteraciones del lenguaje. El metaanálisis mostró asociaciones entre ambos polimorfismos y TEA, incluyendo para rs2710102: OR = 1.37; IC 95 %: 1.06-1.76, y rs7794745: OR = 1.28; IC 95 %: 1.08-1.51, según los modelos genéticos significativos.
2022	Liu et al. ⁵¹	10 estudios/23 subestudios, con 9 795 casos de TEA, sobre suplementación materna con ácido fólico.	Evaluó la asociación entre la suplementación materna con ácido fólico durante el embarazo y el TEA en la descendencia.	La suplementación prenatal se asoció con una menor probabilidad de TEA (OR = 0.57; IC 95 %: 0.41-0.78).
2023	Liu et al. ⁵²	243 participantes con TEA y 243 controles; análisis de variantes en KCNB1 y KCND2.	Evaluó 60 SNP relacionados con canales de potasio y susceptibilidad al TEA.	Variantes de KCND2, entre ellas rs1990429 y rs7793864, mostraron asociaciones significativas con susceptibilidad al TEA; algunas también se relacionaron con conductas repetitivas.
2023	Xu et al. ⁵³	19 estudios, incluidos 11 sobre TEA, relacionados con exposición materna a pesticidas durante el embarazo.	Evaluó la asociación entre la exposición prenatal a pesticidas y el TEA/ADHD en la descendencia.	La exposición materna a pesticidas se asoció con TEA (OR = 1.19; IC 95 %: 1.04-1.36); se observaron asociaciones para determinados grupos de pesticidas, incluidos organofosforados y piretroides. Se observaron concentraciones superiores de determinados metales en niños con TEA, particularmente plomo, arsénico y mercurio, según la matriz biológica analizada.
2023	Ding et al. ⁵⁴	53 estudios, con 5 054 participantes menores de 18 años (2 533 TEA y 2 521 controles).	Sintetizó la evidencia sobre exposición infantil a cadmio, plomo, arsénico y mercurio.	Identificó alteraciones de metilación asociadas con TEA y con características clínicas, aunque los resultados fueron heterogéneos entre genes, tejidos y plataformas analíticas.
2023	Stoccoro et al. ⁵⁵	18 estudios sobre niños pequeños con TEA idiopático; edad media inferior a 8 años.	Sintetizó evidencia sobre biomarcadores de metilación del ADN en sangre y saliva.	Se encontraron asociaciones para contaminantes como NO ₂ , cobre, algunos ftalatos y PCB-138, además de asociaciones en determinados análisis para CO, NOx y metales.
2024	Duque-Cartagena et al. ⁵⁶	27 estudios; 22 incluidos en metaanálisis; 1 289 183 participantes, población de 0-18 años.	Evaluó longitudinalmente la asociación entre contaminantes ambientales prenatales y posnatales y el TEA.	

En cuanto a los factores asociados al TEA, la evidencia revisada respalda una arquitectura multifactorial, en la que los componentes genéticos constituyen uno de los principales elementos estudiados. Bai et al.¹⁴, a partir de una cohorte de más de dos millones de individuos de cinco países, estimaron una heredabilidad mediana de 80.8 %, con variaciones entre países. Esta estimación no implica que el 80.8 % de los casos de TEA sean atribuibles a factores genéticos, sino que representa la proporción estimada de la variación observada en el TEA dentro de las poblaciones estudiadas que se relaciona con diferencias genéticas, bajo las condiciones ambientales y poblacionales de los contextos analizados. Otros estudios identificaron asociaciones con variantes genéticas específicas, lo que respalda la participación de múltiples factores de susceptibilidad, más que de un único determinante genético^{14,43,52}.

La literatura identificó asociaciones entre diversas condiciones prenatales y perinatales, como el estrés materno durante el embarazo, las infecciones, las condiciones obstétricas, el nacimiento por cesárea, la prematuridad y ciertas características relacionadas con la reproducción asistida, y la presencia de TEA^{40,41,47,48,49}; en

particular, Manzari et al.⁴⁰ hallaron una asociación entre el estrés materno prenatal y los trastornos del neurodesarrollo, con una estimación agrupada de OR = 1.64 para TEA, lo que sugiere una posible relación entre las condiciones del periodo prenatal y perinatal y el desarrollo posterior, si bien la naturaleza observacional de buena parte de esta evidencia impide establecer relaciones causales directas.

Los estudios también abordaron diferentes exposiciones ambientales, cuyos resultados exhibieron asociaciones con determinados contaminantes, aunque no de manera uniforme entre las exposiciones ni entre las poblaciones estudiadas⁵⁶. Esto sugirió que el factor ambiental debe entenderse como parte de un conjunto más amplio de condiciones potencialmente relacionadas con el TEA, sin atribuir un rol determinante a una exposición aislada. Por su parte, la evidencia epigenética representó otra línea de investigación relevante, centrada principalmente en modificaciones de la metilación del ADN y alteraciones en la regulación de la expresión génica, que plantean posibles mecanismos de interacción entre factores ambientales, biológicos y la susceptibilidad genética^{44,45,46,55}; no obstante, la heterogeneidad de los tejidos,

muestras, genes estudiados y metodologías empleadas limitó la posibilidad de establecer mecanismos epigenéticos específicos asociados al TEA.

Estrategias de intervención en el TEA

Tabla 2. Caracterización de los estudios sobre las Estrategias de intervención en el TEA

Año	Autor(es)	Población/Objeto de estudio	Principales aportaciones	Resultados relevantes
2018	Makrygianni et al. ⁵⁷	Niños con TEA; 29 estudios y 831 participantes incluidos en el metaanálisis	Evalúa mediante metaanálisis la efectividad de intervenciones basadas en ABA sobre habilidades intelectuales, lenguaje y conducta adaptativa.	Se observaron efectos favorables sobre habilidades intelectuales, comunicación, lenguaje, conducta adaptativa y socialización.
2019	Naveed et al. ⁵⁸	Niños con TEA participantes en intervenciones implementadas por padres, docentes u otros agentes no especialistas.	Analizó la factibilidad y eficacia de intervenciones mediadas por personas no especialistas en contextos comunitarios y educativos.	Se identificaron efectos favorables en comunicación, lenguaje expresivo, compromiso conjunto, habilidades sociales, conducta y relación padre-hijo.
2020	Yu et al. ⁵⁹	Niños con TEA de 0-18 años; 14 ECA y 555 participantes, con edades de los estudios entre 6 y 102 meses.	Sintetizó la evidencia sobre intervenciones basadas o derivadas de ABA, incluyendo DTT, PRT, PECS y ESDM.	Se encontraron efectos favorables particularmente en socialización, comunicación y lenguaje expresivo.
2020	Fuller y Kaiser ⁶⁰	Niños con TEA o en riesgo de TEA menores de 8 años; 29 estudios y 1 442 participantes, edad media de 3.55 años.	Evalúo intervenciones tempranas educativas, naturalistas y conductuales orientadas a la comunicación social.	Se obtuvo un efecto global significativo sobre la comunicación social ($g = 0.36$), con evidencia de beneficios de la intervención temprana.
2021	Crank et al. ⁶¹	Niños con TEA de 0-8 años; 27 estudios de intervención naturalista del desarrollo y conductual.	Analizó específicamente las Naturalistic Developmental Behavioral Interventions (NDBI) y sus efectos en diferentes resultados del desarrollo.	Se observaron efectos favorables en comunicación social, lenguaje, juego y cognición, aunque los autores señalan limitaciones relacionadas con el riesgo de sesgo.
2021	Conrad et al. ⁶²	Niños y adolescentes con TEA de 2-17 años; 30 ECA y 1 934 participantes.	Evalúo intervenciones en las que los padres participan como agentes directos de intervención.	Se identificaron posibles mejoras en funcionamiento adaptativo y conductas disruptivas, aunque la certeza de la evidencia fue variable.
2022	Daniolou et al. ⁶³	2 581 niños con TEA, de aproximadamente 12-132 meses, procedentes de 33 ECA.	Sintetizó la eficacia de diferentes modalidades de intervención temprana.	Se encontraron efectos positivos sobre capacidad cognitiva ($g = 0.32$), habilidades de vida diaria ($g = 0.35$) y habilidades motoras ($g = 0.39$).
2022	Ke et al. ⁶⁴	Niños con TEA menores de 12 años; 8 ECA y 608 participantes.	Evalúo la musicoterapia como estrategia complementaria de intervención.	Se observó una mejora significativa en las respuestas sociales; no se encontraron efectos significativos en severidad global, conducta adaptativa social o habla.
2022	Kouroupa et al. ⁶⁵	Niños y adolescentes con TEA menores de 18 años, con edades de los estudios entre 2 y 16 años.	Evalúo el uso de robots sociales para favorecer habilidades sociales y de interacción.	El metaanálisis de ECA mostró una mejora significativa del funcionamiento social ($g = 0.35$; IC 95 %: 0.09-0.61), con mayores beneficios en participantes más pequeños.
2022	Hodges et al. ⁶⁶	10 estudiantes con TEA de 8-10 años y 200 compañeros, distribuidos en ocho aulas de seis escuelas.	Evalúo una intervención escolar y mediada por pares, denominada In My Shoes, orientada a mejorar participación y conexión escolar.	Los resultados preliminares respaldaron la factibilidad y fidelidad de la intervención y sugirieron mejoras en participación, compromiso y experiencias de conexión escolar.
2022	McDaniel et al. ⁶⁷	Niños con TEA, con edad media/ mediana menor de 18 años al inicio; ECA y estudios de caso único.	Analizó estrategias de responsividad dirigidas a habilidades prelingüísticas, lenguaje y comunicación.	Los ECA mostraron un efecto medio de $g = 0.36$ (IC 95 %: 0.21-0.51); los estudios de caso único mostraron un efecto entre casos de 1.20 (IC 95 %: 0.87-1.54).
2023	Sandbank et al. ⁶⁸	Niños con TEA menores de 8 años; actualización de Project AIM con 252 estudios y 13 304 participantes.	Proporcionó una síntesis amplia y actualizada de la eficacia de intervenciones tempranas conductuales, del desarrollo, NDBI y tecnológicas, entre otras.	Se identificaron efectos favorables para diferentes intervenciones y dominios del desarrollo, aunque con variabilidad según el tipo de intervención y resultado evaluado.

En la Tabla 3 se observó una amplia diversidad de estrategias dirigidas a favorecer diferentes áreas del desarrollo infantil, entre ellas la comunicación, el lenguaje, la interacción social, la conducta, las habilidades adaptativas y el desempeño escolar, sin que la literatura revisada permita establecer una única modalidad como universalmente superior. Entre los enfoques con mayor presencia se encontraron las intervenciones basadas en el análisis aplicado de la conducta (ABA), con efectos favorables en habilidades intelectuales, comunicación, lenguaje, conducta adaptativa y socialización⁵⁷, así como resultados particularmente positivos en socialización, comunicación y lenguaje expresivo⁵⁹.

De manera similar, los estudios centrados en intervención temprana y enfoques naturalistas, incluidos los dirigidos a la comunicación social⁶⁰, las intervenciones naturalistas del desarrollo y conductuales en niños pequeños⁶¹, los efectos sobre capacidad cognitiva, habilidades de vida diaria y habilidades motoras⁶³, y los resultados favorables observados para distintas modalidades aplicadas durante la primera infancia⁶⁸, respaldaron la importancia de intervenir en los primeros años, aunque los beneficios dependen de la modalidad utilizada y del dominio evaluado.

Asimismo, las intervenciones que incorporaron a padres u otros agentes no especializados obtuvieron resultados favorables en comunicación, lenguaje expresivo, compromiso conjunto, habilidades sociales, conducta y relación entre padres e hijos⁵⁸, así como beneficios en funcionamiento adaptativo y conductas disruptivas⁶², sugiriendo que la participación de la familia podría complementar los procesos de intervención en contextos cotidianos.

A ello se suman estrategias complementarias y tecnológicas, como la musicoterapia, con efectos favorables principalmente sobre las respuestas sociales⁶⁴, y las intervenciones con robots sociales, asociadas a una mejora significativa del funcionamiento social⁶⁵, además de estrategias implementadas en contextos educativos orientadas a mejorar la participación y conexión escolar⁶⁶ y enfoques de responsividad centrados en resultados prelingüísticos y lingüísticos⁶⁷. En conjunto, estos hallazgos destacaron el potencial de modalidades diversas para abordar objetivos terapéuticos específicos, subrayando la importancia de considerar las necesidades comunicativas y de participación del niño dentro de sus contextos naturales de desarrollo.

Esta revisión bibliográfica presenta algunas limitaciones que es necesario considerar al interpretar los hallazgos, como la heterogeneidad identificada entre los estudios incluidos en las tres dimensiones analizadas: prevalencia, factores asociados e intervenciones. Esta heterogeneidad se relacionó con diferencias en las poblaciones, grupos etarios, contextos geográficos, diseños metodológicos, procedimientos de identificación del TEA y variables evaluadas, lo que dificulta la comparación directa de los resultados. En el caso de las estimaciones de prevalencia, esta comparación se encuentra además condicionada por las características de los sistemas de vigilancia y las fuentes de identificación de casos.

Además, el predominio de estudios observacionales y la diversidad de métodos utilizados para evaluar exposiciones genéticas, prenatales, perinatales, ambientales y epigenéticas permiten identificar asociaciones, pero no establecer relaciones causales

definitivas ni generalizar plenamente los hallazgos. Asimismo, la variabilidad en las modalidades, características de los participantes, duración y dominios de evaluación de los estudios de intervención impide determinar la superioridad de una estrategia sobre otra.

Por último, los criterios de búsqueda y selección aplicados (período de publicación, idiomas considerados y disponibilidad de texto completo) pudieron restringir la recuperación de literatura relevante. En particular, la restricción de la inclusión a documentos con texto completo disponible puede introducir un posible sesgo de disponibilidad, al excluir evidencia potencialmente pertinente cuyo texto completo no se encontrara disponible bajo este criterio. Por ello, los resultados deben entenderse como una síntesis de la evidencia seleccionada bajo dichos criterios y no como una representación exhaustiva del conocimiento disponible sobre el TEA.

Conclusiones

Se concluye que el trastorno del espectro autista (TEA) presenta una prevalencia variable en la población infantil según la región, la edad y los procedimientos de identificación; que la evidencia sobre sus factores asociados respalda una perspectiva multifactorial, que incluye componentes genéticos, prenatales, perinatales, ambientales y epigenéticos, sin que pueda atribuirse a una causa única; y que las intervenciones disponibles (ABA, enfoques naturalistas, mediadas por padres, educativas y complementarias) muestran beneficios en distintos dominios del desarrollo, sin que ninguna resulte universalmente superior, por lo que su selección debe ajustarse a las necesidades de cada niño. Por lo tanto, la atención del TEA requiere un abordaje multidimensional que articule la identificación oportuna, la consideración de sus factores asociados y la implementación de intervenciones individualizadas, contribuyendo así a fortalecer la detección, la atención clínica y educativa, y la participación familiar.

Para futuros estudios, se recomienda desarrollar investigaciones epidemiológicas con procedimientos de identificación y criterios diagnósticos comparables que faciliten la interpretación de las diferencias de prevalencia entre regiones y poblaciones, así como estudios longitudinales que permitan profundizar en la relación temporal entre los factores genéticos, prenatales, perinatales, ambientales y epigenéticos y la manifestación del TEA. En el ámbito de la intervención, se recomienda realizar estudios con muestras amplias, seguimiento a mediano y largo plazo y medidas de resultados comparables, que permitan precisar qué estrategias resultan más beneficiosas para determinados perfiles y necesidades, además de ampliar la investigación en contextos educativos y comunitarios, así como en poblaciones de países con menor disponibilidad de servicios especializados, con el fin de generar evidencia aplicable a diferentes realidades sociales y sanitarias.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [citado el 25 de abril de 2026]. Disponible en: <https://icd.who.int/en/>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR [Internet]. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022 [citado el 25 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder. *The Lancet* [Internet]. 2018 [citado el 25 de abril de 2026];392(10146):508-520. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2018. *MMWR Surveillance Summaries* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];70(11):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>
- Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, et al. Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2026];6:5. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>
- Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: a systematic review update. *Autism Research* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2026];15(5):778-790. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
- Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries* [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2026];72(2):1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>
- Daniels AM, Mandell DS. Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: a critical review. *Autism* [Internet]. 2014 [citado el 25 de abril de 2026];18(5):583-597. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1362361313480277>
- Roman-Urrestarazu A, Tyson A, Gatica-Bahamonde G, van Kessel R, Yang J, Mansilla C, et al. Bayesian prevalence of autism and unmet special education needs in Chile in a sample of three million school-age children. *Autism* [Internet]. 2025 [citado el 20 de agosto de 2026];29(10):2501-2512. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/13623613251342310>
- Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2026];48:112. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01310-w>
- Talantseva OI, Romanova RS, Shurdova EM, Dolgorukova TA, Sologub PS, Titova OS, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a three-level meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2026];14:1071181. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1071181>
- Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Hultman C, Larsson H, Reichenberg A. The heritability of autism spectrum disorder. *JAMA* [Internet]. 2017 [citado el 25 de abril de 2026];318(12):1182-1184. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12141>
- Modabbernia A, Velthorst E, Reichenberg A. Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular Autism* [Internet]. 2017 [citado el 25 de abril de 2026];8:13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0121-4>
- Bai D, Yip BHK, Windham GC, Sourander A, Francis R, Yoffe R, et al. Association of genetic and environmental factors with autism in a 5-country cohort. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2026];76(10):1035-1043. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1411>
- Tick B, Bolton P, Happé F, Rutter M, Rijdsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado el 25 de abril de 2026];57(5):585-595. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12499>
- Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK, et al. The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health* [Internet]. 2017 [citado el 25 de abril de 2026];38:81-102. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318>
- Bölte S, Girdler S, Marschik PB. The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder. *Cellular and Molecular Life Sciences* [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2026];76:1275-1297. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00018-018-2988-4>
- Zhubi A, Cook EH, Guidotti A, Grayson DR. Epigenetic mechanisms in autism spectrum disorder. *International Review of Neurobiology* [Internet]. 2014 [citado el 25 de abril de 2026];115:203-244. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801311-3.00006-8>
- Rosello B, Berenguer C, Baixauli I, García R, Miranda A. Theory of mind profiles in children with autism spectrum disorder: adaptive/social skills and pragmatic competence. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2026];11:567401. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567401>
- Miranda A, Berenguer C, Roselló B, Baixauli I, Colomer C. Social cognition in children with high-functioning autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with executive functions. *Frontiers in Psychology*

- [Internet]. 2017 [citado el 25 de abril de 2026];8:1035. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01035>
21. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Kasari C, Carter A, Granpeesheh D, et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. *Pediatrics* [Internet]. 2015 [citado el 25 de abril de 2026];136 Suppl 1:S60-S81. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667E>
 22. Estes A, Munson J, Rogers SJ, Greenson J, Winter J, Dawson G. Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado el 25 de abril de 2026];54(7):580-587. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.04.005>
 23. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics* [Internet]. 2010 [citado el 25 de abril de 2026];125(1):e17-e23. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0958>
 24. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [citado el 25 de abril de 2026];(4):CD009774. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009774.pub2>
 25. Schreibman L, Dawson G, Stahmer AC, Landa R, Rogers SJ, McGee GG, et al. Naturalistic developmental behavioral interventions: empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [Internet]. 2015 [citado el 25 de abril de 2026];45:2411-2428. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2407-8>
 26. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review* [Internet]. 2012 [citado el 25 de abril de 2026];15(3):247-277. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0119-6>
 27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];74(9):790-799. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2021.06.016>
 28. Morales-Hidalgo P, Roigé-Castellví J, Hernández-Martínez C, Voltas N, Canals J. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among Spanish school-age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [Internet]. 2018 [citado el 25 de abril de 2026];48:3176-3190. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3581-2>
 29. Christensen DL, Maenner MJ, Bilder D, Constantino JN, Daniels J, Durkin MS, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 4 years - Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, seven sites, United States, 2010, 2012, and 2014. *MMWR Surveillance Summaries* [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2026];68(2):1-19. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6802a1>
 30. Sun X, Allison C, Wei L, Matthews FE, Auyeung B, Wu YY, et al. Autism prevalence in China is comparable to Western prevalence. *Molecular Autism* [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2026];10:7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0246-0>
 31. Narzisi A, Posada M, Barbieri F, Chericoni N, De Marchis V, Nardocci F, et al. Prevalence of autism spectrum disorder in a large Italian catchment area: a school-based population study within the ASDEU project. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2026];29:e5:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S2045796018000483>
 32. Zhou H, Xu X, Yan W, Ding Y, Li J, Wang D, et al. Prevalence of autism spectrum disorder in China: a nationwide multi-center population-based study among children aged 6 to 12 years. *Neuroscience Bulletin* [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2026];36:961-971. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12264-020-00530-6>
 33. Fuentes J, Basurko A, Isasa I, et al. The ASDEU autism prevalence study in northern Spain. *European Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];30:579-589. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01539-y>
 34. May T, Brignell A, Williams K. Autism spectrum disorder prevalence in children aged 12-13 years from the Longitudinal Study of Australian Children. *Autism Research* [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2026];13(5):821-827. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/aur.2286>
 35. Linnsand P, Gillberg C, Nilses Å, et al. A high prevalence of autism spectrum disorder in preschool children in an immigrant, multiethnic population in Sweden: challenges for health care. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];51:538-549. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04563-8>
 36. Brooks JD, Arneja J, Fu L, Saxena FE, Tu K, Pinzaru VB, et al. Assessing the validity of administrative health data for the identification of children and youth with autism spectrum disorder in Ontario. *Autism Research* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];14(5):1037-1045. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/aur.2491>
 37. Shrestha M, Basukala S, Thapa N, Shrestha O, Basnet M, Shrestha K, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children in Southeast Asia from 2002 to 2022: an updated systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports* [Internet]. 2024 [citado el 25 de abril de 2026];7:e2005. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hsr2.2005>
 38. Nielsen TC, Nassar N, Boulton KA, et al. Estimating the prevalence of autism spectrum disorder in New South Wales, Australia: a data linkage study of three routinely collected datasets. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [Internet]. 2024 [citado el 25 de abril de 2026];54:1558-1566. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05887-3>
 39. Issac A, Halemani K, Shetty A, Thimmappa L, Vijay VR, Koni K, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health and Research Perspectives* [Internet]. 2025 [citado el 25 de abril de 2026];16(1):3-27. Disponible en: <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2024.0286>
 40. Manzari N, Matvienko-Sikar K, Baldoni F, et al. Prenatal maternal stress and risk of neurodevelopmental disorders in the offspring: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2026];54:1299-1309. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01745-3>
 41. Zhang T, Sidorchuk A, Sevilla-Cermeño L, et al. Association of cesarean delivery with risk of neurodevelopmental and psychiatric disorders in the offspring: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2026];2(8):e1910236. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.10236>
 42. da Silva Montenegro EM, Costa CS, Campos G, Scliar M, Ferreira de Almeida T, Zachy EC, et al. Meta-analyses support previous and novel autism candidate genes: outcomes of an unexplored Brazilian cohort. *Autism Research* [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2026];13(2):199-206. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/aur.2238>
 43. Fang F, Ge M, Liu J, Zhang Z, Yu H, Zhu S, et al. Association between genetic variants in DUSP15, CNTNAP2, and PCDHA genes and risk of childhood autism spectrum disorder. *Behavioural Neurology* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];2021:4150926. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2021/4150926>
 44. García-Ortiz MV, Torre-Aguilar MJ, Morales-Ruiz T, Gómez-Fernández A, Flores-Rojas K, Gil-Campos M, et al. Analysis of global and local DNA methylation patterns in blood samples of patients with autism spectrum disorder. *Frontiers in Pediatrics* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];9:685310. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fped.2021.685310>
 45. Bakulski KM, Dou JF, Feinberg JI, Aung MT, Ladd-Acosta C, Volk HE, et al. Autism-associated DNA methylation at birth from multiple tissues is enriched for autism genes in the Early Autism Risk Longitudinal Investigation. *Frontiers in Molecular Neuroscience* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];14:775390. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnmol.2021.775390>
 46. Jangjoo M, Goodman SJ, Choufani S, Trost B, Scherer SW, Kelley E, et al. An epigenetically distinct subset of children with autism spectrum disorder resulting from differences in blood cell composition. *Frontiers in Neurology* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];12:612817. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.612817>
 47. Cogley C, O'Reilly H, Bramham J, et al. A systematic review of the risk factors for autism spectrum disorder in children born preterm. *Child Psychiatry and Human Development* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];52:841-855. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01071-9>
 48. Tioleco N, Silberman AE, Stratigos K, Banerjee-Basu S, Spann

- MN, Whitaker AH, et al. Prenatal maternal infection and risk for autism in offspring: a meta-analysis. *Autism Research* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];14(6):1296-1316. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/aur.2499>
49. Andreadou MT, Katsaras GN, Talimtz P, et al. Association of assisted reproductive technology with autism spectrum disorder in the offspring: an updated systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pediatrics* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];180:2741-2755. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04187-9>
 50. Uddin MS, Azima A, Aziz MA, et al. CNTNAP2 gene polymorphisms in autism spectrum disorder and language impairment among Bangladeshi children: a case-control study combined with a meta-analysis. *Human Cell* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];34:1410-1423. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13577-021-00546-8>
 51. Liu X, Zou M, Sun C, et al. Prenatal folic acid supplements and offspring's autism spectrum disorder: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2026];52:522-539. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04951-8>
 52. Liu Z, Yang X, Guo P, Wang F, Xia W, Chen Y, et al. The association between gene polymorphisms in voltage-gated potassium channels Kv2.1 and Kv4.2 and susceptibility to autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2026];13:994166. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.994166>
 53. Xu Y, Yang X, Chen D, Xu Y, Lan L, Zhao S, et al. Maternal exposure to pesticides and autism or attention-deficit/hyperactivity disorders in offspring: a meta-analysis. *Chemosphere* [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2026];313:137459. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2022.137459>
 54. Ding M, Shi S, Qie S, Li J, Xi X. Association between heavy metals exposure (cadmium, lead, arsenic, mercury) and child autistic disorder: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics* [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2026];11:1169733. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1169733>
 55. Stoccoro A, Conti E, Scaffei E, Calderoni S, Coppedè F, Migliore L, et al. DNA methylation biomarkers for young children with idiopathic autism spectrum disorder: a systematic review. *International Journal of Molecular Sciences* [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2026];24:9138. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms24119138>
 56. Duque-Cartagena T, Dalla MDB, Mundstock E, et al. Environmental pollutants as risk factors for autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 [citado el 25 de abril de 2026];24:2388. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19742-w>
 57. Makrygianni MK, Gena A, Katoudi S, Galanis P. The effectiveness of applied behavior analytic interventions for children with autism spectrum disorder: a meta-analytic study. *Research in Autism Spectrum Disorders* [Internet]. 2018 [citado el 25 de abril de 2026];51:18-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.03.006>
 58. Naveed S, Waqas A, Amray AN, Memon RI, Javed N, Tahir MA, et al. Implementation and effectiveness of non-specialist mediated interventions for children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2026];14(11):e0224362. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224362>
 59. Yu Q, Li E, Li L, Liang W. Efficacy of interventions based on applied behavior analysis for autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Psychiatry Investigation* [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2026];17(5):432-443. Disponible en: <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0229>
 60. Fuller EA, Kaiser AP. The effects of early intervention on social communication outcomes for children with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2026];50(5):1683-1700. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03927-z>
 61. Crank JE, Sandbank M, Dunham K, Crowley S, Bottema-Beutel K, Feldman J, et al. Understanding the effects of naturalistic developmental behavioral interventions: a Project AIM meta-analysis. *Autism Research* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];14(4):817-834. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/aur.2471>
 62. Conrad CE, Rimestad ML, Rohde JF, Petersen BH, Korfitsen CB, Tarp S, et al. Parent-mediated interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];12:773604. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.773604>
 63. Daniolou S, Pandis N, Znoj H. The efficacy of early interventions for children with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2026];11:5100. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm11175100>
 64. Ke X, Song W, Yang M, Li J, Liu W. Effectiveness of music therapy in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2026];13:905113. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.905113>
 65. Kouroupa A, Laws KR, Irvine K, Mengoni SE, Baird A, Sharma S. The use of social robots with children and young people on the autism spectrum: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2026];17(6):e0269800. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269800>
 66. Hodges A, Cordier R, Joosten A, Bourke-Taylor H, Chen YW. Evaluating the feasibility, fidelity, and preliminary effectiveness of a school-based intervention to improve the school participation and feelings of connectedness of elementary school students on the autism spectrum. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2026];17(6):e0269098. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269098>
 67. McDaniel J, Brady NC, Warren SF. Effectiveness of responsivity intervention strategies on prelinguistic and language outcomes for children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of group and single case studies. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [Internet]. 2022 [citado el 25 de abril de 2026];52:4783-4816. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05331-y>
 68. Sandbank M, Bottema-Beutel K, Crowley LaPoint S, Feldman JI, Barrett DJ, Caldwell N, et al. Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): updated systematic review and secondary analysis. *BMJ* [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2026];383:e076733. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076733>

Dificultades en Estudiantes de Enfermería para el Uso de la Taxonomía NANDA-I en Diagnósticos de Enfermería

Difficulties in Nursing Students for the Use of the NANDA Taxonomy for Nursing Diagnoses

Deneb Arely Gutiérrez-Contreras^I, Karla Ilse Gutiérrez-Contreras^{II}

Instituto Superior de Estudios de Occidente - (Nayarit, México); Universidad de Sonora (Sonora, México); Instituto Mexicano del Seguro Social - (Ciudad de México, México)

^IInstituto Superior de Estudios de Occidente - (Nayarit, México)
Universidad de Sonora (Sonora, México)
Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora México
<https://orcid.org/0009-0009-0326-163X>

^{II}Universidad de Sonora (Sonora, México)
Instituto Mexicano del Seguro Social - (Ciudad de México, México)
<https://orcid.org/0009-0006-1606-5943>

Correspondencia:

Deneb Arely Gutiérrez-Contreras
Instituto Superior de Estudios de Occidente - (Nayarit, México)
Universidad de Sonora (Sonora, México)
Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora México

denebgutz@gmail.com

Resumen

Objetivo: Identificar las dificultades reportadas por los estudiantes de enfermería en el aprendizaje y uso de la terminología NANDA-I para formular diagnósticos enfermeros en contextos académicos y clínicos. **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica con búsqueda estructurada en Elsevier, PubMed, SciELO y Google Scholar. Se seleccionaron artículos publicados entre 2015 y 2025, en español e inglés, relacionados con el aprendizaje, uso o dificultades de NANDA-I y los diagnósticos enfermeros en estudiantes de Enfermería. De un total de 29 registros, solo 9 estudios se incluyeron en la síntesis narrativa. **Desarrollo y discusión:** Las principales dificultades identificadas fueron conocimientos teóricos insuficientes, precisión y priorización diagnóstica, interpretación de datos clínicos, heterogeneidad de los criterios docentes, disponibilidad limitada de recursos y dificultades para aplicar lo aprendido en contextos clínicos. A partir de los hallazgos, se agruparon estas dificultades en dimensiones individuales, educativas e institucionales. **Conclusión:** Se requiere de un proceso formativo progresivo para el aprendizaje de NANDA-I, que integre el conocimiento taxonómico, el razonamiento diagnóstico y su aplicación en la práctica clínica, junto con criterios de enseñanza adecuados y condiciones institucionales que favorezcan su uso.

Abstract

Objective: To identify the difficulties reported by nursing students in learning and using NANDA-I terminology to formulate nursing diagnoses in academic and clinical settings. **Method:** A literature review was conducted using a structured search of Elsevier, PubMed, SciELO, and Google Scholar. Articles published between 2015 and 2025, in English or Spanish, addressing the learning, use, or difficulties associated with NANDA-I and nursing diagnoses among nursing students were selected. Of the 29 records identified, only 9 studies were included in the narrative synthesis. **Results and discussion:** The main difficulties identified included insufficient theoretical knowledge, challenges in diagnostic accuracy and prioritization, interpretation of clinical data, variability in teaching criteria, limited availability of resources, and difficulties in applying acquired knowledge in clinical settings. Based on the findings, these difficulties were grouped into individual, educational, and institutional dimensions. **Conclusion:** Learning NANDA-I requires a progressive educational process that integrates taxonomic knowledge, diagnostic reasoning, and its application to clinical practice, together with consistent teaching criteria and institutional conditions that facilitate its use.

Citar como:

Gutiérrez-Contreras DA, Gutiérrez-Contreras KI. Dificultades en estudiantes de Enfermería para el uso de la taxonomía NANDA-I en diagnósticos de Enfermería. [Internet] Revista ISEO Journal. 2026. [Citado el...];3:41-46. <https://doi.org/10.63344/282vqv11>

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- NANDA-I;
- Terminología Normalizada de Enfermería;
- Diagnóstico de Enfermería;
- Estudiantes de Enfermería;
- Educación en Enfermería;
- Razonamiento Clínico

MeSH Terms

KEYWORDS

- NANDA-I;
- Standardized Nursing Terminology;
- Nursing Diagnosis;
- Students, Nursing;
- Education, Nursing;
- Clinical Reasoning.



ISEO JOURNAL[©]

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

El Proceso de Enfermería (PE) constituye un método sistemático propio de la disciplina que permite organizar la prestación de cuidados a partir de la identificación de las necesidades y respuestas de las personas. Su aplicación articula conocimientos, habilidades y actitudes; asimismo comprende etapas sucesivas de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación, mediante las cuales la información clínica se transforma en decisiones orientadas al cuidado^{1,2}.

Durante el PE, la etapa correspondiente al diagnóstico enfermero adquiere especial relevancia, debido a que, mediante la interpretación de los datos obtenidos en la valoración se identifican las respuestas humanas que requieren atención de enfermería. Su formulación constituye una base para seleccionar intervenciones, definir los resultados que se esperan alcanzar y dar continuidad a las etapas restantes del proceso enfermero. En relación con lo anterior, el empleo de terminologías estandarizadas (Standardized Nursing Terminology) proporciona una forma de representar los fenómenos disciplinares mediante conceptos compartidos, facilitando la comunicación, la documentación y la organización de la información vinculada con el cuidado^{3,4}.

Entre estas terminologías, la NANDA International (NANDA-I) brinda una clasificación estructurada para la formulación de diagnósticos enfermeros. Su uso forma parte del lenguaje enfermero estandarizado y puede articularse con la Nursing Interventions Classification (NIC) y la Nursing Outcomes Classification (NOC), estableciendo una relación entre los diagnósticos identificados, las intervenciones seleccionadas y los resultados del cuidado. La inclusión de estos lenguajes en los contextos educativos y clínicos ayuda a sistematizar el proceso enfermero y a disponer de una terminología común para documentar y comunicar las decisiones relacionadas con la atención^{4,5}.

El aprendizaje de NANDA-I en la formación de estudiantes de enfermería trasciende el reconocer o seleccionar una etiqueta diagnóstica. La formulación de un diagnóstico pertinente implica que el estudiante analice los datos subjetivos y objetivos obtenidos durante la valoración, relacionarlos con las respuestas humanas identificadas, reconocer las características y factores correspondientes y determinar cuáles diagnósticos requieren prioridad. Por consiguiente, este aprendizaje se encuentra estrechamente vinculado con el desarrollo del razonamiento clínico y con la capacidad para trasladar los conocimientos adquiridos en el aula hacia situaciones concretas de cuidado^{3,6}.

Sin embargo, la evidencia señala que la adquisición de estas competencias puede presentar dificultades durante la formación universitaria. En estudiantes de enfermería se han observado errores en diferentes etapas del proceso enfermero y limitaciones en la aplicación de los conocimientos adquiridos durante su formación⁷. En relación específica con NANDA-I, se han documentado dificultades para determinar diagnósticos apropiados a partir de la información clínica, diferenciar el diagnóstico enfermero del diagnóstico médico y priorizar las respuestas identificadas. Asimismo, los estudiantes han referido conocimientos insuficientes sobre la terminología y la necesidad de una mayor formación para utilizarla adecuadamente en escenarios clínicos⁶.

Las dificultades relacionadas con el aprendizaje de NANDA-I no dependen únicamente del dominio conceptual de la taxonomía. También intervienen las características del proceso educativo y las oportunidades para aplicar los conocimientos en la práctica. Se han descrito diferencias entre los criterios y métodos utilizados por los docentes para enseñar y evaluar los planes de cuidados, dificultades para integrar NANDA-I con NIC y NOC y limitaciones relacionadas con los materiales y recursos disponibles para el aprendizaje⁶. Desde la perspectiva docente también se han identificado diferencias en la enseñanza de los conceptos centrales, dificultades en la elaboración de planes de cuidados y una brecha entre la enseñanza de los lenguajes estandarizados y su utilización en determinados escenarios clínicos⁵.

Esta relación entre formación y práctica adquiere relevancia debido a que las dificultades desarrolladas durante el aprendizaje pueden prolongarse posteriormente hacia el ejercicio profesional. La falta de conocimientos y entrenamiento práctico ha sido señalada como una dificultad para la aplicación de la metodología enfermera, y algunas de estas limitaciones han sido vinculadas con deficiencias originadas durante la formación universitaria⁸. Asimismo, la adopción de terminologías estandarizadas en los servicios de salud no solo está sujeta a su disponibilidad, sino también a la educación recibida, el apoyo para su implementación y las condiciones del contexto clínico⁴.

Esta revisión tuvo como objetivo identificar las dificultades reportadas por los estudiantes de enfermería en el aprendizaje y uso de la terminología NANDA-I para formular diagnósticos enfermeros en contextos académicos y clínicos.

Metodología

Diseño del Estudio

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica con búsqueda estructurada de la literatura científica, apropiada para proporcionar una visión general y contextual del fenómeno investigado, permitiendo identificar y analizar las principales dificultades relacionadas con el uso de la taxonomía NANDA-I en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería.

Se tomaron como referencia los lineamientos y el diagrama de flujo PRISMA 2020⁹ para transparentar la identificación, selección e inclusión de los estudios.

Estrategia de Búsqueda

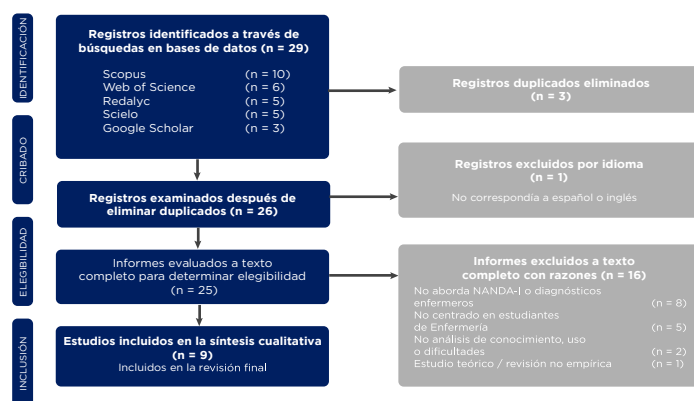
Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Elsevier, PubMed, Scielo y Google Scholar. La búsqueda y selección de la información se realizó entre enero y agosto de 2025. Para la búsqueda, se utilizaron términos DeCS/MeSH en combinación con los operadores booleanos AND y OR, mediante las siguientes combinaciones: "NANDA" AND "NIC" AND "NOC" AND "estudiante de enfermería"; "NANDA nursing diagnoses" AND "Nursing student" AND "NIC NOC"; "Taxonomía NANDA" AND "Intervenciones NIC" AND "Resultados NOC", lo que permitió estructurar una estrategia de búsqueda más precisa y asegurar la identificación de estudios relacionados con el objeto de investigación.

Criterios de inclusión y exclusión

Para garantizar la actualidad de la información, se incluyeron artículos científicos publicados entre 2015 y 2025, en idioma español o inglés, que abordaran la aplicación, el aprendizaje, el uso o las dificultades relacionadas con la taxonomía NANDA y los diagnósticos de enfermería en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería; durante la identificación se eliminaron los registros duplicados, mientras que en las etapas de cribado y elegibilidad se excluyeron los estudios publicados en idiomas distintos del español o inglés, aquellos que no correspondieran al periodo establecido, las investigaciones centradas exclusivamente en profesionales de enfermería sin relación con la formación universitaria, los estudios que no abordaran de manera pertinente la taxonomía NANDA-I o el diagnóstico enfermero en estudiantes, así como la literatura gris y los documentos que no presentaran respaldo científico y metodológico suficiente.

Selección de los estudios

Se identificaron un total de 29 artículos. De estos, se descartaron 3 por encontrarse duplicados y uno por estar publicado en un idioma distinto del español o inglés; por tanto, quedaron 25 informes para evaluación a texto completo. Posteriormente, mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron 16 estudios que no cumplían con los criterios establecidos. Finalmente, 9 estudios fueron incluidos en la síntesis narrativa. El proceso de identificación, selección y exclusión de los estudios se presentó mediante un flujograma basado en PRISMA.

Figura 1. Diagrama PRISMA del proceso de selección de estudios

Desarrollo y discusión

Se incluyeron 9 estudios publicados entre 2015 y 2025, correspondientes a una investigación mixta y ocho con enfoque cuantitativo. La distribución geográfica abarcó países de diferentes partes del mundo, entre ellos: México, Estados Unidos, Colombia, España, Nigeria y Turquía. Estos estudios permitieron mapear la heterogeneidad de los desafíos y las percepciones sobre el uso de la taxonomía diagnóstica de NANDA-I. En la Tabla 1 se muestra la matriz de análisis que sintetiza estas investigaciones.

Tabla 1. Matriz de análisis de dificultades relacionadas con el uso de la taxonomía NANDA-I en estudiantes de enfermería.

Año	Autor(es)	País	Población/Objeto de estudio	Dificultades concretas relacionadas con NANDA	Resultados relevantes
2015	Alcaraz-Moreno et al. ¹⁰	México	235 estudiantes de licenciatura en enfermería en la fase cuantitativa; dos grupos focales de 7 estudiantes cada uno en la fase cualitativa	Tiempo insuficiente para desarrollar el PAE; metodología de enseñanza; heterogeneidad de los criterios de evaluación entre docentes; conocimientos insuficientes en ciencias básicas; dificultades en la capacidad para utilizar las taxonomías. El estudio aborda las taxonomías y el PAE en conjunto, no NANDA-I de manera aislada.	Más del 50 % refirió conocimientos suficientes en áreas como promoción de la salud, comunicación, PAE, modelos y teorías. Los grupos focales confirmaron como limitaciones la metodología docente y los criterios de evaluación. Saber utilizar NANDA, NIC y NOC fue identificado como un factor facilitador.
2018	Sousa-Freire et al. ¹¹	Estados Unidos	130 estudiantes de dos programas de enfermería de una universidad del Medio Oeste estadounidense; resolución de escenarios clínicos mediante software	Dificultad para seleccionar el diagnóstico NANDA-I correcto, pese a reconocer factores relacionados y características definitorias; menor precisión en dominios de Promoción de la salud, Autopercepción y Crecimiento/ desarrollo.	Precisión diagnóstica media: 64.4 %. No hubo diferencias significativas según nivel académico. Los estudiantes tuvieron más dificultad para reconocer el diagnóstico correcto que para identificar factores relacionados y características definitorias.
2019	Muñoz-Astudillo et al. ¹²	Colombia	Se analizaron 7 276 registros generados durante prácticas formativas de enfermería entre 2011 y 2015, que incluyeron 15 diagnósticos en 4 731 personas.	Indicador de dificultad: uso concentrado en diagnósticos fisiológicos y limitada formulación/ registro de diagnósticos pertenecientes a dominios cognitivos y psicosociales. No evalúa dificultades percibidas directamente por los estudiantes.	El 69.3 % correspondió a diagnósticos reales. Predominaron Seguridad/ Protección (22.8 %), Eliminación/ Intercambio (21.0 %) y Actividad/ Reposo (21.0 %). Los autores señalaron la necesidad de fortalecer los diagnósticos de Percepción/ cognición y los resultados psicosociales.
2019	Ardahan et al. ¹³	Turquía	241 estudiantes de tercer y cuarto año de enfermería	Dificultad para identificar diagnósticos NANDA apropiados para el paciente; priorizarlos; insuficiente conocimiento teórico; formación insuficiente; escasa experiencia clínica; necesidad de ayuda durante la formulación diagnóstica.	El 51.0 % indicó que no utilizaba eficazmente los diagnósticos NANDA y el 49.0 % sí lo hacía. El 36.1 % presentó dificultades para identificar el diagnóstico y el 32.8 % para establecer prioridades. Además, el 45.9 % necesitó ayuda durante la fase diagnóstica y el 71.4 % durante alguna parte de la elaboración del proceso enfermero.
2020	Inangil y Uzen-Cura ¹⁴	Turquía	257 estudiantes de enfermería formados mediante dos modelos: actividades de la vida diaria (ADLs) y patrones funcionales de salud (FHP)	El estudio no identifica dificultades específicas en el uso de NANDA-I. Evidencia que la toma de decisiones clínicas todavía se encuentra en desarrollo y puede variar según el modelo de enfermería utilizado durante la formación.	El puntaje de percepción del diagnóstico fue 2.45 ± 0.55 en ADLs y 2.31 ± 0.27 en FHP, sin diferencia significativa ($p = .271$). En toma de decisiones clínicas sí hubo diferencias: 147.44 ± 12.95 frente a 154.3 ± 12.29 ($p < .001$).
2020	Özkan et al. ¹⁵	Turquía	164 estudiantes sometidos a intervención formativa grupal y análisis de estudios de casos.	Dificultad pre-intervención para definir el nombre del diagnóstico y formular la estructura completa PES (Problema, Etiología, Síntoma); priorización.	Antes de la intervención, 35.9 % presentó dificultad para identificar el nombre del diagnóstico y 29.9 % para elaborar el PES; después, estas cifras fueron 2.5 % y 47.9 %, respectivamente. La identificación del diagnóstico aumentó de 70.9 % a 91.5 % y el diagnóstico correcto según los datos de 92.7 % a 96.3 %. El estudio se describe expresamente como intervencional y descriptivo, con $n = 164$.

Año	Autor(es)	País	Población/Objeto de estudio	Dificultades concretas relacionadas con NANDA	Resultados relevantes
2022	Ojo et al. ¹⁶	Nigeria	120 estudiantes de enfermería seleccionados por muestreo intencional en dos instituciones	Cambios bienales de NANDA-I; información insuficiente sobre su uso; capacitación insuficiente para patologías específicas; costo y dificultad de acceso al libro NANDA-I; dificultad para identificar dominio y clase; problemas para priorizar diagnósticos.	Las principales dificultades fueron: actualizaciones bienales de NANDA-I (78.3 %), información insuficiente (71.7 %), capacitación insuficiente (70.9 %), dificultad de acceso al libro por su costo (70.8 %) e identificación de dominio/clase (68.3 %). El estudio utilizó diseño descriptivo transversal y análisis descriptivo e inferencial.
2025	Wagner et al. ¹⁷	Estados Unidos	109 estudiantes de enfermería y 134 enfermeros registrados de un sistema de salud y escuela de enfermería del Medio Oeste	En estudiantes: conocimiento insuficiente sobre lenguajes estandarizados; falta de recursos financieros; tiempo insuficiente para aprender nuevos sistemas de documentación; ausencia de mandato institucional. Evalúa NANDA-I junto con NIC y NOC, no NANDA-I de manera aislada.	Respondieron 109/116 estudiantes (93.9 %). Las barreras fueron generalmente moderadas o grandes. En estudiantes, falta de conocimiento: 31 % gran barrera + 32 % moderada; falta de tiempo: 18 % + 39 %; recursos financieros: 29 % + 34 %.
2019	Rifà Ros et al. ¹⁸	España	63 estudiantes de tercer curso del Grado en enfermería de la Universitat Ramon Llull	Dificultad para identificar el diagnóstico NANDA-I principal a partir de los datos del caso clínico; presencia de estudiantes con baja precisión diagnóstica. Además, entre los atributos menos favorables, los estudiantes percibieron los diagnósticos como relativamente rutinarios, difíciles e incómodos.	La precisión diagnóstica media fue 3.94 ± 0.66 . Solo 25 de 63 estudiantes (39.6 %) identificaron el diagnóstico principal correcto; por tanto, 60.4 % no lo identificó. Solo 16 estudiantes (25.4 %) alcanzaron la puntuación máxima para dicho diagnóstico. El 9.52 % obtuvo una precisión inferior a 3. La actitud media fue 103.5 ± 18.47 y no se correlacionó significativamente con la precisión diagnóstica ($r = .162$; $p = .113$).

Los resultados de los estudios incluidos en la presente revisión mostraron que las dificultades de los estudiantes para emplear NANDA-I no solo se circunscriben al reconocimiento de las etiquetas diagnósticas, sino que también se presentan durante la interpretación de los datos de valoración, la identificación de las respuestas humanas, la selección del diagnóstico correspondiente y el establecimiento de prioridades. Asimismo, se identificaron limitaciones relacionadas con la enseñanza, la disponibilidad de materiales actualizados y la aplicación de los diagnósticos en los escenarios clínicos.

Una de las principales dificultades se relacionó con la precisión diagnóstica. Sousa-Freire et al.¹¹ reportaron una precisión media del 64.4 %, sin diferencias significativas según el nivel académico, y observaron mayor facilidad para reconocer factores relacionados y características definitorias para seleccionar el diagnóstico NANDA-I correspondiente. En concordancia, Abed El-Rahman et al.¹⁹ identificaron actitudes favorables hacia NANDA-I, pero también la persistencia de dificultades para comprender su estructura y diferenciar diagnósticos enfermeros de médicos, mientras que Park y Jeong²⁰, al analizar 190 informes de casos, encontraron una calidad diagnóstica media de 8.63 sobre 14 puntos. Estos resultados muestran que el avance académico o una percepción positiva hacia NANDA-I no garantizan por sí solos una formulación diagnóstica precisa y sustentan la necesidad de orientación y retroalimentación durante el aprendizaje.

Esta dificultad también se manifestó durante las prácticas clínicas. Ardahan et al.¹³ informaron que el 51.0 % de los estudiantes no utilizaba eficazmente los diagnósticos NANDA, el 36.1 % tenía dificultades para identificar el diagnóstico apropiado y el 32.8 % para establecer prioridades; además, el 45.9 % necesitaba ayuda durante la formulación diagnóstica y el 71.4 % en alguna etapa del proceso enfermero, principalmente por conocimientos teóricos insuficientes y escasa experiencia clínica. De manera similar, Kurt et al.²¹ encontraron que el 56.8 % de los estudiantes de primer año presentaba dificultades para elaborar diagnósticos y consideraba insuficiente la formación virtual recibida, observándose mayor facilidad para reconocer datos objetivos que conceptos abstractos. Por tanto, la formulación diagnóstica debe sustentarse en conocimientos teóricos y en la experiencia para interpretar los datos clínicos y relacionarlos de manera adecuada con los criterios de cada diagnóstico.

Los resultados de Ojo et al.¹⁶ en Nigeria coincidieron con estas dificultades y mostraron la influencia de factores educativos y materiales. En su estudio, las principales limitaciones fueron las actualizaciones bienales de NANDA-I (78.3 %), la información insuficiente sobre su uso (71.7 %), la capacitación insuficiente respecto de patologías específicas (70.9 %), el acceso limitado al libro de NANDA-I debido a su costo (70.8 %) y los problemas para identificar el dominio y la clase de cada diagnóstico (68.3 %). También se registraron dificultades para ordenar los diagnósticos

según su prioridad, agrupar signos y síntomas, así como para seleccionar aquellos que correspondían a las necesidades del paciente. Estos resultados indican que las dificultades no dependen únicamente del desempeño del estudiante, sino también del acceso a recursos formativos actualizados y de la manera en que se enseña la taxonomía.

En México, Alcaraz-Moreno et al.¹⁰ identificaron el tiempo disponible, la metodología docente y la heterogeneidad de los criterios de evaluación como factores que limitaban el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. Aunque más del 50 % de los estudiantes consideró suficientes sus conocimientos en distintas áreas del proceso enfermero, los grupos focales evidenciaron diferencias en las formas de enseñanza y evaluación. Esta situación se complementa con lo reportado por Ríos et al.²², quienes encontraron en docentes de Enfermería falta de preparación teórica (76.8 %) y actualización (82.6 %), además de una limitada explicación de la diferenciación entre datos objetivos y subjetivos (24.6 %), la priorización diagnóstica (43.5 %) y la evaluación del plan de cuidados (18.8 %). Lo anterior sugiere que las dificultades para formular, priorizar y aplicar diagnósticos NANDA-I no dependen únicamente del estudiante, sino también de la preparación docente y de la consistencia de los criterios utilizados durante la enseñanza.

Otro hallazgo relevante fue el predominio de diagnósticos relacionados con dimensiones fisiológicas. Muñoz-Astudillo et al.¹² analizaron 7 276 registros de prácticas formativas y encontraron que el 69.3 % correspondía a diagnósticos reales, con mayor frecuencia en los dominios seguridad/protección (22.8 %), eliminación/intercambio (21.0 %) y actividad/reposo (21.0 %), y señalaron la necesidad de fortalecer los diagnósticos de percepción/cognición y del ámbito psicosocial. Esta tendencia coincide con Kurt et al.²¹, quienes observaron mayor facilidad para identificar datos objetivos que conceptos abstractos. De manera complementaria, Akkurt Yalcinturk et al.²³ identificaron en la práctica profesional limitaciones en el uso de la terminología estandarizada y ausencia de diagnósticos en determinados patrones, como sexualidad-reproducción, valores y creencias. En ese sentido, la formación debería promover una valoración integral que facilite el reconocimiento de respuestas no solo fisiológicas, sino también cognitivas, emocionales y sociales.

La percepción favorable de los diagnósticos enfermeros no implica necesariamente un dominio suficiente de su aplicación. Inangil y Uzen-Cura¹⁴ no encontraron diferencias significativas en la percepción diagnóstica entre estudiantes formados mediante actividades de la vida diaria y patrones funcionales de salud (2.45 ± 0.55 frente a 2.31 ± 0.27 ; $p = .271$), aunque estos últimos obtuvieron una puntuación superior en la toma de decisiones clínicas (154.3 ± 12.29 frente a 147.44 ± 12.95 ; $p < .001$). En concordancia, Ibáñez-Alfonso et al.²⁴ observaron resultados favorables con el modelo OPT en razonamiento clínico (84.85 %), determinación de la

esencia del caso (75.76 %), respaldo diagnóstico (72.73 %) e identificación del diagnóstico enfermero (66.67 %). Estos hallazgos pueden interpretarse con base en el estudio de Hashimoto et al.²⁵, quienes destacaron habilidades como clasificar datos objetivos y subjetivos, discriminar información relevante, inferir problemas y establecer prioridades. Por ende, la formulación diagnóstica no solo depende de la percepción del estudiante, sino también de la forma en que se estructura el razonamiento para integrar valoración, análisis y priorización.

Implementación de estrategias educativas

La aplicación de estrategias educativas que combinen análisis de casos, retroalimentación y aplicación clínica podría reducir las dificultades identificadas. Al respecto, Özkan et al.¹⁵ observaron que, tras una intervención con formación teórica y estudios de casos grupales, la identificación diagnóstica aumentó de 70.9 % a 91.5 % y la formulación correcta según los datos de 92.7 % a 96.3 %, mientras que la dificultad para reconocer la etiqueta disminuyó de 35.9 % a 2.5 %; sin embargo, la dificultad para elaborar la estructura PES aumentó de 29.9 % a 47.9 %. Al respecto, Park y Jeong²⁰ señalaron que el formato PES puede favorecer la fundamentación diagnóstica en estudiantes con menor experiencia y destacaron la necesidad de orientación y retroalimentación continua. Por su parte, la investigación de Jarvelainen et al.²⁶ resaltó el valor de la reflexión sobre las experiencias clínicas y señaló que la supervisión la supervisión y la simulación pueden facilitar la integración entre los conocimientos teóricos y la práctica, al tiempo que fortalecen el juicio clínico. Estos estudios muestran que el análisis de casos constituye una estrategia útil, pero debe complementarse con procesos de retroalimentación y experiencias prácticas que favorezcan el desarrollo de la formulación diagnóstica.

La importancia de un lenguaje estandarizado

Las dificultades también pueden extenderse a la incorporación de los lenguajes estandarizados en los sistemas de documentación clínica. Wagner et al.¹⁷ identificaron como principales dificultades la falta de conocimiento (63 %), la insuficiencia de recursos financieros (63 %), el tiempo limitado para aprender nuevos sistemas (57 %) y la ausencia de una disposición institucional para utilizarlos (57 %); no obstante, los estudiantes mostraron una actitud más favorable que los profesionales hacia NANDA-I, NIC y NOC ($p = .0068$). Esta necesidad de continuidad entre formación y práctica se refuerza con lo observado por Akkurt Yalcinturk et al.²³, quienes identificaron en registros profesionales diagnósticos expresados fuera de la terminología estandarizada e incluso problemas colaborativos o diagnósticos médicos registrados como diagnósticos enfermeros. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la consolidación del lenguaje estandarizado durante la formación debe acompañarse de condiciones clínicas e institucionales que favorezcan su aplicación posterior.

Niveles de dificultades identificados en los estudios

- **Plano individual:** conocimiento teórico limitado, escasa experiencia, dificultad para interpretar los datos clínicos y problemas para priorizar diagnósticos.
- **Plano educativo:** insuficiencia de ejercicios prácticos, diferencias entre los criterios docentes y limitada articulación entre teoría y práctica.
- **Plano institucional:** acceso restringido a materiales actualizados, falta de acompañamiento y ausencia de sistemas de documentación que incorporen lenguajes enfermeros estandarizados.

La literatura revisada muestra que el aprendizaje de NANDA-I no se ha limitado a memorizar etiquetas diagnósticas. Por el contrario, su aplicación implica conocer la taxonomía, interpretar los datos obtenidos durante la valoración y fundamentar las decisiones diagnósticas. La incorporación de NANDA-I en la formación contribuye al desarrollo de una competencia que requiere cierta continuidad entre los criterios empleados en el aula y aquellos utilizados en los escenarios clínicos. Por consiguiente, el estudiante podría relacionar con mayor claridad la información del paciente con el diagnóstico formulado y utilizar el lenguaje estandarizado de manera coherente. Esta interpretación es congruente con la importancia atribuida al análisis, la inferencia y la priorización en el pensamiento crítico del enfermero, así como con la necesidad de proporcionar mayor orientación durante la enseñanza de NANDA-I^{25,6}.

Entre las limitaciones de los estudios incluidos se identificaron diferencias en los diseños, las poblaciones y los procedimientos empleados para evaluar las dificultades relacionadas con NANDA-I,

lo que restringe la comparación de sus resultados. Además, varias investigaciones se desarrollaron en instituciones específicas y, en algunos casos, se basaron en las percepciones de los propios estudiantes; por ello, la generalización de sus hallazgos debe realizarse con cautela. No obstante, una de las fortalezas de esta revisión radica en que reúne evidencia procedente de distintos países y organiza las dificultades en dimensiones individuales, educativas e institucionales. Esta síntesis amplía la comprensión del problema y brinda un punto de partida para futuras investigaciones orientadas al desarrollo de la competencia diagnóstica en estudiantes de Enfermería.

Conclusiones

De acuerdo con la literatura revisada, se concluye que las dificultades en el aprendizaje y uso de NANDA-I involucran factores individuales, educativos e institucionales, relacionados principalmente con el conocimiento teórico, la interpretación y priorización diagnóstica, los criterios de enseñanza y las condiciones para su aplicación en la práctica clínica. De este modo, la enseñanza de NANDA-I debe desarrollarse progresivamente durante la formación universitaria, haciendo uso de estrategias que favorezcan el razonamiento diagnóstico, el análisis de casos, la simulación y la práctica supervisada. Asimismo, resulta necesario uniformar los criterios de enseñanza y evaluación, fortalecer la integración de NANDA-I con NIC y NOC y favorecer condiciones institucionales que permitan aplicar el lenguaje estandarizado en los escenarios clínicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. May-Uitz S, Salas-Ortegón SC, Tun-González DT, Pacheco-Lizama JG, Colli-Novelo LB, Puch-Ku EB del S. Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes sobre el proceso de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2014 [citado el 25 de agosto de 2026];22(1):13-18. Disponible en: https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/149
2. Álvarez-Bolaños E, Cegueda-Benítez BE, Cuevas-Budhart MA, González-Jurado MA, Gómez del Pulgar-García Madrid M. Diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes mayores con úlceras por presión: estudio transversal. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2019 [citado el 25 de agosto de 2026];16(3):282-293. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.708>
3. Caballero E, Aguiar N, Alegría M, Díaz I, Chacón C, Hernández A, et al. Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el Proceso de Enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados* [Internet]. 2015 [citado el 25 de agosto de 2026];4(1):39-45. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v4i1.530>
4. Fennelly O, Grogan L, Reed A, Hardiker NR. Use of standardized terminologies in clinical practice: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics* [Internet]. 2021 [citado el 25 de agosto de 2026];149:104431. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104431>
5. Rannus K, Weir-Hughes D. Faculty experiences and perspectives of teaching standardised nursing language to nursing students: an ethnographic research study. *Proceedings of the Estonian Academy of Sciences* [Internet]. 2025 [citado el 25 de agosto de 2026];74(3):426-440. Disponible en: <https://doi.org/10.3176/proc.2025.3.13>
6. Yalcinkaya T, Ünsal E, Dönmez A, Cinar Yücel S. "I would like to use it more effectively..." nursing student's experiences with NANDA-I nursing terminology: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing* [Internet]. 2025 [citado el 25 de agosto de 2026];24:55. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02724-7>
7. Díaz Aguilar R, Amador Morán R, Alonso Uría RM, Campo González A, Mederos Dueñas M, Oria Saavedra M. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería: estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2015 [citado el 25 de agosto de 2026];12(1):36-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2014.12.001>

8. González-Alcantud B. Barreras para la aplicación de la metodología enfermera en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2022 [citado el 25 de agosto de 2026];33(3):151-162. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.12.002>
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [citado el 25 de agosto de 2026];372:n71. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
10. Alcaraz-Moreno N, Chávez-Acevedo AM, Sánchez-Betancourt EM, Amador-Fierros G, Godínez-Gómez R. Mirada del estudiante de enfermería sobre el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2015 [citado el 25 de agosto de 2026];23(2):65-74. Disponible en: https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/45
11. Sousa Freire VEC, Lopes MVO, Keenan GM, Dunn Lopez K. Nursing students' diagnostic accuracy using a computer-based clinical scenario simulation. *Nurse Education Today* [Internet]. 2018 [citado el 25 de agosto de 2026];71:240-246. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.001>
12. Muñoz-Astudillo MN, Rúas-Amaya YA, Barón-Castro MM. Uso de lenguaje estandarizado en prácticas formativas de enfermería. Pereira 2011-2015. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2019 [citado el 25 de agosto de 2026];16(1):59-70. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.1544>
13. Ardahan M, Ozsoy S, Simsek H, Savan F, Taskiran G, Konal E. The difficulties experienced by nursing students during the use of NANDA diagnoses in care management. *International Journal of Caring Sciences* [Internet]. 2019 [citado el 25 de agosto de 2026];12(2):1130-1138. Disponible en: https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/60_ardahan_original_12_2.pdf
14. İnangil D, Üzen Cura Ş. Nursing students' perceptions of nursing diagnoses and clinical decision-making. *Clinical and Experimental Health Sciences* [Internet]. 2020 [citado el 25 de agosto de 2026];10(2):131-136. Disponible en: <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.568335>
15. Özkan ÇG, Kurt Y, Biyık Bayram Ş, Bayrak B, Özkol Kılınc K. The effect of group focused case study on NANDA-I nursing diagnosis identification and perception in nursing students. *Clinical and Experimental Health Sciences* [Internet]. 2020 [citado el 25 de agosto de 2026];10(3):256-264. Disponible en: <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.630963>
16. Ojo IO, Elizabeth KO, Adejumo PO, Oyediran OO, Olaogun AA. Difficulties experienced in the use of North America Nursing Diagnosis International among nursing students in selected institutions in South West Nigeria. *Journal of Nursing & Patient Care* [Internet]. 2022 [citado el 25 de agosto de 2026];7(3). Disponible en: https://www.scitechnol.com/peer-review/difficulties-experienced-in-the-use-of-north-america-nursing-diagnosis-international-among-nursing-students-in-selected-institutio-vJ0r.php?article_id=18134
17. Wagner C, Cummins K, Dean M. Determining awareness of and readiness for standardized nursing languages in a mid-level midwestern hospital and associated school of nursing. *International Journal of Nursing Knowledge* [Internet]. 2025 [citado el 25 de agosto de 2026];36(4):357-373. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12487>
18. Rifa Ros R, Rodríguez Monforte M, Pérez Pérez I, Lamoglia Puig M, Costa Tutusaus L. Relación entre precisión diagnóstica y actitud frente a los diagnósticos de enfermería en estudiantes de grado. *Educación Médica* [Internet]. 2019 [citado el 25 de agosto de 2026];20(Supl 2):33-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.12.007>
19. Abed El-Rahman M, Al Kalaldeh MT, Malak MZ. Perceptions and attitudes toward NANDA-I nursing diagnoses: a cross-sectional study of Jordanian nursing students. *International Journal of Nursing Knowledge* [Internet]. 2017 [citado el 25 de agosto de 2026];28(1):13-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12100>
20. Park J, Jeong S. The analysis of nursing diagnoses determined by students for patients in rehabilitation units. *Journal of Exercise Rehabilitation* [Internet]. 2022 [citado el 25 de agosto de 2026];18(5):299-307. Disponible en: <https://doi.org/10.12965/jer.2244336.168>
21. Kurt E, Eskimez Z, Nazik E. Examination of nursing diagnosis skills of students receiving online education: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Knowledge* [Internet]. 2024 [citado el 25 de agosto de 2026];35(3):213-219. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12436>
22. Ríos Rodríguez M, Roque Marrero Y, Martínez Pérez R, Álvarez Blanco N. Principales deficiencias y dificultades de los docentes para lograr la habilidad proceso de atención de enfermería. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana* [Internet]. 2018 [citado el 25 de agosto de 2026];25(2):134-145. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemhab/cmh-2018/cmh182g.pdf>
23. Akkurt Yalcinturk A, Dissiz M, Kurt N. Nursing diagnoses of the patients who have been treated in acute psychiatry clinics in the recent year. *International Journal of Caring Sciences* [Internet]. 2018 [citado el 25 de agosto de 2026];11(3):1736-1742. Disponible en: https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/46_dissiz_original_11_3.pdf
24. Ibáñez-Alfonso LE, Fajardo-Peña MT, Cardozo-Ortiz CE, Roa-Díaz ZM. Planes de cuidados enfermeros de estudiantes de pregrado: comparación de dos modelos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* [Internet]. 2020 [citado el 25 de agosto de 2026];52(1):33-40. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n1-2020005>
25. Hashimoto M, Horiuchi S, Sisoulath A, Phanpaseuth S. Building consensus on critical thinking assessment tool for undergraduate nursing students in a socialist low-middle income country: a Delphi study. *Heliyon* [Internet]. 2023 [citado el 25 de agosto de 2026];9(4):e15086. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15086>
26. Jarvelainen M, Cooper S, Jones J. Nursing students' educational experience in regional Australia: reflections on acute events. A qualitative review of clinical incidents. *Nurse Education in Practice* [Internet]. 2018 [citado el 25 de agosto de 2026];31:188-193. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.06.007>

Telesalud y formación de psicólogos clínicos en México post-COVID-19

Telehealth and the Training of Clinical Psychologists in Post-COVID-19 Mexico

Nayeli Guadalupe De la Rosa Montealvo^I, María Eugenia Cervera Baas^{II}, Ruth Lizzeth Madera Sandoval^{III}

Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México); Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California (Baja California, México); Coordinación Clínica de Diagnóstico y Tratamiento, Hospital General de Zona No. 86, Instituto Mexicano del Seguro Social (Michoacán, México)

^IInstituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México)
<https://orcid.org/0009-0007-0299-7712>

^{II}Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México)
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California (Baja California, México)
<https://orcid.org/0000-0002-4889-2568>

^{III}Coordinación Clínica de Diagnóstico y Tratamiento, Hospital General de Zona No. 86, Instituto Mexicano del Seguro Social (Michoacán, México)
<https://orcid.org/0000-0002-6076-2993>

Resumen

Objetivo: Analizar la literatura científica y las experiencias formativas desarrolladas en México sobre la formación de psicólogos clínicos en telesalud, identificando las competencias y habilidades abordadas en las experiencias disponibles y contrastándolas con las competencias recomendadas por la literatura para la práctica profesional post-COVID-19. **Método:** Se realizó una revisión narrativa con búsqueda estructurada en Scopus, PubMed, SciELO, RedALyC y repositorios institucionales, considerando publicaciones entre 2020 y 2025 relacionadas con telesalud, formación clínica y competencias digitales. La búsqueda permitió identificar 18 documentos, de los cuales 2 estudios empíricos fueron seleccionados para el análisis específico de las experiencias de formación en telesalud en México. **Desarrollo y discusión:** El uso de la telesalud favoreció la continuidad de la atención psicológica durante y después de la pandemia, pero permitió identificar, al mismo tiempo, brechas en las competencias digitales, la supervisión clínica y los aspectos éticos. Las experiencias formativas evaluadas por los estudios se orientaron al desarrollo de competencias clínicas mediante recursos tecnológicos digitales y contemplaron diversas modalidades pedagógicas y de supervisión. **Conclusion:** En México existen iniciativas institucionales relevantes, aunque aisladas y poco estandarizadas. Se requiere fortalecer modelos formativos que integren formalmente la telesalud en la formación profesional.

Abstract

Objective: To analyze the scientific literature and training experiences developed in Mexico concerning the training of clinical psychologists in telehealth, identifying the competencies and skills addressed in the available experiences and contrasting them with the competencies recommended in the literature for professional practice in the post-COVID-19 context. **Methods:** A narrative review was conducted through a structured search of Scopus, PubMed, SciELO, RedALyC, and institutional repositories, considering publications from 2020 to 2025 related to telehealth, clinical training, and digital competencies. The search identified 18 documents, of which two empirical studies were selected for the specific analysis of telehealth training experiences in Mexico. **Results and discussion:** The use of telehealth facilitated the continuity of psychological care during and after the pandemic, while simultaneously revealing gaps in digital competencies, clinical supervision, and ethical considerations. The training experiences evaluated in the studies focused on the development of clinical competencies through digital technological resources and incorporated various pedagogical and supervision modalities. **Conclusions:** Relevant institutional initiatives exist in Mexico, although they remain isolated and insufficiently standardized. Training models that formally integrate telehealth into the professional education of clinical psychologists need to be strengthened.

Citar como:

De la Rosa Montealvo NG, Cervera Baas ME, Madera Sandoval RL. Telesalud y formación de psicólogos clínicos en México post-COVID-19. [Internet] Revista ISEO Journal. 2026. [Citado el...];3:47-52. <https://doi.org/10.63344/j3g1cy97>

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Telepsicología;
- Psicología Clínica;
- Competencia Clínica;
- Competencia Profesional;
- Educación a Distancia.

MeSH Terms

KEYWORDS

- Telepsychology;
- Psychology, Clinical;
- Clinical Competence;
- Professional Competence;
- Education, Distance.

Correspondencia:

Ruth Lizzeth Madera Sandoval
Coordinación Clínica de Diagnóstico y Tratamiento,
Hospital General de Zona No. 86, Instituto
Mexicano del Seguro Social, Uruapan, Michoacán

ruth.madera@iseo.edu.mx



ISEO JOURNAL®

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (+), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

La pandemia por COVID-19 aceleró la incorporación de tecnologías digitales en la prestación de servicios de salud mental y transformó las condiciones en las que se desarrollaba la atención psicológica. Antes de la emergencia sanitaria, la atención psicológica mediada por tecnologías presentaba una implementación limitada y, en numerosos contextos, se utilizaba principalmente como complemento de la atención presencial¹. Sin embargo, las restricciones a la movilidad y el aislamiento social derivados de la pandemia favorecieron una rápida expansión de esta modalidad como estrategia para mantener la continuidad de los servicios psicológicos².

En el caso de las poblaciones con barreras de acceso a la atención presencial, la modalidad psicológica a distancia adquirió especial importancia, particularmente para quienes se encontraban en comunidades alejadas o tenían dificultades para desplazarse. Durante las primeras etapas de la pandemia, el incremento de la demanda de atención psicológica estuvo acompañado por mayores necesidades relacionadas con el malestar emocional, el aislamiento, la pérdida de seres queridos y la incertidumbre^{3,4}. En este escenario, la rápida adopción de tecnologías digitales permitió identificar también limitaciones en la preparación de los psicólogos clínicos, principalmente en el manejo de herramientas digitales, la protección de datos personales y la construcción de la alianza terapéutica en espacios virtuales^{2,5}. Una vez superada la etapa más crítica de la emergencia sanitaria, la atención psicológica a distancia se mantuvo como una alternativa capaz de ampliar el acceso a los servicios de salud mental, particularmente para quienes enfrentan barreras geográficas o dificultades de movilidad².

La expansión acelerada de la atención psicológica mediada por tecnologías durante la pandemia ocurrió, en diversos contextos, sin que los profesionales contaran con capacitación suficiente, regulación específica o protocolos institucionales consolidados. Este contexto planteó diversos desafíos en materia de infraestructura tecnológica, competencias profesionales, comunicación clínica y atención de situaciones de riesgo⁵. De igual manera, se observaron dificultades para acceder y utilizar dispositivos tecnológicos, particularmente en algunos grupos de población, junto con limitaciones asociadas a la supervisión y retroalimentación de los profesionales^{1,6}. Los aspectos señalados pusieron de manifiesto que integrar tecnologías en la práctica psicológica implica más que la transferencia de la atención presencial a un entorno virtual.

El uso de tecnologías para la atención psicológica contribuyó a garantizar la continuidad de los servicios ante situaciones relacionadas con la ansiedad, la depresión, la angustia y los conflictos interpersonales derivados del confinamiento¹. Además, favoreció una mayor cobertura de los servicios entre poblaciones que podrían haber quedado desatendidas durante la emergencia sanitaria^{1,7}. A pesar de ello, la atención psicológica en contextos virtuales presenta requerimientos específicos en materia de comunicación, relación terapéutica, confidencialidad, protección de datos y desempeño profesional. De acuerdo con la literatura, resulta fundamental que los profesionales desarrollen competencias que favorezcan el uso adecuado de las tecnologías y la adaptación de sus habilidades clínicas al contexto de la atención a distancia^{7,8}.

En este marco, la preparación profesional de los psicólogos clínicos se configura como un componente esencial para favorecer una práctica adecuada de la tele salud. El desarrollo de competencias digitales debe articularse con las competencias clínicas y terapéuticas necesarias para establecer y mantener la relación profesional, realizar intervenciones psicológicas y responder a las particularidades del entorno virtual. Las experiencias formativas mediadas por tecnologías digitales ponen de manifiesto la posibilidad de fortalecer determinadas competencias clínicas; no obstante, también permiten reconocer la necesidad de continuar desarrollando modelos formativos que contemplen entrenamiento sistemático y supervisión clínica⁹.

En México, resulta particularmente relevante analizar qué competencias y habilidades se están incorporando en las experiencias de formación en tele salud y en qué medida estas corresponden con las recomendaciones de la literatura especializada. Aunque la evidencia disponible comprende experiencias formativas con distintas modalidades pedagógicas y grados de acompañamiento, todavía resulta limitada la información empírica relacionada con la preparación integral de los psicólogos

clínicos para desarrollar un ejercicio profesional mediado por tecnologías. Los estudios efectuados en el contexto mexicano comprenden, en su mayoría, experiencias piloto orientadas al desarrollo de competencias clínicas; situación que limita la posibilidad de determinar la existencia de un modelo formativo estandarizado. En la revisión realizada, únicamente dos de los 18 documentos identificados fueron seleccionados para analizar específicamente las experiencias formativas en tele salud desarrolladas en México; las fuentes restantes se utilizaron como sustento teórico, contextual, metodológico o normativo.

Ante esta situación, resulta necesario integrar la evidencia disponible sobre las experiencias formativas en tele salud desarrolladas en México y contrastarla con las competencias recomendadas para la práctica profesional post-COVID-19. Este análisis permite reconocer los avances existentes, así como las principales brechas y necesidades de formación en competencias clínicas, digitales, éticas y profesionales. En este sentido, el objetivo de la presente revisión narrativa con búsqueda estructurada fue analizar la literatura científica y las experiencias formativas desarrolladas en México sobre la formación de psicólogos clínicos en tele salud, identificar las competencias y habilidades abordadas en las experiencias disponibles y contrastarlas con las competencias recomendadas en la literatura para la práctica profesional post-COVID-19, con la finalidad de identificar avances, brechas y necesidades de formación en esta área.

Metodología

Diseño de estudio

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa con búsqueda estructurada de la literatura científica, orientada a proporcionar una visión contextual y crítica sobre la formación de psicólogos clínicos en tele salud. Este tipo de revisión permitió integrar estudios teóricos, empíricos y experiencias institucionales relevantes que contribuyan a un análisis interpretativo de nuevos avances, brechas y tendencias de la literatura científica^{6,7}.

Se emplearon los lineamientos de la declaración PRISMA 2020 como guía para transparentar el proceso de identificación, selección e inclusión de los estudios.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scopus, PubMed, SciELO y RedALyC, seleccionadas por su relevancia en el ámbito de la psicología, la salud y la educación superior. Adicionalmente, se consultaron repositorios académicos institucionales para identificar experiencias formativas documentadas en México.

Se utilizaron términos en español e inglés relacionados con el objeto de estudio, entre ellos: "Telemedicina", "Psicología Clínica", "Competencia Clínica", "Competencia Profesional", "Educación a Distancia", "COVID-19" y "México". Los términos se combinaron mediante operadores booleanos AND y OR y las estrategias se adaptaron a las características de cada fuente consultada. La búsqueda se realizó hasta diciembre del 2025.

Criterios de inclusión y exclusión

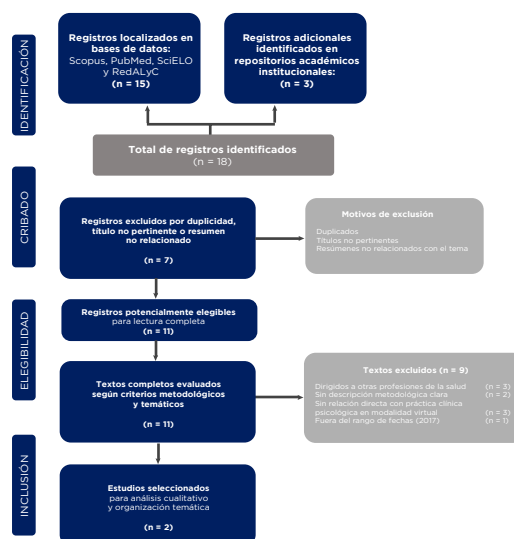
Se incluyeron publicaciones académicas relacionadas con la tele salud y la formación de psicólogos clínicos, publicadas entre 2020 y 2025 y disponibles en texto completo en español o inglés. Para el análisis específico de las experiencias formativas mexicanas se consideraron únicamente estudios empíricos sobre programas, entrenamientos, cursos, modelos educativos o estrategias de supervisión implementados en México durante el periodo establecido. Las publicaciones anteriores a 2020 y las fuentes de carácter teórico, normativo o institucional se utilizaron exclusivamente como antecedentes, sustento conceptual o marco de referencia para el análisis, por lo que no formaron parte de la síntesis de experiencias formativas mexicanas.

Se excluyeron los estudios dedicados exclusivamente a otras profesiones de la salud, junto con los documentos sin relación directa con la práctica psicológica clínica mediada por tecnologías y los reportes cuya información no resultaba suficiente para cumplir con el objetivo de la revisión.

Selección de los Estudios

La búsqueda identificó 18 documentos potencialmente pertinentes. Tras el proceso de depuración y evaluación de elegibilidad, dos estudios empíricos publicados en México cumplieron los criterios establecidos para el análisis específico de experiencias de formación en telepsicología. Las fuentes restantes se utilizaron como sustento teórico, contextual, metodológico o normativo de la revisión narrativa. El proceso de identificación y selección de las fuentes se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios sobre la formación de psicólogos clínicos en telepsicología en México



Desarrollo y discusión

La revisión bibliográfica permitió identificar un total de 18 documentos, de los cuales 2 estudios empíricos publicados en 2023 cumplieron con los criterios establecidos para su inclusión y fueron finalmente seleccionados para el análisis específico de las experiencias de formación en telepsicología en México. Los estudios empíricos seleccionados evaluaron intervenciones formativas orientadas a estudiantes avanzados y egresados de Psicología que se centraban en el desarrollo de competencias clínicas mediante modalidades de formación mediadas por tecnologías digitales. Las principales características que abarcan aspectos metodológicos y contextuales de los estudios seleccionados se encuentran categorizadas y agrupadas en la Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de los estudios incluidos sobre formación de psicólogos clínicos en telepsicología en México

Autor/año	Título del estudio	Diseño	Población/muestra	Contexto de formación	Objetivo del estudio	Evaluación principal
De la Rosa-Gómez et al., 2023 ⁹	Entrenamiento autogestivo para el desarrollo de competencias clínicas transdiagnósticas en telepsicología: estudio piloto	Estudio piloto, preexperimental, con evaluación pre-post	Estudiantes del último semestre de Psicología; 12 participantes que concluyeron satisfactoriamente el entrenamiento	Formación de competencias clínicas para telepsicología	Diseñar y evaluar un entrenamiento piloto autogestivo vía internet, así como valorar la percepción, usabilidad y competencias clínicas transdiagnósticas	Percepción del contenido, usabilidad y competencias clínicas en una sesión simulada antes y después del entrenamiento
Caballero-Suárez et al., 2023 ¹¹	Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto	Estudio piloto, preexperimental, con evaluación pre-post	6 estudiantes avanzados y egresados de Psicología en formación como terapeutas cognitivo-conductuales	Formación y supervisión clínica en contextos hospitalarios	Evaluar el efecto de un programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea sobre las habilidades clínicas	Conocimientos teóricos y habilidades clínicas mediante instrumentos de evaluación, autorregistro y observación de juego de roles

Programas y experiencias de formación en telepsicología en México

En el ámbito mexicano se identificaron experiencias formativas en el desarrollo de competencias clínicas para la atención psicológica mediada por tecnologías. Se identificaron dos estudios que corresponden a la descripción de programas con diferentes características pedagógicas (programa autogestivo frente a un programa que se basa en entrenamiento y telesupervisión clínica). La Tabla 2 condensa las modalidades, contenidos formativos y resultados.

Tabla 2. Programas y experiencias de formación en telepsicología en México.

Autor/año	Programa o experiencia formativa	Modalidad	Duración/estructura	Competencias y contenidos formativos	Resultados formativos
De la Rosa-Gómez et al., 2023 ⁹	Entrenamiento autogestivo para el desarrollo de competencias clínicas transdiagnósticas en telepsicología	Autogestiva, vía internet mediante Moodle	5 módulos	Modelo transdiagnóstico; trastornos emocionales; intervención transdiagnóstica; competencias clínicas en intervención en línea; aspectos éticos, perspectiva de género y derechos humanos	Se observaron incrementos significativos en las competencias clínicas evaluadas. La aplicación de técnicas cognitivo-conductuales fue la única habilidad que no mostró cambio estadísticamente significativo.
Caballero-Suárez et al., 2023 ¹¹	Programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios	Formación y telesupervisión mediante videoconferencia	12 semanas; 50 horas; actividades teóricas, prácticas, clínicas y de supervisión	Relación terapéutica; entrevista inicial; formulación de caso; psicodiagnóstico; plan de tratamiento; técnicas cognitivo-conductuales; supervisión clínica	Se observaron mejoras en conocimientos y habilidades clínicas, con efectos grandes en diversas habilidades terapéuticas y efectos moderados en otras dimensiones clínicas.

Los programas compartieron tres características:

1. Se implementaron en etapas avanzadas de la formación profesional, incluyendo estudiantes de los últimos semestres de la Licenciatura en Psicología y egresados.
2. Utilizaron modalidades de formación mediadas por tecnologías digitales, aunque con diferentes niveles de acompañamiento.
3. Evaluaron competencias clínicas mediante mediciones antes y después de la intervención.

También se encontraron diferencias respecto al enfoque pedagógico aplicado. El entrenamiento evaluado por De la Rosa-Gómez et al.⁹, de tipo autogestivo y estructurado en cinco módulos mediante la plataforma Moodle, incorporó recursos digitales, actividades y autoevaluaciones, sin supervisión clínica continua. Los resultados mostraron mejoras significativas en las competencias clínicas evaluadas; sin embargo, la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales fue la única habilidad que no presentó un cambio estadísticamente significativo, lo que sugiere la necesidad de mayor práctica y entrenamiento sistemático para el desarrollo de habilidades clínicas complejas. Por su parte, Caballero-Suárez et al.¹¹ utilizaron un programa de entrenamiento y telesupervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales, en el que se emplearon actividades prácticas y técnicas de juego de roles. Los resultados mostraron mejoras en diversas habilidades clínicas, entre ellas la intervención, la colaboración, el cierre, la obtención de retroalimentación y el manejo del tiempo.

Síntesis de las competencias y habilidades técnicas y clínicas

Con base en la literatura revisada se destaca que la telesalud trascendió un cambio de formato e implicó una transformación integral en la manera de evaluar, intervenir y establecer la relación terapéutica, puesto que para ejercer la psicología clínica de manera virtual se requiere de profesionales que cuenten con competencias y habilidades técnicas y clínicas que garanticen la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes⁹.

En la Tabla 3 se describen las competencias técnicas requeridas para el dominio de herramientas y plataformas digitales en telepsicología, incluyendo el conocimiento y manejo de software de videoconferencia, sistemas de gestión de usuarios y recursos digitales que resulten en una intervención psicológica efectiva. En ese marco, para una comunicación virtual efectiva, se contempló el uso correcto del lenguaje verbal y no verbal junto con la confidencialidad y protección de datos personales obtenidos durante las sesiones virtuales¹². La falta de capacitación en dichos aspectos ha conllevado un aumento en el riesgo de fallas técnicas y vulneraciones de la confidencialidad, lo que suele afectar la adherencia terapéutica y la confianza del paciente. En estudiantes de psicología, se ha identificado la eficacia de formarse en competencias clínicas transdiagnósticas para telepsicología, resultando en mejoras importantes respecto a habilidades como el establecimiento de una agenda, la retroalimentación, la colaboración y el descubrimiento guiado⁹. Sin embargo, la capacitación en aspectos técnicos como el manejo de plataformas, el cifrado de datos o la seguridad informática, no han sido objeto de evaluación en este tipo de enseñanza, aunque la literatura especializada ha reconocido su importancia en este campo.

Tabla 3. Comparación de las competencias y habilidades abordadas en México con las recomendadas por la literatura para la práctica de la telesalud en psicología clínica

Dimensión de competencia	México: estudios incluidos	Literatura: competencias recomendadas	Brecha identificada en México
Competencias técnicas y digitales	Los dos programas utilizaron tecnologías digitales como medio de formación; sin embargo, no evaluaron directamente el dominio de plataformas, resolución de problemas tecnológicos, seguridad informática o protección técnica de datos.	Manejo competente de tecnologías y plataformas utilizadas en telepsicología, considerando aspectos técnicos, comunicación virtual y seguridad de la información ^{7,13} .	Las competencias digitales específicas no fueron evaluadas directamente en los estudios seleccionados.

Competencias clínicas y terapéuticas	Ambos estudios abordaron competencias clínicas. De la Rosa Gómez et al. evaluaron, entre otras, establecimiento de agenda, retroalimentación, comprensión, colaboración, manejo del tiempo, descubrimiento guiado y estrategias para el cambio. Caballero-Suárez et al. evaluaron intervención, conceptualización, diagnóstico y tratamiento, personalización y conducta profesional ^{9,11} .	Adaptación de las competencias clínicas y de la relación terapéutica al contexto mediado por tecnología, incluyendo comunicación, establecimiento de alianza terapéutica e intervención psicológica ^{7,13} .	Es la dimensión más desarrollada en los estudios mexicanos, aunque las competencias evaluadas difieren entre programas y no existe un conjunto común de criterios.
Evaluación psicológica	La evaluación de los dos programas se concentró principalmente en competencias y habilidades clínicas; la evaluación psicológica a distancia no constituyó un componente central de los programas analizados ^{9,11} .	Adaptación de procedimientos e instrumentos de evaluación al entorno digital, considerando su validez, confiabilidad, condiciones de aplicación y características del contexto remoto ^{12,13,14} .	Brecha importante: no se identificó una evaluación específica de competencias para realizar evaluación psicológica a distancia.
Competencias éticas y legales	De la Rosa Gómez et al. incorporaron contenidos relacionados con aspectos éticos, género y derechos humanos; Caballero-Suárez et al. abordaron conducta profesional ^{9,11} .	Confidencialidad, consentimiento informado, protección de datos personales, cumplimiento de marcos legales, límites profesionales y manejo de situaciones de riesgo en línea ^{15,16,17} .	Existe cobertura parcial, pero no evidencia suficiente sobre la evaluación sistemática de estas competencias como resultados formativos.
Comunicación y relación terapéutica en línea	Los estudios incluyeron habilidades como comprensión, colaboración, retroalimentación, cierre y manejo del tiempo ^{9,11} .	Adaptación de la comunicación verbal y no verbal, construcción y mantenimiento de la relación terapéutica y uso adecuado de la tecnología durante la interacción clínica ^{7,13} .	Hay componentes abordados, pero no se evaluó de manera específica la adaptación de la relación terapéutica a las particularidades del medio virtual.
Telesupervisión y desarrollo profesional	Caballero-Suárez et al. incorporaron entrenamiento y telesupervisión clínica; De la Rosa Gómez et al. emplearon un modelo autogestivo sin supervisión clínica continua ^{9,11} .	Desarrollo progresivo de competencias mediante formación, supervisión, retroalimentación y práctica profesional mediada por tecnología ^{16,17,18} .	Existen experiencias iniciales de telesupervisión, pero la evidencia disponible no permite establecer un modelo formativo estandarizado.

Las actitudes entre psicólogos en formación y profesionistas respecto a las intervenciones que requieren la tecnología han sido por lo general positivas, aunque persiste un bajo conocimiento y uso de estas herramientas, sobre todo en estudiantes. Esta disposición a favor se ha encontrado asociada con el acceso tecnológico, la familiaridad con dispositivos digitales, la apertura a nuevos tratamientos, la experiencia clínica y el grado académico. En cuanto a la guía cognitivo-conductual y sistémica se han mostrado actitudes más positivas, mientras que el enfoque humanista-existencial y otras posturas han sido vinculadas con percepciones menos favorables. Estos hallazgos coincidieron en que incorporar la formación en intervenciones digitales en los currículos de psicología es necesario para reducir barreras como el desconocimiento y la falta de capacitación¹³.

La evaluación psicológica aplicada a la telepsicología ha tenido avances importantes, pero aún es incipiente en cuanto a la adaptación de procedimientos y herramientas válidas y confiables para su uso en el entorno digital, por lo que su estudio ha cobrado especial relevancia, utilizando pruebas estandarizadas en formato virtual, considerando factores contextuales como la conectividad del paciente y el entorno de la sesión, así como la capacidad del psicólogo para interpretar la información de manera adecuada. De modo que, es un desafío particular garantizar que la evaluación virtual conserve la validez diagnóstica^{12,19,14}.

Los nuevos retos éticos y legales que ha planteado el entorno virtual son materia de la cual los psicólogos clínicos deben tener conocimiento^{15,20,21}. Entre estos retos, está la confidencialidad de la información, que implica la obtención del consentimiento informado en formato digital, la gestión adecuada de los datos personales y el cumplimiento de los marcos legales vigentes en cada país^{20,22}. De igual manera, el abordaje de situaciones de riesgo o crisis en línea a fin de intervenir oportunamente en casos de ideación suicida o violencia doméstica a través de protocolos claros y si fuera necesario, derivar a servicios presenciales^{20, 16}. Por último, la capacitación y actualización constante para garantizar una práctica segura y responsable en telepsicología, dado que sin esta preparación los profesionales pueden enfrentar riesgos legales y éticos que comprometan tanto la calidad de la atención como su credibilidad profesional^{6,11,22}.

Formación académica, telesupervisión y desarrollo de habilidades

De la Rosa-Gómez et al.⁹ indicaron que para la formación en competencias clínicas de telepsicología se requieren estrategias pedagógicas innovadoras, como programas de entrenamiento autogestivo y simulaciones en entornos digitales, los cuales deben permitir a estudiantes y profesionales desarrollar destrezas prácticas de manera flexible. Esta clase de entrenamiento ha demostrado su efectividad para mejorar las competencias terapéuticas generales y específicas en estudiantes de psicología, pero aún hacen falta estudios adicionales que evalúen su impacto en resultados clínicos reales.

En la formación práctica de los estudiantes, la supervisión remota de las prácticas preprofesionales se estableció como una estrategia efectiva que permitió el intercambio sincrónico y el seguimiento de las entrevistas desarrolladas mediante telepsicología. En ese sentido, la adaptación de los dispositivos de supervisión, evaluación y encuadre de trabajo, así como de los desafíos vinculados a la accesibilidad tecnológica, la capacitación docente y la garantía de confidencialidad en entornos virtuales adquirieron especial relevancia en este campo¹⁶.

Lecciones aprendidas y propuestas

Como consecuencia de la pandemia por COVID-19, la telepsicología se convirtió en un componente relevante de la práctica psicológica, aplicándose de manera desigual y mayormente reactiva, lo que reveló limitaciones estructurales en los programas académicos de psicología¹⁷.

En México, el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) de la UNAM, manifestó resultados favorables en el desarrollo de competencias clínicas en estudiantes de psicología a distancia haciendo uso de prácticas supervisadas con tecnología²². Sin embargo, la evidencia disponible todavía es limitada y no permite establecer conclusiones definitivas sobre la efectividad de estos modelos. No obstante, tanto De la Rosa-Gómez et al.⁸ como Rojas-Jara et al.¹⁷ coincidieron en señalar que, aunque existen iniciativas institucionales valiosas, la formación en telepsicología aún no es parte estandarizada de los planes de estudio y su implementación se ha impulsado de manera irregular, a menudo como respuesta a necesidades coyunturales, como la pandemia por COVID-19, más que como resultado de una política nacional estructurada y sistemática en materia de telepsicología mental.

La comparación del panorama mexicano con el de otros países latinoamericanos y europeos, evidenció que la implementación de la telepsicología en la formación profesional sigue un proceso desigual. A diferencia de las experiencias observadas en Uruguay durante la pandemia, donde se implementaron estrategias de enseñanza remota mediante un entorno virtual de aprendizaje¹⁶, en México la formación ha incorporado modelos piloto de telesupervisión y entrenamiento clínico digital^{22,23}.

En Chile, la mayor parte de los planes de estudio no cuenta con formación específica en esta modalidad¹⁷, mientras que en México, experiencias exitosas como el CAPED de la UNAM, la práctica supervisada en telepsicología ha demostrado su efectividad para la adquisición de competencias clínicas²³. No obstante, a nivel general su incorporación curricular en Latinoamérica continúa siendo incipiente y dependiente de iniciativas aisladas, sobre todo en lugares cuya infraestructura tecnológica es deficiente o con acceso limitado a internet, la implementación de intervenciones basadas en evidencia se ha enfrentado a dificultades que perpetúan las desigualdades en formación y atención psicológica^{21,18}.

Entre las principales limitaciones de la evidencia empírica analizada se encuentran el reducido tamaño de las muestras, la ausencia de grupos control, el predominio de medidas de autoinforme y la heterogeneidad de los instrumentos utilizados para evaluar competencias. Además, únicamente se identificaron dos estudios empíricos mexicanos que cumplieron los criterios establecidos para el análisis específico de experiencias formativas, lo cual limita la generalización de los hallazgos y no permite caracterizar de manera exhaustiva el estado de la formación en telepsicología en México. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como una aproximación al panorama documentado en la literatura disponible.

En otros contextos, se han registrado experiencias favorables relacionadas con la incorporación de la telepsicología en la formación profesional. Colón Llamas et al.²⁴ encontraron que, durante las prácticas clínicas de estudiantes de Psicología en un centro universitario colombiano, la atención a distancia contribuyó al fortalecimiento de habilidades clínicas y al establecimiento del vínculo terapéutico. Por su parte, Dopp et al.²⁵ señalaron que el desarrollo de competencias en telepsicología puede verse favorecido cuando los estudiantes cuentan con acompañamiento durante su formación y este aprendizaje se integra a los distintos componentes del programa académico.

Los hallazgos también sugirieron que la telesupervisión y los modelos de entrenamiento digital son buenas estrategias para la formación clínica, sobre todo en lugares donde el acceso a prácticas presenciales es difícil, aunque su implementación depende de iniciativas institucionales aisladas y no de un marco curricular nacional. Sumado a ello, el acceso a tecnología, conectividad, alfabetización digital, y la seguridad y confidencialidad de los datos, así como la necesidad de abordar aspectos tecnológicos y sociales dificultan su implementación equitativa²¹.

En conjunto, la evidencia revisada sugiere que los programas de formación en telepsicología pueden contribuir al desarrollo de competencias clínicas; sin embargo, la evidencia empírica disponible en México continúa siendo limitada. Se requieren estudios con diseños metodológicos más robustos, criterios estandarizados para evaluar competencias y mayor atención a la formación de supervisores, las competencias digitales y los aspectos éticos y legales de la práctica profesional mediada por tecnologías.

Conclusiones

La literatura revisada permite señalar que la formación de psicólogos clínicos para la práctica de la telepsicología en México se encuentra en una etapa inicial. Los estudios incluidos reportan resultados favorables en el desarrollo de competencias clínicas, particularmente en intervención y relación terapéutica; no obstante, la limitada cantidad de investigaciones, el tamaño reducido de las muestras y el predominio de diseños piloto o preexperimentales restringen la generalización de estos hallazgos. Asimismo, la literatura evidencia brechas en competencias digitales, evaluación psicológica a distancia, adaptación de la relación terapéutica al entorno virtual y aspectos éticos y legales. En conjunto, los estudios revisados no permiten identificar todavía un modelo formativo estandarizado en telepsicología en México, sino diversas iniciativas institucionales con distintos niveles de desarrollo.

De acuerdo con las necesidades identificadas en la literatura, se considera pertinente continuar desarrollando investigaciones con muestras más amplias y diseños metodológicos sólidos, así como criterios e instrumentos homogéneos que faciliten la comparación entre programas. También resulta necesario profundizar en la

formación relacionada con tecnologías y plataformas digitales, seguridad informática, protección de datos, evaluación psicológica a distancia, relación terapéutica virtual y telesupervisión.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- Argüero Fonseca A, Figueroa Varela M del R, López Beltrán I. Experiencias de un grupo telepsicoterapéutico durante la pandemia COVID-19. *Psicumex* [Internet]. 2021 [citado el 11 de mayo de 2026];1(1):1-32. Disponible en: <https://doi.org/10.36793/psicumex.v1i1.423>
- Argüero F, Aguirre D, Reynoso O, Girón M, Espinoza I, Sierra M. Impacto de la telepsicología en la satisfacción de la atención a pacientes con Covid-19. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2021 [citado el 11 de mayo de 2026];29(3):e293325. Disponible en: <https://doi.org/10.48102/pi.v29i3.325>
- González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity* [Internet]. 2020 [citado el 11 de mayo de 2026];87:172-176. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Flores-Plata LA, De la Rosa-Gómez A, Díaz-Sosa D, Valencia-Meléndez P, Hernández-Posadas A. Commentary: The psychological and social impact of COVID-19: New perspectives of well-being. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];13:953147. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.953147>
- Romero Guzmán FA, Solano León EJ, Osorio Ospina HE. Transformación digital de la atención psicológica: estado actual de la telepsicología en Colombia. *Psicoespacios* [Internet]. 2023 [citado el 11 de mayo de 2026];17(31):1-20. Disponible en: <https://doi.org/10.25057/21452776.1509>
- Ríos C, Córdoba V. Percepción de barreras en la telepsicología en personas mayores, usuarios de dos consultorios psicológicos comunitarios. *Psicoespacios* [Internet]. 2024 [citado el 11 de mayo de 2026];18(33). Disponible en: <https://doi.org/10.25057/21452776.1541>
- Acero PD, Kabbas K, Caycedo C, Figueroa P, Patrick G, Martínez M. Telepsicología: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable [Internet]. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Psicología; 2020 [citado el 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://editorial.ascopsi.org.co/product/telepsicologia-sugerencias-para-la-formacion-y-el-desempeno-profesional-responsable/>
- De la Rosa-Gómez A, Waldehrr K. Editorial: Highlights in digital mental health 2021/22. *Frontiers in Digital Health* [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];4:1093375. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1093375>
- De la Rosa-Gómez A, Díaz-Sosa DM, Flores-Plata LA, Lojero-Ruaro A, Romero-Martínez E. Entrenamiento autogestivo para el desarrollo de competencias clínicas transdiagnósticas en telepsicología: estudio piloto. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México* [Internet]. 2023 [citado el 11 de mayo de 2026];12(32):29-54. Disponible en: <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/21715>
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2021 [citado el 25 de abril de 2026];74(9):790-799. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Caballero-Suárez NP, Gálvez-Hernández CL, Huerta-Barrientos C, Monroy-Ortiz IC, Sánchez-Ramos SM, Sánchez-Sosa JJ. Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto. *Psicología y Salud* [Internet]. 2023 [citado el 11 de mayo de 2026];33(2):427-439. Disponible en: <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2825>
- American Psychological Association. Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist* [Internet]. 2013 [citado el 11 de mayo de 2026];68(9):791-800. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- De la Rosa-Gómez A, Bautista-Valerio E, Flores-Elvira AI, Miranda-Díaz GA. Actitudes de estudiantes y docentes de psicología ante el uso de tecnologías en las intervenciones clínicas. *Tesis Psicológica* [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];17(2):146-164. Disponible en: <https://doi.org/10.37511/tesis.v17n2a8>
- Hewitt KC, Loring DW. Emory University telehealth neuropsychology development and implementation in response to the COVID-19 pandemic. *The Clinical Neuropsychologist* [Internet]. 2020 [citado el 11 de mayo de 2026];34(7-8):1352-1366. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1791960>
- Batastini AB, Guyton MR, Bernhard PA, Folk JB, Knuth SB, Kohutis EA, et al. Recommendations for the use of telepsychology in psychology-law practice and research: a statement by American Psychology-Law Society (APA Division 41). *Psychology, Public Policy, and Law* [Internet]. 2023 [citado el 11 de mayo de 2026];29(3):255-271. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/law0000394>
- Bagnato-Núñez MJ, Córdoba-Wolman J, Barbosa-Molina E, Gonella-Bonomi A. Formación en Psicología en contexto de pandemia: adaptaciones metodológicas necesarias. *Revista Saberes Educativos* [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];(9):95-121. Disponible en: <https://doi.org/10.5354/2452-5014.2022.67537>
- Rojas-Jara C, Polanco-Carrasco R, Caycho-Rodríguez T, Muñoz-Vega C, Muñoz-Marabolí M, Luna-Gómez T, et al. Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos de Covid-19. *Interamerican Journal of Psychology* [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];56(2):e1733. Disponible en: <https://doi.org/10.30849/ripij.v56i2.1733>
- De la Rosa A, Moreyra L, De la Rosa N. Intervenciones efectivas vía internet para la salud emocional en adolescentes: una propuesta ante la pandemia por COVID-19. *Hamut'ay* [Internet]. 2020 [citado el 11 de mayo de 2026];7(2):18-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7542510>
- Marra DE, Hamlet KM, Bauer RM, Bowers D. Validity of teleneuropsychology for older adults in response to COVID-19: a systematic and critical review. *The Clinical Neuropsychologist* [Internet]. 2020 [citado el 11 de mayo de 2026];34(7-8):1411-1452. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1769192>
- Graue Wiechers EL, Dávila Aranda PD, Peñalosa Castro I, Muñiz Arzate R, Montoya Ayala R, Ferrer Trujillo RI, et al. CAOPE - Centro de apoyo y orientación para estudiantes [Internet]. [citado el 11 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://www.psicoterapiacognitivoconductual.com.mx/libros/caope/>
- Ibarra-Peso J, Hechenleitner-Carvallo M, Zúñiga-San Martín C, Avendaño-Veloso A, Sepúlveda-Valenzuela E. Dimensiones asociadas a competencias en telemedicina y telesalud en profesionales de la salud: revisión exploratoria. *Medwave* [Internet]. 2025 [citado el 11 de mayo de 2026];25(3):e3003. Disponible en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2025.03.3003>
- De la Rosa-Gómez A. La práctica supervisada mediada por tecnología como escenario para la enseñanza de competencias clínicas. *Hamut'ay* [Internet]. 2017 [citado el 11 de mayo de 2026];4(1):75-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v4i1.1396>
- Flores-Elvira AI, De la Rosa-Gómez A, Flores-Plata LA, Mares-Portillo A, González-Méndez C. Articulación docente-aprendiz a través de la práctica supervisada: el caso del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED). En: Morocho M, director. Vinculación: ¿una respuesta efectiva a las necesidades de la sociedad? [Internet]. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja; 2023 [citado el 11 de mayo de 2026]. p. 402-428. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/372910548_Articulacion_docente-aprendiz_a_traves_de_la_practica_supervisada_el_caso_del_Centro_de_Apoyo_Psicologico_y_Educativo_a_Distancia_CAPED
- Colón Llamas T, Escobar Altare A, Ramírez Castro MF, Bermúdez Jaimes ME, López Sánchez MC, Castellanos Urrego SG. Telepsicología en un centro de atención psicológica universitario durante el COVID-19. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2022 [citado el 11 de mayo de 2026];21:1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy21.tcsp>
- Dopp AR, Mapes AR, Wolkowicz NR, McCord CE, Feldner MT. Incorporating telehealth into health service psychology training: a mixed-method study of student perspectives. *Digital Health* [Internet]. 2021 [citado el 11 de mayo de 2026];7:2055207620980222. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2055207620980222>



ISEO[®]
JOURNAL

ISSN: 3061-8878

