

# PAPELES DEL PSICÓLOGO

## PSYCHOLOGIST PAPERS

DECIMOTERCERA EVALUACIÓN DE TEST EDITADOS EN ESPAÑA



PSICOLOGÍA CLÍNICA EN AP. TERRORISMO Y TEPT · ALTERACIONES  
NEUROPSICOLÓGICAS EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO · REGULACIÓN  
EMOCIONAL EN LOS TP · LA MUERTE COMO DEADLINE EXISTENCIAL ·  
PSICOLOGÍA Y TARDOFRANQUISMO · MARCADOR PRECLÍNICO DE DEMENCIA

**Ámbito:** Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers es una revista científico-profesional, cuyo objetivo es publicar revisiones, meta-análisis, soluciones, descubrimientos, guías, experiencias y métodos de utilidad para abordar problemas y cuestiones que surgen en la práctica profesional de cualquier área de la psicología. Se ofrece también como foro para contrastar opiniones y fomentar el debate sobre enfoques o cuestiones que suscitan controversia. Los autores pueden ser académicos o profesionales, y se incluyen tanto trabajos por invitación o recibidos de manera tradicional. Todas las decisiones se toman mediante un proceso de revisión anónimo y riguroso, con el fin de asegurar que los trabajos reflejan los planteamientos y las aplicaciones prácticas más novedosas.

**Scope:** Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers is a scientist-practitioner journal, whose goal is to offer reviews, meta-analyses, solutions, insights, guidelines, lessons learned, and methods for addressing the problems and issues that arise for practitioners of every area of psychology. It also offers a forum to provide contrasting opinions and to foster thoughtful debate about controversial approaches and issues. Authors are academics or practitioners, and we include invited as well as traditional submissions. All decisions are made via anonymous and rigorous peer review process, to ensure that all material reflects state-of-the-art thinking and practices.

# Sumario

## Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

### Artículos

150. Decimotercera Evaluación de Test Editados en España  
*Sergio Escorial Martín*
162. La Psicología Clínica en Atención Primaria: Integrando la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención  
*Gema Quesada Milena, Rebeca Bohórquez Martínez, Candela Navarro Hernández y Manuel Espinosa Sánchez*
169. Una Revisión Sistemática de la Investigación Española sobre Terrorismo y Trastorno de Estrés Posttraumático: el Impacto de los Atentados Terroristas del 11-M  
*Ana Sanz-García*
181. Alteraciones Neuropsicológicas en Mujeres Víctimas de Violencia de Género: una Revisión Sistemática  
*Carolina Vivas Trussi y Almudena Iniesta Martínez*
189. Revisión Sistemática Sobre las Dificultades de Regulación Emocional en los Trastornos de la Personalidad  
*Carlota Roger Guerra, Marta Sáez Carnerero, Roberto García Sánchez y Adelia de Miguel Negredo*
207. La Muerte como Deadline Existencial: Hacia una Psicoterapia Basada en la Filosofía y la Ciencia Contextual  
*Juanjo Macías, Pedro Naranjo Cobo y Alejandro G. J. Peña*
214. Psicología y Tardofranquismo (1968-1975)  
*Juan Carlos Duro Martínez*
223. Deterioro Cognitivo Subjetivo como Marcador Preclínico de Demencia: una Revisión Teórica y Marco Conceptual de Estudios Longitudinales en Adultos Mayores  
*Vanesa Pérez, Daniela Batallas, Vanesa Hidalgo y Alicia Salvador*

### Revisión de Libros

232. Julio César Ossa, Ana María Jacó-Vilela, & Jean Nikola Cudina (Eds.), (2025). *Professional Training of Psychologists: Dialogues of Cultural Psychology from Latin America to the World*. Springer.
235. Jenny Moix (2026). *Olvidate de ti: Vive desde el centro [Forget About Yourself: Live from the Center]*. Ediciones Onfalo.

### Articles

150. Thirteenth Review of Tests Published in Spain  
*Sergio Escorial Martín*
162. Clinical Psychology in Primary Care: Integrating Mental Health into the Frontline of Healthcare  
*Gema Quesada Milena, Rebeca Bohórquez Martínez, Candela Navarro Hernández, and Manuel Espinosa Sánchez*
169. A Systematic Review of Spanish Research on Terrorism and Post-Traumatic Stress Disorder: The Impact of the March 11 Terrorist Attacks  
*Ana Sanz-García*
181. Neuropsychological Impairments in Women Victims of Gender-Based Violence: A Systematic Review  
*Carolina Vivas Trussi and Almudena Iniesta Martínez*
189. Systematic Review on Emotion Regulation Difficulties in Personality Disorders  
*Carlota Roger Guerra, Marta Sáez Carnerero, Roberto García Sánchez, and Adelia de Miguel Negredo*
207. Death as an Existential Deadline: Towards a Psychotherapy Grounded in Philosophy and Contextual Science  
*Juanjo Macías, Pedro Naranjo Cobo, and Alejandro G. J. Peña*
214. Psychology and Late Francoism (1968-1975)  
*Juan Carlos Duro Martínez*
223. Subjective Cognitive Decline as a Preclinical Marker of Dementia: A Theoretical Review and Conceptual Framework of Longitudinal Studies in Older Adults  
*Vanesa Pérez, Daniela Batallas, Vanesa Hidalgo, and Alicia Salvador*

### Book review

232. Julio César Ossa, Ana María Jacó-Vilela, & Jean Nikola Cudina (Eds.), (2025). *Professional Training of Psychologists: Dialogues of Cultural Psychology from Latin America to the World*. Springer.
235. Jenny Moix (2026). *Olvidate de ti: Vive desde el centro [Forget About Yourself: Live from the Center]*. Ediciones Onfalo.

#### Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

#### Director / Editor

Serafin Lemos Giráldez (Univ. de Oviedo)

#### Directores asociados / Associated Editors

Paula Elosua (Univ. del País Vasco), Eduardo Fonseca Pedrero (Univ. de la Rioja), Alba González de la Roz (Univ. de Oviedo), José Antonio Luengo (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid) y Marina Romeo Delgado (Univ. de Barcelona).

#### Consejo Editorial / Editorial Board

Mario Álvarez Jiménez (Univ. de Melbourne, Australia); Imanol Amayra Caro (Univ. de Deusto); Antonio Andrés Pueyo (Univ. de Barcelona); Neus Barrantes Vidal (Univ. Autónoma de Barcelona); Adalgisa Battistelli (Univ. de Bordeaux, Francia); Elisardo Becoña (Univ. de Santiago de Compostela); Amalio Blanco (Academia de Psicología de España); Carmen Bragado (Univ. Complutense de Madrid); Gualberto Buela (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autónoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Okey Alex Cohen (Louisiana State University, USA); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); Martín Debbané (Université de Genève, Suiza); José Pedro Espada (Univ. Miguel Hernández); Lourdes Ezpeleta (Univ. Autónoma de Barcelona); José Ramón Fernández Hermida (Univ. de Oviedo); Jorge Fernández del Valle (Univ. de Oviedo); Raquel Fidalgo (Univ. de León); Franco Fraccaroli (Univ. de Trento, Italia); Maite Garaigordobil (Univ. del País Vasco); José Manuel García Montes (Univ. de Almería); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', Santander); Ana María González Menéndez (Univ. de Oviedo); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M<sup>a</sup> Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kozusznik (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Academia de Psicología de España); Concha López Soler (Univ. de Murcia);

Nigel V. Marsh (James Cook University, Singapore); Emiliano Martín (Dept. de Familia, Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Carlos Montes Piñero (Univ. de Santiago); Luis Montoro (Univ. de Valencia); José Muñoz (Universidad Nebrija); José Carlos Núñez Pérez (Univ. de Oviedo); José María Peiró Silla (Univ. de Valencia); Marino Pérez (Academia de Psicología de España); Salvador Perona (Univ. de Sevilla); José Ramos (Univ. de Valencia); Georgios Sideridis (Harvard Medical School, USA); Ana Somoza (Univ. de Valencia); M<sup>a</sup> Carmen Tabernero (Univ. de Salamanca); Antonio Valle Arias (Univ. de A Coruña); Miguel Ángel Vallejo (UNED); Oscar Vallina (Hospital Sierrallana de Torrelavega); Carmelo Vázquez (Univ. Complutense de Madrid); Antonio Verdejo (Monash University, Australia); Miguel Ángel Verdugo (Univ. de Salamanca).

#### Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-3<sup>a</sup> planta  
28006 Madrid - España  
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15  
Web: <http://www.papelesdelpsicologo.es>  
E-mail: [papeles@cop.es](mailto:papeles@cop.es)

#### Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers está incluida en las bases de datos:

WoS Impact Factor 2022: 1.1 (Emerging Sources Citation Index), Redalyc, PsycINFO, ScELO, Psicodoc, In-RECS, ISOC (Psedisc), DOAJ (Directory of Open Access Journals), Google Scholar, SCOPUS, IBECS, EBSCO y Dialnet; y también se puede consultar en la página WEB del

Consejo General de la Psicología de España:

<https://www.cop.es>



Artículo

## Decimotercera Evaluación de Test Editados en España

Sergio Escorial Martín 

Universidad Complutense de Madrid, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Octubre 27, 2025

Aceptado: Enero 14, 2026

#### Palabras clave

Test  
Evaluación test  
Psicometría  
Propiedades psicométricas  
CET-R

### RESUMEN

La evaluación de la calidad de los test psicológicos es una labor fundamental para garantizar una práctica profesional ética y eficaz. Este trabajo presenta los resultados de la decimotercera edición del proyecto de evaluación de test editados en España, una iniciativa continua de la Comisión de Test del Consejo General de la Psicología. En esta edición, se analizaron seis instrumentos (cinco comerciales: ATENTO, BFQ-2, EBE, EVT-3, PPVT-5; y uno no comercial: CoPsoQ-Istas21) utilizando el Cuestionario de Evaluación de Test Revisado (CET-R v1.1) y un sistema de revisión por pares expertos. Los resultados revelan una marcada heterogeneidad. Si bien la calidad de los materiales y la fundamentación teórica es generalmente buena, se han apreciado deficiencias críticas en la evidencia psicométrica reportada. Concretamente, se detectaron carencias en algunos apartados de las evidencias de validez. Estos hallazgos subrayan la necesidad de que los profesionales realicen un consumo crítico de las pruebas que van a emplear, y de que las editoriales y los autores refuercen la justificación psicométrica de sus instrumentos.

### Thirteenth Review of Tests Published in Spain

### ABSTRACT

The assessment of the quality of psychological tests is a fundamental task for guaranteeing ethical and effective professional practice. This paper presents the results of the thirteenth edition of the evaluation project for tests published in Spain, an ongoing initiative by the Test Commission of the Spanish General Council of Psychology. In this edition, six instruments were analyzed (five commercial: ATENTO, BFQ-2, EBE, EVT-3, PPVT-5; and one non-commercial: CoPsoQ-Istas21) using the Revised Test Evaluation Questionnaire (CET-R v1.1) and an expert peer-review system. The results reveal marked heterogeneity. While the quality of the materials and theoretical foundation is generally good, critical deficiencies have been noted in the reported psychometric evidence. Specifically, shortcomings were detected in some sections of the validity evidence. These findings underscore the need for professionals to critically appraise the tests they plan to use, and for publishers and authors to strengthen the psychometric justification of their instruments.

#### Keywords

Test  
Assessing test quality  
Psychometrics  
Psychometric properties  
CET-R

Los test han sido descritos como “... *la tecnología más sofisticada de la que disponen los psicólogos para ejercer su profesión*” (Muñiz, 2010, p. 57). Encuestas publicadas por Muñiz desde hace más de 25 años (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000, 2010 y Muñiz et al. 2020) constatan que son una herramienta consolidada, de uso habitual y clave para la toma de decisiones en todos los ámbitos psicológicos. Su valor radica en su naturaleza estandarizada y en sus propiedades psicométricas conocidas y evaluables. Los profesionales los necesitan porque “(...) *la evaluación rigurosa está en la base de unos diagnósticos precisos, claves a su vez para generar intervenciones eficaces*” (Muñiz, 2018, p. 23). Por lo tanto, sus propiedades psicométricas (i.e. validez y fiabilidad) no son un mero tecnicismo, sino un pilar fundamental para la efectividad de la práctica profesional.

Resulta esencial que los profesionales de la Psicología entiendan que la mera utilización de un test no garantiza una buena práctica profesional. La utilidad de estas herramientas es directamente proporcional a la calidad de sus propiedades psicométricas, a la adecuación de su baremación y al contexto de uso propuesto. El uso de instrumentos con deficiencias metodológicas, falta de validez o fiabilidad o baremos obsoletos, no solo merma la eficacia de la intervención psicológica, sino que puede suponer un riesgo ético significativo al fundamentar decisiones críticas para la vida de las personas en datos manifiestamente erróneos (Prieto y Muñiz, 2000). Además, un test puede ser excelente para un propósito y no adecuado para otros (AERA, APA y NCME, 2014).

Esta preocupación por la calidad y el uso ético de los test fue precisamente un catalizador que ayudó a la psicometría a trascender desde la vertiente más teórica de esta disciplina hasta una vertiente mucho más centrada en proporcionar respuestas en contextos aplicados. Para guiar a desarrolladores y usuarios, se han establecido marcos de referencia concretos. El más destacado es, sin duda, los *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA y NCME, 2014). Paralelamente, organismos como la *International Test Commission* (ITC) han jugado también un papel crucial, publicando directrices específicas —conocidas como *ITC Guidelines*— para abordar retos como la adaptación de tests entre culturas (Hernández et al., 2020; ITC, 2018, Muñiz et al., 2013) o la evaluación mediada por tecnología y en entornos digitales (ITC y Association of Test Publisher, 2022).

Consciente de esta realidad, y en línea con las directrices internacionales promovidas por asociaciones como la *European Federation of Psychologists' Associations* (EFPA), el Consejo General de la Psicología de España (COP) asumió la responsabilidad de ofrecer orientación a los profesionales de la Psicología. A través de su Comisión de Tests, se estableció hace más de una década una iniciativa sistemática y periódica para evaluar la calidad de los tests editados en España. Este proyecto no solo busca informar al psicólogo sobre las garantías de algunas de las herramientas disponibles, sino también fomentar una cultura de calidad entre las editoriales y los autores de las pruebas, incentivando la mejora continua en la adaptación y desarrollo de nuevos instrumentos (Hernández et al., 2022).

Para llevar a cabo esta tarea, la Comisión de Test adoptó el Cuestionario de Evaluación de Test (CET) desarrollado inicialmente por Prieto y Muñiz (2000). Desde entonces, esta herramienta ha sido modificada y revisada para alinearse con las modificaciones en las directrices internacionales y para incorporar avances técnicos

en el proceso de validación de los test, dando lugar al Cuestionario de Evaluación de Test Revisado (CET-R) (Hernández et al., 2016). En años posteriores se ha publicado en la página web de la Comisión de Test una versión del CET-R con algunas modificaciones (CET-R v1.1) que ya fueron descritas en trabajos previos (Abad, 2024; Guillera y Barrios, 2025). En cualquier caso, de manera general, este instrumento se basa en el modelo de evaluación de la EFPA y proporciona un marco estandarizado para la revisión de las características fundamentales de un test que permiten evaluar la calidad de la prueba. El proceso de evaluación desarrollado e implementado en España por la Comisión de Test es colaborativo, implicando no solo a los miembros de la propia Comisión, sino también a revisores expertos externos —tanto en el área sustantiva del test como en psicometría— y a las propias casas editoriales.

Una evolución notable de esta iniciativa, sistematizada desde la décima edición (Abad, 2024), es la inclusión de pruebas no comerciales. Esta decisión estratégica responde a su uso extendido en la práctica profesional (Muñiz et al., 2020) y a que, al carecer de amparo editorial, suelen adolecer de revisiones psicométricas actualizadas. El objetivo es suplir este vacío de información y ofrecer al profesional el mismo análisis crítico que reciben las pruebas comerciales. No obstante, este proceso conlleva retos metodológicos significativos, ya identificados por Abad (2024), como la frecuente ausencia de manuales técnicos completos, la existencia de múltiples versiones de un mismo instrumento o la dificultad para acotar las fuentes bibliográficas necesarias para la evaluación.

Desde el inicio de este proyecto, se han publicado anualmente los resultados de estas evaluaciones, tanto en la página web de la Comisión de Test (<https://www.cop.es/test/>) como en la revista *Papeles del Psicólogo*. Hasta la fecha, han sido objeto de evaluación 116 test. En la *tabla 1* se muestra el listado de las pruebas evaluadas en cada edición. Se informa del año de la edición y coordinador/a de la misma. Además, se especifica con qué versión del CET se realizó el proceso de evaluación. Como se puede observar, las 4 primeras ediciones se desarrollaron empleando el CET original de Prieto y Muñiz (2000). Las cinco siguientes ediciones emplearon el CET-R (Hernández et al., 2016). Desde la 10ª edición hasta la presente se ha empleado la versión CET-R v1.1. El balance general ha sido siempre positivo, y algunos análisis longitudinales de este proceso, como el presentado en la undécima edición, sugiere incluso que esta evaluación continua en el tiempo ha podido tener un efecto positivo tangible en la calidad y en la cantidad de la información psicométrica que las editoriales reportan en los manuales de las pruebas publicadas más recientemente (Guillera y Barrios, 2025).

Siguiendo esta tradición el presente artículo tiene como objetivo principal presentar los resultados de la decimotercera edición de la evaluación de tests. En esta ocasión, se han analizado seis instrumentos, cubriendo un espectro de dominios que van desde la evaluación comprensiva de aspectos vinculados con el lenguaje, hasta la evaluación de las funciones ejecutivas y el TDAH, pasando por la evaluación de riesgos psicosociales, los cinco grandes rasgos de personalidad o una batería completa para la evaluación del bienestar educativo. Se detallarán las puntuaciones obtenidas por estas seis pruebas en las principales dimensiones del instrumento de valoración de la calidad empleado (CET-R v1.1), y también se discutirán las fortalezas y debilidades más destacables observadas en esta decimotercera edición.

**Tabla 1**

Listado de Test Evaluados en Cada Edición

| Edición | Coordinador/a            | Versión CET  | Nº de Test | Instrumentos Evaluados                                                                                         |
|---------|--------------------------|--------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024    | S. Escorial              | CET-R (V1.1) | 6          | ATENTO, BFQ-2, CoPsoQ-Istas21, EBE, EVT-3, PPVT-5                                                              |
| 2023    | P. Recio                 | CET-R (V1.1) | 7          | APM, MACI-II, MATRICES-TAI, SBE, SPMSQ-VE, TECO, THINEME                                                       |
| 2022    | G. Guillera y M. Barrios | CET-R (V1.1) | 7          | BESS, CTC-R, CTS-2, CUMANIN-2, MASC2, SRP4, TALE                                                               |
| 2021    | F. J. Abad               | CET-R (V1.1) | 7          | BASC-3, CIT, CPF, CTE, DABS, GDS, PROLEXIA                                                                     |
| 2020    | L. Lozano                | CET-R        | 6          | BAYLEY-III, BECOLE-R, CAG, DAS, MacArthur, Raven 2                                                             |
| 2019    | C. Viladrich             | CET-R        | 11         | BADyG/E1-r, BADyG/E2-r, BADyG/E3-r, BADyG/i, BADyG/M-r, BADyG/S-r, BRIEF-P, CELF-5, MCMI-IV, PECO, TONI-4      |
| 2018    | L. Gómez                 | CET-R        | 8          | BRIEF-2, BYI-2, DP-3, Factor-g-R, IAES-A, PAIB-1, PAIB-2, PAIB-3                                               |
| 2017    | M.D. Hidalgo             | CET-R        | 10         | BADyG/E2-r, BADyG/S-r, BAT-7, BDI-FastScreen, BPR, CESPRO, MATRICES, MBMD, Perfil Sensorial-2, Q-PAD           |
| 2016    | E. Fonseca               | CET-R        | 12         | BADyG/E3, CAEPO, EDI-3, EVAPROMES, LAEA, MABC-2, MABC-2-LOC, NEPSY-II, PAIB (2, 3), PRO (1-2, 3), TEMT, WISC-V |
| 2015    | P. Elosua                | CET          | 11         | ABAS-II, BADyG/M-r, BETA, BSI-18, CECAD, EHPAP, PAIB (1), PECC, SCIP-S, WMS-IV, WPPSI-IV                       |
| 2014    | A. Hernández             | CET          | 11         | BCSE, BECOLE, Boehm-3, Boehm-3 Preescolar, CESQT, ECLE, ESQUIZO-Q, IEI, SOC, Trauma, WAIS-IV                   |
| 2013    | V. Ponsoda               | CET          | 12         | BAI, BAS-II, BDI-II, CEAM, CompeTEA, ESCOLA, ESPERI, EPV-R, MPR, PAI, RIAS, WNV                                |
| 2012    | J. Muñiz                 | CET          | 8          | EFAI, EVALUA, IGF, MMPI-2-RF, NEO PI-R, PROLEC-R, WISC-IV, 16PF-5                                              |

Nota: El nombre completo correspondiente al acrónimo de cada test se encuentra listado en el [Anexo](#).

## Método

### Participantes

De manera análoga a ediciones anteriores, la búsqueda de potenciales revisores se realizó con la intención de que cada prueba fuese revisada por un profesional experto en psicometría y por un profesional experto en las variables sustantivas que pretende medir cada test. Para la identificación de estos expertos se combinaron diferentes estrategias: a) se consultaron las listas de revisores publicadas de las once ediciones de la evaluación de test publicadas en *Papeles del Psicólogo* (Abad, 2024; Elosua y Geisinger, 2016; Fonseca y Muñiz, 2017; Gómez-Sánchez, 2019; Guillera y Barrios, 2025; Hernández et al., 2015; Hidalgo y Hernández, 2019; Lozano, 2023; Muñiz et al., 2011; Ponsoda y Hontangas, 2013; Recio-Saboya, 2026; Viladrich et al., 2021); b) se extrajeron datos de profesionales tras consultar en los listados de asociaciones científicas (i.e. la *Asociación Española de Metodología de las Ciencias del Comportamiento* (AEMCCO) o la *Asociación Iberoamericana para la Investigación de las Diferencias Individuales* (AIIDI)); y c) cuando fue necesario se completó el listado de revisores empleado la red de contactos del coordinador de la presente edición.

Inicialmente se contactó con 12 potenciales revisores, dos para cada prueba con el criterio anteriormente establecido por su área de especialización. En esta primera lista se buscó la paridad de sexo y la variabilidad en la distribución geográfica. Tras un primer contacto con las personas de esta primera lista, 4 de ellas rechazaron participar (33,33% de tasa de rechazo). De estas 4 personas, dos pertenecían al panel de expertos en psicometría y dos al panel de expertos en variables sustantivas del test. A partir de aquí, se contactó con otras 4 personas para reemplazar los perfiles de quienes rechazaron inicialmente. Todas las personas contactadas en este segundo momento aceptaron participar en esta edición como revisores. La [tabla 2](#) recoge el panel de revisores definitivo que participaron en la decimotercera edición de la evaluación de test editados en España.

**Tabla 2**

Panel de Revisores de la Decimotercera Evaluación de Test

| Nombre                           | Filiación                                            |
|----------------------------------|------------------------------------------------------|
| Alicia Franco Martínez           | Universidad Autónoma de Madrid (UAM)                 |
| David Gallardo Pujol             | Universitat de Barcelona (UB)                        |
| María Dolores Hidalgo Montesinos | Universidad de Murcia (UMU)                          |
| Manuel Ignacio Ibáñez Ribes      | Universitat Jaume I (UJI)                            |
| Lourdes Luceño Moreno            | Universidad Complutense de Madrid (UCM)              |
| Fabía Morales Vives              | Universitat Rovira i Virgili (URV)                   |
| David Navarro González           | Universitat de Lleida (ULI)                          |
| Ricardo Olmos Albacete           | Universidad Autónoma de Madrid (UAM)                 |
| Jesús Privado Zamorano           | C.E.S. Cardenal Cisneros                             |
| Patricia Recio Saboya            | Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) |
| José María Ruiz Sánchez de León  | Universidad Complutense de Madrid (UCM)              |
| Miguel Sorrel Luján              | Universidad Autónoma de Madrid (UAM)                 |

### Instrumento

Para esta decimotercera edición se empleó el Cuestionario de Evaluación de Test Revisado (CET-R v1.1), la versión del protocolo estandarizado utilizada desde la 10ª edición. Al igual que el CET-R (Hernández et al., 2016) esta versión se estructura en tres secciones principales. La primera, *Descripción general del test*, recoge información fáctica y descriptiva sobre la prueba, como los datos editoriales, los constructos que mide, la población diana, el formato de los ítems, los tiempos de aplicación o el precio de los materiales. El núcleo de la evaluación se concentra en la segunda sección, *Valoración de las características del test*, que permite un análisis detallado de cuatro pilares psicométricos: 1) Fundamentación y desarrollo, 2) Validez, 3) Fiabilidad y 4) Baremos e interpretación de puntuaciones. Finalmente, la tercera sección, *Valoración global*, ofrece un resumen cuantitativo de las puntuaciones y un apartado cualitativo abierto para detallar las fortalezas, debilidades y recomendaciones de uso profesional de la prueba.

Los ítems adoptan generalmente el siguiente sistema de etiquetas: N/A = *No aplicable*, 0 = *No se aporta información en la documentación*, 1 = *Inadecuada*, 2 = *Adecuada, pero con algunas carencias*, 3 = *Adecuada*, 4 = *Buena*, y 5 = *Excelente*. La categoría “Excelente” se acompaña de una descripción detallada para guiar a los evaluadores. Además, en aquellos ítems donde es posible una cuantificación más objetiva (i.e. tamaños de las muestras, valor de los coeficientes de fiabilidad, etc.) se utilizan etiquetas específicas para facilitar una valoración más precisa. Por último, los apartados generales que resumen las características globales del test siguen esta misma escala de categorías.

Es importante resaltar que esta versión refina la evaluación mediante tres modificaciones clave: 1) una distinción clara entre información fundamental (cuya ausencia penaliza con un cero) y no crítica (sin impacto en la puntuación); 2) criterios específicos para test adaptados, exigiendo mayor peso para las evidencias psicométricas obtenidas con muestras locales; y 3) pautas técnicas para la correcta valoración del AUC (curvas ROC) en test diagnósticos. Todas las versiones del CET están disponibles en la página web de la Comisión de Test (<https://www.cop.es/test/>).

### Procedimiento

Las casas editoriales (Giunti Psychometrics, Pearson Educación y TEA-Hogrefe) propusieron a la Comisión de Test las cinco pruebas comerciales que formarían parte de esta decimotercera edición de evaluación de test editados en España. Además, al igual que en las tres últimas ediciones, la Comisión de Test añadió al listado de pruebas un instrumento no comercial, la versión 2 CoPsoQ-Istas21 adaptada en España (Moncada et al., 2014a, 2014b). La [tabla 3](#) presenta la información de los test evaluados en la presente edición.

Para las cinco pruebas comerciales, y una vez establecido el panel de revisores definitivo, el COP se encargó de gestionar el envío de los materiales a cada revisor. Este envío tuvo lugar durante los meses de septiembre y octubre de 2024. En paralelo, el coordinador enviaba por correo electrónico a cada revisor el CET-R v1.1, estableciendo un plazo de cuatro meses para su

complimentación. Todos los cuestionarios CET-R v1.1 de los revisores se recibieron hacia mediados de febrero de 2025. Entre marzo y mayo de 2025, el coordinador preparó un informe provisional para cada test integrando las valoraciones de ambos revisores. Hay que destacar que no se observaron grandes discrepancias entre las calificaciones de los dos revisores en un mismo test, pero cuando estas aparecieron, el coordinador resolvió la valoración final atendiendo al razonamiento efectuado por los revisores y a la información presente en el manual del test. En mayo de 2025 el coordinador presentó a la Comisión de Test del COP los resultados provisionales de los informes y del proceso hasta esa fecha. En junio de 2025 los informes provisionales de cada prueba fueron enviados a las casas editoriales para que en el plazo de un mes presentaran las alegaciones oportunas. Por último, el coordinador preparó la versión definitiva del informe, considerando la información facilitada por los revisores y por las editoriales en sus alegaciones. Los informes definitivos fueron revisados por un miembro de la Comisión de Test durante el mes de julio de 2025, cuyas sugerencias, fundamentalmente de estilo, fueron incorporadas a los informes. Todos los informes de esta edición se publicaron en la página web de la Comisión de Test en el mes de septiembre de 2025 (<https://www.cop.es/test/>). La [figura 1](#) representa el procedimiento descrito.

### Protocolo Específico Para la Escala no Comercial CoPsoQ-Istas21

El Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ-Istas21) es una herramienta diseñada para evaluar los principales factores de riesgo psicosocial en entornos laborales. Desde su desarrollo inicial en Dinamarca a finales de los años 90, CoPsoQ ha sido adaptado y validado en más de 25 lenguas, utilizado en cientos de investigaciones y en miles de procesos de evaluación de riesgos psicosociales en el lugar de trabajo. Se ha convertido en una de las herramientas de evaluación más utilizadas y es citado por la OMS como un método de referencia (Leka, 2010), mostrado como un ejemplo de buena práctica por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo y la Organización Internacional del Trabajo

**Tabla 3**  
Listado de Test Evaluados en la Decimotercera Edición

| Acronimo          | Nombre                                                                                     | Autores originales<br>(año de publicación)                                             | Autores adaptación<br>(año de publicación)                                                                                    | Editorial             |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ATENTO            | Cuestionario para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas y el TDAH                      | Fernando Sánchez-Sánchez y María Solar (2024)                                          | -                                                                                                                             | Hogrefe TEA Ediciones |
| BFQ-2             | Big Five Questionnaire - 2                                                                 | Gian Vittorio Caprara, Claudio Barbaranelli, Laura Borgogni y Michele Vecchione (2007) | Departamento R&D de Giunti Psychometrics España (2021)                                                                        | Giunti Psychometrics  |
| CoPsoQ-Istas21-V2 | Cuestionario Psicosocial de Copenhague Versión 2                                           | Tage S Kristensen, Harald Hannerz, Annie Høgh y Vilhelm Borg (2005)                    | Salvador Moncada, Clara Llorens, Neus Moreno y Emilia Molinero (2014a)                                                        | -                     |
| EBE               | Batería de Evaluación del Bienestar Educativo                                              | Jesús de la Fuente Arias y José Manuel Martínez-Vicente (2024)                         | -                                                                                                                             | Giunti Psychometrics  |
| EVT-3             | Expressive Vocabulary Test, Third Edition [Test de vocabulario expresivo-3]                | Kathleen T. Williams (2019)                                                            | Departamento de I+D de Pearson Clinical Assessment: Ana Hernández, Èrica Paradell, Laura Saavedra y Frédérique Vallar (2024b) | Pearson Educación     |
| PPVT-5            | Peabody Picture Vocabulary Test, Fifth Edition [Test de vocabulario en imágenes Peabody-5] | Douglas M. Dunn (2019)                                                                 | Departamento de I+D de Pearson Clinical Assessment: Ana Hernández, Èrica Paradell, Laura Saavedra y Frédérique Vallar (2024a) | Pearson Educación     |

(ILO, 2016) y utilizado en informes de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y del Trabajo (Schütte et al., 2014).

En España existen 3 versiones del CoPsoQ-Istas21. La primera versión del CoPsoQ-Istas21 fue adaptada al español con la colaboración del primer autor de la versión original danesa (Moncada et al., 2005). La segunda versión incluía modificaciones sustanciales en el número y la agrupación de las escalas (Moncada et al., 2014b). Finalmente, la tercera versión del CoPsoQ-Istas21 también ha sido adaptada al español por Moncada et al. (2021). Además, de cada una de las versiones existe una forma corta, para empresas con menos de 25 trabajadores; una versión media para entidades con más de 25 trabajadores y una versión larga para ser utilizada en investigación. La presente evaluación ha debido centrarse en la Versión 2 (forma media), puesto que es la única que actualmente ofrece tanto el material documental (manual técnico) como la herramienta informática necesaria para la presente evaluación. Ambos recursos están disponibles en la web del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) (<https://copsoq.istas21.net/>).

Debido a que el Manual Técnico del CoPsoQ-Istas21 (Moncada et al., 2014a) carece de los datos psicométricos necesarios para la revisión, remitiendo a Moncada et al. (2014b), se implementó un protocolo de búsqueda bibliográfica sistemática en Scopus y WoS. Se identificaron inicialmente 91 trabajos, que tras un primer cribado se redujeron a 35 documentos potenciales. Para la selección final de los 12 estudios clave, se aplicó un criterio de inclusión basado en la relevancia teórica para la fundamentación del constructo y la

aportación de evidencias empíricas de validez y fiabilidad. Este corpus documental quedó conformado por 4 artículos fundamentales para comprender el desarrollo de la prueba (Kristensen et al., 2005; Moncada et al., 2005, 2014b y 2021) y 8 artículos seleccionados por aportar evidencia psicométrica específica (Delgado-Fernández et al., 2021; García-Iglesias et al., 2021; García-Rodríguez et al., 2015; Louzán et al., 2024; Moncada et al., 2008; Navarro et al., 2022; Useche et al., 2019; Utzet et al., 2014).

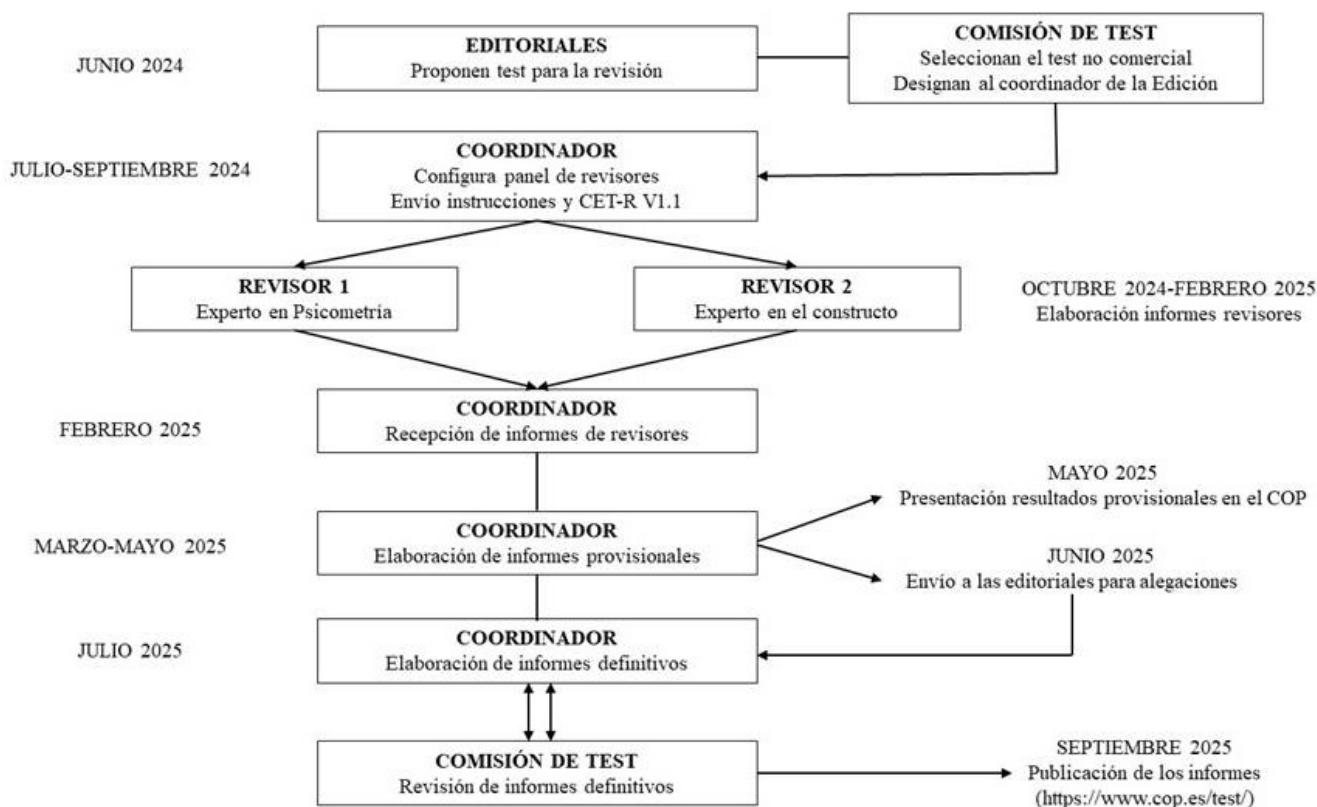
Para garantizar la estandarización del proceso, se facilitó a los revisores un dossier técnico compuesto por: los materiales originales editados por ISTAS (manual y software), el texto completo de los 12 artículos seleccionados y el listado bibliográfico de los 35 trabajos preseleccionados para consulta complementaria. Una vez compilada esta documentación, el proceso de valoración fue idéntico al seguido con los test comerciales (ver Figura 1).

### Análisis de Datos

En primer lugar, para evaluar la fiabilidad del proceso de revisión llevado a cabo en esta edición, se estimó el grado de acuerdo entre los evaluadores independientes mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass (ICC). Dado el diseño anidado del estudio, en el que los pares de revisores fueron independientes y distintos para cada instrumento evaluado, se especificó un modelo de efectos aleatorios de un factor (*one-way random effects model*), analizando la concordancia en las puntuaciones individuales. A diferencia de aproximaciones metodológicas previas en esta serie de evaluaciones de test editados en España, que reportaron la mediana de las

**Figura 1**

Representación del Procedimiento de la Decimotercera Edición de la Evaluación de Test Editados en España



correlaciones de Pearson para cada prueba evaluada obtenida con las respuestas de los dos revisores (i.e., [Abad, 2024](#); [Ponsoda y Hontangas, 2013](#)), en el presente estudio se optó por realizar el cálculo sobre el conjunto de datos. Esta decisión metodológica se fundamenta en la necesidad de evitar el sesgo de restricción de rango que ocurre al analizar instrumentos aislados con alta homogeneidad interna, lo cual tiende a subestimar artificialmente la fiabilidad. El análisis global permite capturar la varianza completa a través de los distintos niveles de calidad de los test, ofreciendo una estimación más robusta de la consistencia del proceso de evaluación.

A continuación, se analizaron los resultados generales obtenidos en la segunda sección (cuantitativa) del CET-R v1.1. Se calcularon los valores medios de cada uno de los seis test evaluados en los apartados que componen los bloques de esta sección (Fundamentación y desarrollo, Validez, Fiabilidad y Baremos e interpretación de puntuaciones). Para contextualizar los resultados de la presente edición, las puntuaciones promedias obtenidas por los seis instrumentos evaluados en estos apartados (Promedio Edición), se contrastaron con los promedios históricos acumulados. Estas comparaciones se realizaron a nivel puramente descriptivo, analizando la posición de las puntuaciones promedio observadas en esta edición con respecto a la tendencia central de dos series históricas: Histórico 1: promedios calculados a partir de las pruebas de la 10ª, 11ª y 12ª edición, que están basadas en el CET-R v1.1; e Histórico 2: promedios calculados a partir de las 9 ediciones anteriores, las cuatro primeras basadas en el CET y las cinco siguientes en el CET-R. Para cada apartado solamente se tuvieron en cuenta los datos de las pruebas que presentaban puntuación, que no eran los mismos en el CET y en el CET-R. (serie agregada acumulada). Por estas razones, dado el carácter heterogéneo de los datos históricos, no se aplicaron pruebas de inferencia estadística formal para contrastar diferencias de medias. No obstante, para

facilitar una interpretación sustantiva se calcularon las desviaciones típicas y los intervalos de confianza al 95%, tanto de los datos de la presente edición como de las dos series históricas. En la interpretación de los resultados, se consideró que existen diferencias dignas de mención cuando la puntuación media se sitúa fuera de los límites del intervalo de confianza del promedio histórico de referencia, advirtiendo siempre sobre la naturaleza descriptiva de estas apreciaciones.

## Resultados

Los informes definitivos correspondientes a los 6 test evaluados en esta decimotercera edición están disponibles para ser consultados desde la página de la Comisión de Test, dentro del apartado correspondiente al año 2024 (<https://www.cop.es/test/>).

En primer lugar, el análisis de la fiabilidad inter-jueces se llevó a cabo sobre un total de  $N = 160$  pares de observaciones válidas, correspondientes a los ítems cuantitativos del CET-R v1.1 aplicables a los seis instrumentos. Los resultados arrojaron un Coeficiente de Correlación Intraclass (ICC) de ,84, con un intervalo de confianza al 95% situado entre ,79 y ,88. De acuerdo con los criterios de interpretación establecidos por [Cicchetti \(1994\)](#) o [Koo y Li \(2016\)](#), este valor indica un nivel de acuerdo excelente entre los revisores independientes. Este hallazgo supera sustancialmente las estimaciones de fiabilidad reportadas en las ediciones precedentes (con medianas situadas en torno a ,60), lo que sugiere que la variabilidad observada en las puntuaciones es atribuible fundamentalmente a las características psicométricas de los test evaluados y no a los evaluadores, respaldando así la solidez técnica de los resultados presentados en esta edición.

En la [tabla 4](#) se presenta un resumen de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los apartados generales de la segunda sección del

**Tabla 4**  
Puntuaciones Obtenidas por los Test Evaluados en la Decimotercera Edición

|                                          | ATENTO | BFQ-2 | CoPsoQ-Istas21 | EBE | EVT-3 | PPVT-5 | Promedio Edición     | Histórico <sup>1</sup> | Histórico <sup>2</sup> |
|------------------------------------------|--------|-------|----------------|-----|-------|--------|----------------------|------------------------|------------------------|
| <b>Desarrollo</b>                        |        |       |                |     |       |        |                      |                        |                        |
| Materiales y documentación               | 5      | 3,5   | 2              | 4   | 5     | 5      | 4,1 (1,20) [2,8-5,0] | 4,3 (,67) [4,0-4,6]    | 4,3 (,62) [4,2-4,4]    |
| Fundamentación teórica                   | 5      | 4     | 4              | 4   | 3,5   | 3,5    | 4,0 (,55) [3,4-4,6]  | 3,9 (1,01) [3,4-4,4]   | 4,1 (,82) [4,0-4,3]    |
| Adaptación                               | -      | 2     | 2              | -   | 4,5   | 4,5    | 3,3 (1,44) [1,0-5,0] | 3,9 (,70) [3,4-4,4]    | 4,3 (,70) [4,1-4,5]    |
| Análisis de ítems                        | 5      | 3     | 2              | 3   | 3     | 3      | 3,2 (,98) [2,1-4,2]  | 3,7 (,88) [3,3-4,2]    | 3,8 (,73) [3,7-4,0]    |
| <b>Validez</b>                           |        |       |                |     |       |        |                      |                        |                        |
| Contenido                                | 5      | 2,5   | 1              | 3   | 3     | 3      | 2,9 (1,28) [1,6-4,3] | 3,6 (1,04) [3,1-4,1]   | 3,8 (,79) [3,6-4,0]    |
| Relación con otras variables             | 5      | 3,5   | 3              | 2,5 | 3,8   | 3,7    | 3,6 (,85) [2,7-4,5]  | 3,5 (1,02) [3,0-4,0]   | 3,5 (,64) [3,4-3,7]    |
| Estructura interna                       | 5      | 2     | 1              | 2,5 | 0     | 0      | 1,8 (1,89) [0-3,7]   | 3,4 (1,12) [2,8-3,9]   | 3,8 (,86) [3,6-4,0]    |
| Análisis del DIF                         | 5      | 3     | 0              | 3   | 3     | 3      | 2,8 (1,60) [1,2-4,5] | 4,1 (,82) [3,5-4,7]    | 4,0 (1,02) [3,4-4,5]   |
| <b>Fiabilidad</b>                        |        |       |                |     |       |        |                      |                        |                        |
| Equivalencia                             | -      | -     | -              | -   | -     | -      | -                    | -                      | 3,6 (,66) [2,9-4,3]    |
| Consistencia interna                     | 5      | 4     | 3              | 3,5 | 4     | 4      | 3,9 (,66) [3,2-4,6]  | 3,9 (,79) [3,6-4,3]    | 4,2 (,67) [4,1-4,4]    |
| Estabilidad                              | 4,5    | 3     | -              | -   | 3,5   | 3,5    | 3,6 (,63) [2,6-4,6]  | 3,3 (,64) [3,0-3,7]    | 3,5 (,78) [3,2-3,7]    |
| TRI                                      | -      | -     | -              | -   | -     | -      | -                    | 4,0 (,71) [3,3-4,7]    | 4,5 (,45) [4,0-5,0]    |
| Inter-jueces                             | 4      | -     | -              | -   | -     | -      | 4,0                  | 3,9 (1,31) [1,8-5,0]   | 4,5 (,84) [3,6-5,0]    |
| Baremos e interpretación de puntuaciones | 5      | 3     | 3,3            | 3,3 | 4,3   | 4,3    | 3,9 (,78) [3,1-4,7]  | 3,8 (,78) [3,5-4,2]    | 4,1 (,68) [3,9-4,2]    |
| <b>Total</b>                             | 4,9    | 3,1   | 2,1            | 3,2 | 3,4   | 3,4    |                      |                        |                        |

*Nota:* Entre paréntesis las desviaciones típicas (DT) y entre corchetes los IC al 95%. Las comparaciones con la columna Histórico 1 son directas al emplear la misma versión del instrumento (CET-R v1.1). Los estadísticos descriptivos de la columna Histórico 2 (especialmente DT e IC) deben interpretarse con cautela como una aproximación referencial histórica, asumiendo cierta heterogeneidad métrica derivada de la integración de datos procedentes de las dos versiones anteriores del instrumento (CET y CET-R) en aquellas dimensiones conceptualmente equivalentes.

CET-R v1.1. Con las valoraciones de los seis test en cada apartado se ha calculado un promedio (Promedio Edición) y, para poder establecer comparaciones meramente descriptivas se han calculado dos promedios históricos. El primero de ellos correspondiente a la columna Histórico<sup>1</sup> se ha obtenido con las valoraciones de las 21 pruebas analizadas en las tres ediciones anteriores (ediciones 10<sup>a</sup> a 12<sup>a</sup>) ya que en estas se empleó la misma versión del CET-R v1.1. El segundo de ellos correspondiente a la columna Histórico<sup>2</sup> se ha obtenido con las puntuaciones de las 89 pruebas analizadas en las nueve primeras ediciones (ediciones 1<sup>a</sup> a 9<sup>a</sup>). Entre paréntesis se presenta la desviación típica estimada y entre corchetes los IC 95% para la media estimada. Como se puede observar, en algunos apartados se aprecian discrepancias importantes con el patrón histórico obtenido de las ediciones anteriores.

### Resultados de los Test Evaluados en la 13<sup>a</sup> Edición

Los resultados obtenidos por los seis instrumentos analizados en la presente edición muestran una marcada heterogeneidad en las puntuaciones, tanto entre las distintas dimensiones del modelo CET-R v1.1, como entre los propios test evaluados (ver [Tabla 4](#)).

En lo referente al bloque de desarrollo, la calidad de los materiales y la documentación es el aspecto mejor valorado, con una media global de 4,1. Instrumentos como el ATENTO, EVT-3 y PPVT-5 alcanzaron la puntuación máxima (5) en este apartado, destacando por la claridad y calidad de sus manuales. Asimismo, la fundamentación teórica se mantiene en niveles elevados (media de 4,0), indicando que el marco conceptual de las pruebas está, por lo general, bien definido. Sin embargo, se observan debilidades en algunos de los procedimientos de adaptación (media de 3,3) y en el análisis de ítems (media de 3,2), donde pruebas como el CoPsoQ-Istas21 presentan puntuaciones más discretas.

El bloque de evidencias de validez es donde se registran las mayores discrepancias y las puntuaciones promedio más bajas. Si bien la relación con otras variables alcanza niveles aceptables (media de 3,6), la validez de contenido (media de 2,9) y, muy especialmente, la validez de estructura interna (media de 1,8), reflejan carencias significativas en la información aportada. Es importante destacar que este bajo promedio en estructura interna se debe a la ausencia de estudios actualizados o específicos en varios de los instrumentos analizados (ej. EVT-3 y PPVT-5 obtuvieron puntuaciones de 0 en este criterio específico bajo los estándares del CET-R v1.1), contrastando con la excelencia mostrada por el test ATENTO (5).

En cuanto a la fiabilidad, los resultados son generalmente satisfactorios. La consistencia interna muestra una solidez transversal a la mayoría de las pruebas (media de 3,9), mientras que la estabilidad temporal (media de 3,6) presenta un mayor IC dependiendo del diseño empleado en la obtención para esta evidencia en cada instrumento. En este bloque de fiabilidad destaca el ATENTO, no solo por las elevadas puntuaciones que obtiene en los apartados, sino también por ser la única prueba de las evaluadas en esta edición que presenta evidencias de fiabilidad inter-jueces. Finalmente, la baremación e interpretación de puntuaciones alcanza un nivel bueno (3,9), con la mayoría de los test aportando normas adecuadas y actualizadas. En este apartado, ATENTO, EVT-3 y PPVT-5 muestran una calidad a destacar. Hay que resaltar que estas pruebas han elaborado sus baremos empleando procedimientos de tipificación continua que optimizan la eficiencia del proceso de elaboración de

baremos en constructos que siguen una tendencia a través de la edad de los sujetos (Evers et al., 2010; Evers et al., 2013).

Analizando las pruebas en su conjunto, las pruebas comerciales obtienen puntuaciones totales más elevadas que la prueba no comercial, el CoPsoQ-Istas21, que alcanza una puntuación global de 2,1. Destaca la puntuación global del ATENTO de 4,9, mientras que las valoraciones medias del resto de las pruebas comerciales estuvieron por encima del “Adecuado” siendo 3,4; 3,4; 3,2 y 3,1 para EVT-3, PPVT-5, EBE y BFQ-2 respectivamente.

### Resultados Comparativos del Promedio de Esta Edición con las Series Históricas

Al contrastar los resultados actuales con los promedios históricos —tanto la serie reciente bajo el mismo estándar (*Histórico 1*) como la serie acumulada con las versiones anteriores del CET (*Histórico 2*)—, se observan patrones divergentes que merecen una lectura detallada. Cabe señalar que estas comparaciones se realizan a nivel descriptivo, considerando los intervalos de dispersión presentados en la [Tabla 4](#).

En las dimensiones de materiales y documentación y de fundamentación teórica, la presente edición se alinea con la tendencia histórica. Los promedios actuales son muy similares a los promedios en *Histórico 1* y en *Histórico 2*, situándose dentro de los márgenes de variabilidad esperados. Esto sugiere que la calidad formal y teórica de la edición de test en España mantiene un estándar de calidad consolidado en estos apartados. Sin embargo, en los apartados de adaptación y de análisis de ítems, los promedios de esta edición parecen ser inferiores, en términos descriptivos, a los promedios de las dos series históricas consideradas.

Por otra parte, se detecta un descenso sustancial en las evidencias de validez respecto a lo observado en ediciones anteriores. La puntuación media en validez de estructura interna de esta edición es, desde una perspectiva descriptiva, inferior tanto al *Histórico 1* como al *Histórico 2*. De igual forma, la validez de contenido se sitúa por debajo descriptivamente de los referentes históricos. En el apartado de análisis de DIF también se observa una puntuación más baja en esta edición a nivel descriptivo. Este hallazgo no implica necesariamente una peor calidad intrínseca de las herramientas, pero sí alerta sobre una disminución en la exhaustividad de los estudios psicométricos reportados en los manuales de esta edición donde se han obtenido puntuaciones de 0 y 1 por varias pruebas y en varios apartados (ver [tabla 4](#)).

Finalmente, en el ámbito de la fiabilidad y baremación, los datos de esta 13<sup>a</sup> edición son consistentes con la trayectoria de ambas series históricas. La fiabilidad por consistencia interna replica exactamente el promedio de la serie más reciente (*Histórico 1*) y se mantiene competitiva frente al histórico anterior (*Histórico 2*). De manera similar, la calidad de los baremos no presenta diferencias relevantes a nivel descriptivo respecto al promedio histórico reciente, evidenciando que la estandarización normativa sigue siendo una prioridad en la publicación de test en nuestro contexto.

### Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo ha sido presentar los resultados de la decimotercera edición de la evaluación de test editados en España, continuando una labor que la Comisión de Test

del Consejo General de la Psicología (COP) viene realizando desde hace más de una década. En esta edición se han analizado 6 instrumentos: ATENTO, BFQ-2, CoPsoQ-Istas21, EBE, EVT-3 y PPVT-5, cuyos resultados globales reflejan una notable heterogeneidad en la calidad de la evidencia reportada. El hallazgo más significativo de esta decimotercera evaluación es la constatación de una marcada dicotomía: mientras que los aspectos formales y de presentación mantienen un nivel bueno de calidad, han aparecido deficiencias críticas en apartados psicométricos nucleares, especialmente en la evidencia de validez de estructura interna y en los análisis de DIF.

En el lado positivo, los resultados de esta edición son coherentes con los de evaluaciones previas (p.ej., [Abad, 2024](#); [Guillera y Barrios, 2025](#)) al mostrar que las casas editoriales cuidan mucho la presentación del producto. Las puntuaciones promedio en "Materiales y documentación" (4,1) y "Fundamentación teórica" (4,0) fueron contundentes en este sentido. Asimismo, la calidad de la baremación (3,9) y los estudios de fiabilidad (3,9) obtuvieron también valoraciones buenas en línea con los promedios históricos de las anteriores ediciones. Esto sugiere que el mercado español ofrece, en su mayoría, herramientas bien documentadas, con manuales claros y fundamentados, y con baremos actualizados y bien elaborados, un aspecto crucial para la correcta interpretación de las puntuaciones de acuerdo con los estándares internacionales ([AERA, APA y NCME, 2014](#)).

Sin embargo, este panorama positivo se ve ensombrecido por la aparición de ciertas carencias muy significativas en la evidencia psicométrica que sustenta la validez de las inferencias. El promedio de la puntuación en "Validez de estructura interna" (1,8) es notablemente bajo, especialmente cuando se compara con los promedios históricos de las ediciones anteriores. Este dato indica que una proporción importante de los manuales evaluados en esta edición no reportaron los análisis factoriales necesarios para demostrar que la estructura del test se corresponde con el modelo teórico que dice medir. Las propias casas editoriales tampoco presentaron estos análisis como evidencias adicionales durante la fase de alegaciones.

La deficiencia detectada en la evidencia de la estructura interna supone una amenaza directa al núcleo de la validez del test. Esta es una fuente de evidencia indispensable para la validación de constructo ([AERA, APA y NCME, 2014](#)), una exigencia inflexible que se aplica con el mismo rigor a los test que postulan una única dimensión. La unidimensionalidad no es una asunción, sino una hipótesis explícita que debe ser demostrada empíricamente ([Brown, 2015](#)), requiriendo como mínimo un Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) que contraste el modelo postulado frente a alternativas plausibles. Asumir la unidimensionalidad sin probarla, ignorando una posible multidimensionalidad latente, es un error metodológico: la puntuación total se convierte en una amalgama ininterpretable ([Prieto y Muñiz, 2000](#)) que invalida las inferencias sobre el rasgo ([Reise et al., 2013](#)). Sin una base empírica sólida de la estructura interna, toda evidencia posterior queda comprometida, pues es logísticamente imposible saber con qué se correlaciona una puntuación si se desconoce qué es lo que esta representa.

Algo similar se observó para el promedio obtenido en el análisis del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF), que en esta edición fue de 2,8. Los *Standards* ([AERA, APA y NCME, 2014](#)) son explícitos sobre la responsabilidad de los desarrolladores de

aportar evidencia de equidad y demostrar que los ítems no funcionan de manera distinta para subgrupos poblacionales relevantes (p.ej., por género). La falta de estudios DIF supone una amenaza directa a la validez y la justicia de las evaluaciones, un aspecto ético que no puede ser ignorado ([Abad et al., 2011](#); [Escorial, 2017](#); [Escorial y Navas, 2007](#)).

Es fundamental señalar que los promedios globales ocultan una marcada variabilidad, tanto entre los propios test como entre sus distintos apartados. En esta decimotercera edición, coexisten instrumentos como el ATENTO, que ejemplifica las buenas prácticas obteniendo la máxima puntuación (5) en la mayoría de apartados. En el extremo opuesto se encuentra la prueba no comercial, CoPsoQ-Istas21, con un promedio general de 2,1. Esta disparidad evidencia que factores externos como la novedad de la publicación o el prestigio de la institución editora no constituyen, por sí mismos, garantías suficientes de la bondad psicométrica de un instrumento, lo que hace ineludible una revisión crítica de las evidencias de validez y fiabilidad específicas de cada test antes de su uso.

Las implicaciones prácticas son directas: un manual de alta calidad formal no garantiza la solidez psicométrica. El profesional tiene la responsabilidad ética de analizar críticamente las evidencias de validez, fiabilidad y baremos antes de su uso. Estas evaluaciones anuales no constituyen un *ranking*, sino una guía de consumo crítico que expone tanto fortalezas como, crucialmente, las ausencias de información relevante en los manuales. La utilidad del proyecto es validada por los propios psicólogos colegiados. Los datos indican que quienes conocen las evaluaciones las valoran positivamente y las consideran una herramienta necesaria que influye en su selección de instrumentos ([Muñiz et al., 2020](#)). No obstante, esta valoración contrasta con el bajo conocimiento general del proyecto, pues la misma encuesta reveló que solo un 22,5% de los psicólogos españoles conocían su existencia. Este dato señala la necesidad de reforzar las estrategias de difusión por parte de la Comisión de Test.

Por otro lado, la evaluación de pruebas no comerciales debe mantenerse y potenciarse. Aunque estos instrumentos de dominio público muestren, a menudo, deficiencias psicométricas mayores y obtengan peores valoraciones que las pruebas comerciales, persistir en su evaluación es una decisión ineludible. La justificación es doble: primero, su uso frecuente en la práctica profesional ([Muñiz et al., 2020](#)), y segundo, su carencia de amparo editorial. En este sentido, el hecho de que la baja puntuación del CoPsoQ-Istas21 pueda reflejar una ausencia de documentación y no necesariamente una baja calidad psicométrica podría abrir la reflexión sobre la conveniencia de desarrollar en el futuro un protocolo específico para la evaluación de pruebas no comerciales. La Comisión Nacional de Test podrá debatir sobre esta cuestión y tomar la decisión que estime más pertinente. Sin embargo, bajo mi criterio personal, que un test sea "gratuito" no lo exime de demostrar su calidad bajo los mismos estándares que el resto de pruebas empleadas por los profesionales de la Psicología en diferentes ámbitos ([AERA, APA y NCME, 2014](#)). Por tanto, la Comisión de Test hace un ejercicio de responsabilidad al ofrecer este análisis crítico de estas pruebas que protege al usuario final.

Finalmente, este trabajo presenta limitaciones. El CET-R evalúa la calidad de la información reportada en el manual. No hace una re-evaluación psicométrica de los instrumentos. Por tanto, una puntuación baja puede significar, como señalamos anteriormente,

que la evidencia no existe o, simplemente, que no fue incluida en la documentación aportada. Asimismo, el proyecto cubre un número reducido de test anualmente, sin abarcar la totalidad del mercado. El instrumento empleado (CET-R v1.1), aunque útil y sencillo, está llamado a ser modificado próximamente por las nuevas directrices europeas. Con independencia de estos cambios, informatizar el CET-R aportaría ventajas futuras, como minimizar inconsistencias en las puntuaciones o permitir la ponderación de los ítems dentro de cada apartado.

En conclusión, la decimotercera edición de la evaluación de test reitera la utilidad y pertinencia de este proyecto de la Comisión de Tests. Si bien es cierto que se han observado ejemplos de excelencia en el desarrollo de pruebas, persisten lagunas importantes en las evidencias de validez, que rompen la tendencia observada en las últimas ediciones. Se insta a las editoriales y a los propios autores a reforzar estos apartados psicométricos fundamentales, y a los profesionales a ejercer un consumo crítico y fundamentado de las herramientas que, en última instancia, impactan en el bienestar de las personas a las que evalúan.

### Agradecimientos

Agradezco a la Comisión de Test su compromiso en esta iniciativa, especialmente a Ana Hernández por su asistencia durante esta edición; a Arantxa Sánchez (COP) por la labor logística; y a las casas editoriales, tanto por los materiales como por su constructivo feedback. Finalmente, expreso mi más sincero agradecimiento a los revisores de esta edición: su minucioso y generoso trabajo fue un aspecto crítico para este proyecto.

### Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

### Referencias

- Abad, F. J. (2024). Décima evaluación de test editados en España: Incorporando información sobre test no comerciales. *Papeles del Psicólogo*, 45(2), 56-64.
- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V., y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Ed. Síntesis.
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Psychological Association.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (2ª ed.). The Guilford Press.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., y Vecchione, M. (2007). *Big Five Questionnaire-2: Manuale*. Giunti OS: Organizzazioni Speciali.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290.
- de la Fuente, J., y Martínez-Vicente, J. M. (2024). *Batería para la Evaluación del Bienestar Educativo*. Giunti Psychometrics.
- Delgado-Fernández, V., Rey-Merchán, M. D. C., y Arquillos, A. L. (2021). Estudio comparativo de los riesgos psicosociales laborales entre profesionales médicos. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 30(1), 24-33.
- Departamento R&D de Giunti Psychometrics España. (2021). *BFQ-2, cuestionario "Big Five" de personalidad-2: Manual* [Adaptación española]. Giunti Psychometrics.
- Dunn, D. M. (2019). *Peabody Picture Vocabulary Test: PPVT-5* (5th ed.). NCS Pearson
- Elosua, P., y Geisinger, K. F. (2016). Cuarta evaluación de tests editados en España: Forma y fondo. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 82-88.
- Escorial, S. (2017). Análisis de la variable sexo en la escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS-V) empleando técnicas de Funcionamiento Diferencial de los Ítems. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 387-405.
- Escorial, S., y Navas, M. J. (2007). Analysis of the gender variable in the Eysenck Personality Questionnaire-Revised scales using differential item functioning techniques. *Educational and Psychological Measurement*, 67, 990-1001.
- Evers, A., Sijtsma, K., Lucassen, W., y Meijer, R. R. (2010). The dutch review process for evaluating the quality of psychological tests: history, procedure, and results. *International Journal of Testing*, 10, 295-317.
- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., y Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25(3), 283-291.
- Fonseca, E., y Muñiz, J. (2017). Quinta evaluación de tests editados en España: mirando hacia atrás, construyendo el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 161-168.
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Ortega-Moreno, M., y Navarro-Abal, Y. (2021). Relationship between work engagement, psychosocial risks, and mental health among spanish nurses: A cross-sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 8, 627472.
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameno, J. Á., Muñoz-Bravo, C., y Navajas, J. F. C. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359-366.
- Gómez-Sánchez, L. E. (2019). Séptima evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 40(3), 205-210.
- Guillera, G., y Barrios, M. (2025). Undécima evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 46(3), 158-166.
- Hernández, A., Elosua, P., Fernández-Hermida, J. R., y Muñiz, J. (2022). Comisión de Test: Veinticinco años velando por la calidad de los test. *Papeles del Psicólogo*, 43(1), 55-62.
- Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., y Gómez Benito, J. (2020). International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 32(3), 390-398.
- Hernández, A., Paradell, È., Saavedra, L., y Vallar, F. (2024a). *Test de vocabulario en imágenes Peabody-5: PPVT-5* [Adaptación española]. Pearson Educación.
- Hernández, A., Paradell, È., Saavedra, L., y Vallar, F. (2024b). *Test de vocabulario expresivo-3: EVT-3* [Adaptación española]. Pearson Educación.
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 192-197.
- Hernández, A., Tomás, I., Ferreres, A., y Lloret, S. (2015). Tercera evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 1-8.
- Hidalgo, M. D., y Hernández, A. (2019). Sexta evaluación de test editados en España: resultados e impacto del modelo en docentes y editoriales. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 21-30.
- International Labour Organization (2016). *Workplace Stress: A Collective Challenge*. En <https://www.ilo.org/publications/workplace-stress-collective-challenge>

- International Test Commission. (2018). ITC guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134.
- International Test Commission y Association of Test Publishers (2022). *Guidelines for technology based assessment*. En <https://www.intestcom.org/page/28>
- Koo, T. K., y Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., y Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438-449.
- Leka, S., Jain, A., y World Health Organization. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. World Health Organization.
- Louzán, R., y Villarroja López, A. (2024). Impact of social desirability bias on the CoPsoQ-ISTAS 21 psychosocial risk assessment questionnaire. *Work*, 79(1), 241-251.
- Lozano, L. M. (2023). Novena evaluación de los test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 1-7.
- Moncada, S., Llorens, C., Font, A., Galtés, A., y Navarro, A. (2008). Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario COPSOQ ISTAS21. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 667-675.
- Moncada, S., Llorens, C., Moreno, N., y Molinero, E. (2014a). *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadoras*. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., y Kristensen, T. S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8(1), 18-29.
- Moncada, S., Llorens, C., Salas, S., Moriña, D., y Navarro, A. (2021). La tercera versión de COPSOQ-ISTAS21. Un instrumento internacional actualizado para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e1-16.
- Moncada, S., Utzet, M., Molinero, E., Llorens, C., Moreno, N., Galtés, A., y Navarro, A. (2014b). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) in Spain-A tool for psychosocial risk assessment at the workplace. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(1), 97-107.
- Muñiz, J. (2010). La Teoría de los Tests: Teoría Clásica y Teoría de Respuesta a los Ítems. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 57-66.
- Muñiz, J. (2018). La medición de lo psicológico. En Academia de Psicología de España (Ed.), *Psicología para un mundo sostenible. Volumen II* (pp. 13-29). Ed. Pirámide.
- Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2000). La utilización de los test en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, A., y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 113-128.
- Muñiz, J., Hernández, A., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Utilización de los test en España: el punto de vista de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 1-15.
- Navarro, A., Fernández-Cano, M. I., Salas-Nicas, S., Llorens, C., Moriña, D., y Moncada, S. (2022). Relación entre exposición a riesgos psicosociales y salud: un estudio de cohorte mediante el COPSOQistas21. *Gaceta Sanitaria*, 36(4), 376-379.
- Ponsoda, V., y Hontangas, P. (2013). Segunda evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 82-90.
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-77.
- Recio-Saboya, P. (2026). Duodécima evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 47(2), 106-114.
- Reise, S. P., Bonifay, W. E., y Haviland, M. G. (2013). Scoring and modeling psychological measures in the presence of multidimensionality. *Journal of Personality Assessment*, 95(2), 129-140.
- Sánchez-Sánchez, F., y Solar, M. (2024). *Cuestionario Para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas y el TDAH: ATENTO*. Hogrefe TEA Ediciones.
- Schütte, S., Chastang, J. F., Malard, L., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., y Niedhammer, I. (2014). Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 87, 897-907.
- Useche, S. A., Montoro, L., Alonso, F., y Pastor, J. C. (2019). Psychosocial work factors, job stress and strain at the wheel: Validation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) in professional drivers. *Frontiers in Psychology*, 10, 1531.
- Utzet, M., Moncada, S., Molinero, E., Llorens, C., Moreno, N., y Navarro, A. (2014). The changing patterns of psychosocial exposures at work in the South of Europe: Spain as a labor market laboratory. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(9), 1032-1042.
- Viladrich, C., Doval, E., Penelo, E., Aliaga, J., Espelt, A., García-Rueda, R., y Angulo-Brunet, A. (2021). Octava evaluación de test editados en España: Una experiencia participativa. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 1-9.
- Williams, K. T. (2019). *Expressive Vocabulary Test: EVT-3* (3rd ed.). NCS Pearson.

**Anexo. Listado de Nombres Completos de los Test Incluidos en la [Tabla 1](#)**

| Edición | Acronimo          | Nombre                                                                                                                                                                                          |
|---------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024    | ATENTO            | Cuestionario para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas y el TDAH                                                                                                                           |
|         | BFQ-2             | Big Five Questionnaire - 2                                                                                                                                                                      |
|         | CoPsoQ-Istas21-V2 | Cuestionario Psicosocial de Copenhague Versión 2                                                                                                                                                |
|         | EBE               | Batería de Evaluación del Bienestar Educativo                                                                                                                                                   |
|         | EVT-3             | Test de vocabulario expresivo-3                                                                                                                                                                 |
| 2023    | PPVT-5            | Test de vocabulario en imágenes Peabody-5                                                                                                                                                       |
|         | APM               | Análisis de Perfiles Motivacionales                                                                                                                                                             |
|         | Matrices-TAI      | Test Adaptativo de Inteligencia General (online)                                                                                                                                                |
|         | MACI-II           | Inventario Clínico para adolescentes Millon-II                                                                                                                                                  |
|         | SBE               | Screening de bienestar emocional para niños y adolescentes                                                                                                                                      |
| 2022    | SPMSQ             | Cuestionario de Pfeiffer de evaluación de deterioro cognitivo                                                                                                                                   |
|         | TECO              | Prueba para la evaluación del conocimiento fonológico                                                                                                                                           |
|         | THINEME           | Test de Inteligencia Emocional                                                                                                                                                                  |
|         | BESS              | Sistema de cribado conductual y emocional                                                                                                                                                       |
|         | CTC-R             | Cuestionario TEA Clínico-Revisado                                                                                                                                                               |
| 2021    | CTS-2             | Versión revisada de la Conflict Tactics Scales                                                                                                                                                  |
|         | CUMANIN-2         | Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil-2                                                                                                                                             |
|         | MASC2             | Escala de Ansiedad Multidimensional para Niños/as                                                                                                                                               |
|         | SRP 4             | Escala de Psicopatía                                                                                                                                                                            |
|         | TALE              | Test de análisis de lectoescritura                                                                                                                                                              |
| 2020    | BASC-3.           | Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes                                                                                                                                    |
|         | CIT               | Cuestionario de Impacto del Trauma                                                                                                                                                              |
|         | CPF               | Cuestionario de Personalidad Forense                                                                                                                                                            |
|         | CTE               | Cuestionario de Talento Emprendedor                                                                                                                                                             |
|         | DABS              | Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa                                                                                                                                                    |
| 2019    | GDS               | Escala de Depresión Geriátrica                                                                                                                                                                  |
|         | PROLEXIA          | Diagnóstico y Detección Temprana de la Dislexia                                                                                                                                                 |
|         | BAYLEY-III        | Escala Bayley de Desarrollo Infantil III                                                                                                                                                        |
|         | BECOLE-R          | Batería de Evaluación Cognitiva de las Dificultades en Lectura y Escritura. Revisada y Renovada                                                                                                 |
|         | CAG               | Cuestionario de Autoconcepto Garley                                                                                                                                                             |
| 2018    | DAS               | Escala de Ajuste Diádico                                                                                                                                                                        |
|         | MacArthur         | MacArthur Inventario de Desarrollo Comunicativo                                                                                                                                                 |
|         | RAVEN 2           | Matrices Progresivas de Raven 2                                                                                                                                                                 |
|         | BADyG/i           | Batería de Actividades mentales Diferenciales y Generales, Nivel infantil                                                                                                                       |
|         | BADyG/E1-r        | Batería de Actividades mentales Diferenciales y Generales, Nivel E1 renovado                                                                                                                    |
| 2017    | BADyG/E2-r        | Batería de Actividades mentales Diferenciales y Generales, Nivel E2 renovado                                                                                                                    |
|         | BADyG/E3-r        | Batería de Actividades mentales Diferenciales y Generales, Nivel E3 renovado                                                                                                                    |
|         | BADyG/M-r         | Batería de Actividades mentales Diferenciales y Generales, Nivel M renovado                                                                                                                     |
|         | BADyG/S-r         | Batería de Actividades mentales Diferenciales y Generales, Nivel S renovado                                                                                                                     |
|         | BRIEF-P           | Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva - Versión infantil                                                                                                                                |
| 2016    | CELF-5            | Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje, 5                                                                                                                                           |
|         | MCMI-IV           | Inventario Clínico Multiaxial de Millon, IV                                                                                                                                                     |
|         | PECO              | Prueba para la Evaluación del Conocimiento Fonológico                                                                                                                                           |
|         | TONI-4            | Test de Inteligencia No Verbal, 4                                                                                                                                                               |
|         | BRIEF-2           | Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva -2                                                                                                                                                |
| 2015    | BYI-2             | Inventarios de Beck para niños y adolescentes - 2                                                                                                                                               |
|         | DP-3              | Perfil de Desarrollo - 3                                                                                                                                                                        |
|         | Factor g-R        | Test de Inteligencia No Verbal - Revisado                                                                                                                                                       |
|         | IAES-A            | Inventario de Ansiedad Escolar - Abreviado                                                                                                                                                      |
|         | PAIB-1-R          | Prueba de Aspectos Instrumentales Básicos en Lenguaje y Matemáticas: E. Infantil (5 años), 1º y 2º E. Primaria - Renovada                                                                       |
| 2014    | PAIB-2-R          | Prueba de Aspectos Instrumentales Básicos en Lenguaje y Matemáticas: 3º y 4º E. Primaria - Renovada                                                                                             |
|         | PAIB-3-R          | Prueba de Aspectos Instrumentales Básicos en Lenguaje y Matemáticas: 5º y 6º E. Primaria y 1º ESO - Renovada                                                                                    |
|         | BADYG/E2-r        | Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales Renovado E2                                                                                                                                      |
|         | BADYG/S-r         | Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales                                                                                                                                                  |
|         | BAT-7             | Batería de Aptitudes de TEA                                                                                                                                                                     |
| 2013    | BDI-FastScreen    | Inventario de Depresión de Beck FastScreen para pacientes Médicos                                                                                                                               |
|         | BPR               | Batería de Pruebas de Razonamiento                                                                                                                                                              |
|         | CESPRO            | Batería para la Evaluación de las Estructuras Sintáctico-Semánticas que componen los enunciados de los problemas matemáticos y de la utilización de estrategias algorítmicas para su resolución |
|         | MATRICES          | MATRICES Test de Inteligencia General                                                                                                                                                           |
|         | MBMD              | Inventario Conductual de Millon para pacientes con diagnóstico médico                                                                                                                           |
| 2012    | Q-PAD             | Cuestionario para la evaluación de problemas en adolescentes                                                                                                                                    |
|         | SENSORY PROFILE   | Perfil Sensorial-2                                                                                                                                                                              |

| Edición | Acrónimo           | Nombre                                                                                      |
|---------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2016    | BADYG-E3           | Batería de Aptitudes Diferenciales y Generales Renovado E3                                  |
|         | CAEPO              | Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos                          |
|         | EDI-3              | Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-3                                       |
|         | EVAPROMES          | Evaluación de los Procesos Metacognitivos en Escritura                                      |
|         | LAEA               | Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto                                    |
|         | MABC-2             | Batería de Evaluación del Movimiento para niños-2                                           |
|         | MABC-2-LOC         | Lista de Observación Conductual de la MABC-2                                                |
|         | NEPSY-II           | Batería Neuropsicológica Infantil-II                                                        |
|         | PAIB 2 y 3         | Prueba de Aspectos Instrumentales Básicos 2 y 3                                             |
|         | PRO 1-2 y 3        | Protocolo de Evaluación del Lenguaje                                                        |
|         | TEMT               | Test de Evaluación Matemática Temprana                                                      |
| 2015    | WISC-V             | Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V                                             |
|         | ABAS-II            | Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa                                             |
|         | BADyG/M-r          | Batería de Aptitudes Diferencial y Generales. Nivel M Renovado                              |
|         | BETA               | Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos                                       |
|         | BSI-18             | Inventario Breve de 18 Síntomas                                                             |
|         | CECAD              | Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión                                        |
|         | EHPAP              | Evaluación de Habilidades y Potencial de Aprendizaje para Preescolares                      |
|         | PAIB-1             | Prueba de Aspectos Instrumentales Básicos en Lenguaje y Matemáticas                         |
|         | PECC               | Prueba para la Evaluación de la Cognición Cotidiana                                         |
|         | SCIP               | Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría                                            |
|         | WMS-IV             | Escala de Memoria de Wechsler -IV                                                           |
| 2014    | WPPSI-IV           | Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria -IV                           |
|         | BCSE               | Test Breve para la evaluación del estado cognitivo                                          |
|         | BECOLE             | Batería de Evaluación Cognitiva de la Lectura y la Escritura                                |
|         | BOHEM-3            | Test Boehm de conceptos básicos                                                             |
|         | BOHEM-3 Preescolar | Test Boehm de conceptos básicos - 3 Preescolar                                              |
|         | CESQT              | Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo                     |
|         | ECLE               | Evaluación de la comprensión lectora                                                        |
|         | ESQUIZO-Q          | Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia                                   |
|         | IECI               | Inventario de Estrés Cotidiano Infantil                                                     |
|         | SOC                | Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco                                      |
|         | TRAUMA             | Test de Resistencia al Trauma                                                               |
| 2013    | WAIS-IV            | Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV                                          |
|         | BAI                | Inventario de ansiedad de Beck                                                              |
|         | BAS-II             | Escalas de aptitudes intelectuales                                                          |
|         | BDI-II             | Inventario de depresión de Beck-II                                                          |
|         | CEAM               | Cuestionario de estrategias de aprendizaje y motivación                                     |
|         | CompeTEA           | Cuestionario para la evaluación de las competencias en el contexto laboral                  |
|         | EPV-R              | Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja - Revisada              |
|         | ESCOLA             | Escala de conciencia lectora                                                                |
|         | ESPERI             | Cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes |
|         | MerrillPalmer-R    | Escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas                                              |
|         | PAI                | Inventario de evaluación de la personalidad                                                 |
| 2012    | RIAS / RIST        | Escalas de inteligencia de Reynolds / Test de inteligencia breve de Reynolds                |
|         | WNV                | Escala no verbal de aptitud intelectual de Wechsler                                         |
|         | 16PF-5             | Dieciséis Factores de Personalidad, quinta edición                                          |
|         | EFAI               | Evaluación Factorial de la Aptitudes Intelectuales                                          |
|         | EVALUA             | Batería Psicopedagógica                                                                     |
|         | IGF                | Batería de Inteligencia General y Factorial                                                 |
|         | MMPI-2RF           | Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado                     |
|         | NEO PI-R           | Inventario de Personalidad NEO Revisado                                                     |
|         | PROLEC-R           | Batería de Evaluación de procesos Lectores, revisada                                        |
|         | WISC-IV            | Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV                                            |

Artículo

# La Psicología Clínica en Atención Primaria: Integrando la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Gema Quesada Milena , Rebeca Bohórquez Martínez , Candela Navarro Hernández   
y Manuel Espinosa Sánchez 

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

## INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 11, 2025  
Aceptado: Febrero 20, 2026

### Palabras clave

Atención primaria  
Psicología clínica  
Salud mental  
Intervención psicológica  
Sistema sanitario público

## RESUMEN

La Atención Primaria (AP) constituye el principal nivel asistencial para la atención de los trastornos mentales comunes, que representan una proporción elevada de la demanda clínica. Sin embargo, la limitada disponibilidad de recursos psicológicos especializados en este ámbito ha favorecido un abordaje predominantemente farmacológico y ha contribuido a la sobrecarga de otros dispositivos de salud mental. El presente trabajo analiza el papel del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) en AP, describiendo sus funciones clínicas, preventivas y de coordinación, así como su contribución a la detección temprana y a la intervención psicológica breve basada en la evidencia. Se revisan experiencias desarrolladas en distintas comunidades autónomas y se examinan sus resultados en términos de accesibilidad, eficiencia asistencial y adecuación de las intervenciones. La evidencia disponible sugiere que la incorporación del PEPC en AP es una estrategia relevante para mejorar la calidad de la atención en salud mental, siempre que se acompañe de una planificación adecuada de recursos.

## Clinical Psychology in Primary Care: Integrating Mental Health into the Frontline of Healthcare

## ABSTRACT

Primary care (PC) is the main healthcare setting for the management of common mental disorders, which account for a substantial proportion of clinical demand. However, the limited availability of specialized psychological resources in this setting has favored a predominantly pharmacological approach and contributed to the overload of specialized mental health services. This paper analyzes the role of specialist clinical psychologists (SCPs) in primary care, describing their clinical, preventive, and coordination functions, as well as their contribution to early detection and evidence-based brief psychological interventions. Experiences from different Spanish autonomous communities are reviewed, and their outcomes are examined in terms of accessibility, efficiency, and appropriateness of care. Available evidence suggests that the integration of clinical psychology into primary care is an important strategy to improve the quality of mental healthcare, provided it is supported by adequate planning of human resources.

### Keywords

Primary care  
Clinical psychology  
Mental health  
Psychological intervention  
Public healthcare system

## Introducción

La Atención Primaria (en adelante AP) constituye el primer nivel asistencial del Sistema Nacional de Salud (SNS) y representa la principal vía de acceso de la ciudadanía al sistema sanitario. En este ámbito, un porcentaje significativo de la demanda asistencial está relacionado con problemas de salud mental (Alonso et al., 2019). Concretamente, el Ministerio de Sanidad (2023) refiere que entre el 30 % y el 40 % de las consultas en AP presentan un componente de salud mental. Además, la creciente conciencia de la población sobre su bienestar psicológico ha incrementado progresivamente estas demandas (Flores-Hens et al., 2024).

Aproximadamente el 80% de los casos de malestar psicológico leve o moderado son atendidos exclusivamente en AP, siendo el nivel de referencia para el tratamiento de los trastornos mentales comunes. Solo los casos más graves se derivan a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), las cuales se encuentran saturadas y con listas de espera elevadas (Alonso et al., 2019; Pérez y Fernández, 2008).

Sin embargo, la disponibilidad de recursos psicológicos en AP es muy limitada. La ausencia de Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC) en la mayoría de los centros de salud ha conducido a que el abordaje de estos cuadros se limite a la contención médica, aumentando la carga sobre los Médicos de Atención Primaria (MAP), cuya formación en salud mental se centra principalmente en el tratamiento farmacológico. En consecuencia, algunos trastornos emocionales pueden no ser detectados de manera eficaz (Campos y Rodríguez-Arias, 2020), generando un uso sostenido de psicofármacos, especialmente benzodiacepinas (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS], 2024). Además, los MAP consideran que muchos pacientes podrían beneficiarse de intervenciones psicológicas sin medicación y que la incorporación de PEPC mejoraría tanto la calidad asistencial como la adecuación de los tratamientos (Flores-Hens et al., 2024).

A todo esto, se suma el elevado coste sanitario, social y económico asociado a los problemas psicológicos que se manifiesta en el aumento de consultas en AP, del consumo de psicofármacos y de las bajas laborales y el absentismo. La evidencia indica que la inversión en tratamientos psicológicos resulta altamente rentable, con un retorno estimado de hasta el 400 % (Cuéllar-Flores et al., 2022).

En este contexto, los PEPC son clave para cubrir un vacío estructural en la atención psicológica de AP. Su presencia permite intervenciones tempranas, favorece la recuperación funcional, disminuye la cronificación de síntomas y evita la derivación innecesaria a servicios de mayor complejidad (Ministerio de Sanidad, 2022, 2023). Además, los PEPC desarrollan funciones de prevención, promoción del bienestar psicológico y asesoramiento a otros profesionales, favoreciendo un abordaje biopsicosocial y multidisciplinar y aumentando la eficiencia del sistema (Alonso et al., 2019; Font et al., 2018).

Aunque la necesidad de la inclusión de los PEPC en AP ha ganado visibilidad en los últimos años, su incorporación se ha producido de forma desigual entre comunidades autónomas (CCAA), dando lugar a modelos asistenciales heterogéneos condicionados por diferencias organizativas, normativas y de disponibilidad limitada de profesionales que cuenten con la especialidad (Cuéllar-Flores et al., 2022; Duro, 2016).

Una de las propuestas recientes para dar solución a la carencia de profesionales con especialidad aboga por la incorporación del Psicólogo General Sanitario en AP, argumentando su papel en la promoción de la salud y la atención a problemáticas leves o moderadas (Infocop, 2025). Si bien estas iniciativas parten de la necesidad compartida de mejorar el acceso a la atención psicológica, plantean interrogantes relevantes desde el punto de vista clínico y organizativo (Duro, 2016).

Aunque este artículo no pretende abrir debate ni comparar la formación y competencias de cada profesional sanitario, es importante destacar que la AP constituye un nivel asistencial especializado. Se trata de un dispositivo sanitario integrado en el SNS con circuitos, cartera de servicios y una función clave en la coordinación de la red de salud pública. Desde el punto de vista normativo, la provisión de prestaciones sanitarias dentro del SNS se vincula a la formación sanitaria especializada oficialmente reconocida, según el Real Decreto 183/2008. La titulación PEPC se obtiene a través del Programa PIR, que cuenta con cuatro años de formación en los que se rota por distintos dispositivos de la red de salud mental del SNS (Orden SAS/1620/2009).

En este sentido, situar como “puerta de entrada” a profesionales externos a dicha estructura puede generar dificultades en la continuidad asistencial, la adecuada valoración del riesgo y el conocimiento de los recursos disponibles. Más que la creación o adhesión de figuras alternativas, la evidencia sugiere que el fortalecimiento de la Psicología Clínica en AP permitiría responder a la demanda asistencial. Para ello, resulta clave una planificación adecuada de plazas PEPC y de Psicólogo Interno Residente (PIR), garantizando así calidad, seguridad y coherencia con el modelo sanitario vigente (Cuéllar-Flores et al., 2022).

Tal y como señala Duro (2016), la atención psicológica en el primer nivel asistencial no puede reducirse a la contención emocional o al apoyo inespecífico, sino que requiere competencias clínicas específicas en evaluación, diagnóstico, intervención psicológica breve basada en la evidencia y coordinación con otros niveles asistenciales.

En la actualidad, diversas CCAA como Andalucía, Madrid o Asturias han incorporado de forma incipiente a los PEPC en centros de salud, aunque las cifras continúan siendo insuficientes. Aun así, la presencia del PEPC en AP ha sido valorada de forma positiva tanto por profesionales como por pacientes. Este dispositivo actúa como una unidad intermedia entre los MAP y las USMC, permitiendo la atención temprana de sintomatología menos grave y reduciendo las derivaciones innecesarias. Para los pacientes, este modelo favorece intervenciones precoces, reduce las listas de espera, disminuye la cronificación de síntomas y se asocia a menor consumo de psicofármacos (Duro, 2016; Fernández-Garzón et al., 2025; Font et al., 2018).

El Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019) y la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022) reconocen explícitamente la necesidad de reforzar la presencia del PEPC en AP, mejorar las condiciones laborales, garantizar su disponibilidad y fomentar modelos integradores de salud mental comunitaria. A pesar de estos avances normativos, el número de plazas PIR ofertadas continúa siendo muy inferior a las necesidades estimadas, cifradas en torno a 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Cuéllar-Flores et al., 2022; Ministerio de Sanidad, 2024).

Este artículo se centra en el papel del PEPC en AP, revisando la evidencia disponible sobre su implementación en algunas CCAA y destacando las claves profesionales necesarias para establecer una atención psicológica pública, de calidad y sostenible en el primer nivel asistencial.

### El rol del Psicólogo Especialista en Atención Primaria

Desde el enfoque biopsicosocial, el PEPC realiza inicialmente una valoración clínica del motivo de consulta, integrando los síntomas referidos por el paciente, su historia de salud, su contexto vital, los factores estresores actuales, los recursos personales disponibles y el entorno familiar y social. Esta evaluación permite diferenciar entre malestares inespecíficos, síntomas reactivos o adaptativos y trastornos psicopatológicos establecidos. A partir de ello, el PEPC decide cuál será la mejor respuesta clínica: intervención directa (individual o grupal), seguimiento, derivación o indicación de no tratamiento (Martín et al., 2018; Ortiz y Murcia, 2009).

Atendiendo a la lógica asistencial de AP, donde la brevedad, accesibilidad y sostenibilidad son criterios fundamentales, el PEPC implementa tratamientos psicológicos breves y focalizados. Entre los modelos más utilizados, y con mayor respaldo empírico, se encuentran la terapia cognitivo-conductual breve, la intervención centrada en la solución de problemas, el entrenamiento en regulación emocional, la psicoeducación y las estrategias de afrontamiento (González-Blanch et al., 2018; Alonso et al., 2019). Estas intervenciones se articulan de forma flexible y en estrecha coordinación con el equipo de AP, pudiendo adoptar distinto formatos en función de las necesidades clínicas y organizativas.

Además de la intervención psicológica, el PEPC actúa como figura de referencia dentro del equipo multidisciplinar del centro de salud, participando activamente en sesiones clínicas, supervisión de profesionales en formación, reuniones de coordinación y discusión de casos complejos. Esta colaboración estrecha con los profesionales de AP y del entorno comunitario permite mejorar la continuidad asistencial y establecer circuitos de derivación más eficientes con el segundo nivel de atención (Alonso et al., 2019; Duro, 2016).

Por otro lado, el PEPC en AP también dedica parte de su ejercicio profesional a la prevención. En esta línea, se distinguen dos enfoques adicionales: la prevención universal, que comprende intervenciones dirigidas a la población general o a colectivos amplios sin distinción individual; y la prevención selectiva, centrada en individuos o grupos específicos que presentan un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno mental. Estas intervenciones pueden llevarse a cabo a través de talleres grupales, sesiones de psicoeducación y salud emocional, orientación familiar y/o participación en campañas comunitarias. Pueden desarrollarse en el mismo centro de salud, en otros espacios comunitarios o en centros educativos. Se ha constatado que este tipo de intervenciones tienen un impacto directo en la salud mental poblacional, además de contribuir a reducir el estigma asociado a la psicopatología (Ortiz, 2015; Duro, 2016).

Además, el PEPC desempeña un papel clave en la prevención cuaternaria, al reducir la iatrogenia psicológica y médica mediante una adecuada valoración clínica del malestar emocional (Alonso et al., 2019). Esta evaluación permite discriminar entre reacciones

adaptativas, sufrimiento psíquico vinculado a las condiciones de vida y trastornos mentales susceptibles de intervención específica, orientando la toma de decisiones clínicas y evitando tanto la medicalización innecesaria como la aplicación indiscriminada de intervenciones psicológicas estructuradas. De este modo, el PEPC puede ajustar su respuesta de forma flexible, incluyendo la indicación de no tratamiento cuando no está clínicamente justificado, en coherencia con los principios de la prevención cuaternaria (Duro, 2016; Ortiz, 2015).

Estudios previos han señalado que una pequeña proporción de pacientes derivados a intervención psicológica no obtiene beneficios clínicos significativos, especialmente cuando se trata de malestares reactivos o vinculados a eventos vitales susceptibles de remisión espontánea (Campos y Rodríguez-Arias, 2020). La actuación del PEPC contribuye así a prevenir procesos de sobrediagnóstico y medicalización del sufrimiento cotidiano, favoreciendo la despatologización de los problemas de la vida diaria y el fortalecimiento de la capacidad de afrontamiento de las personas, lo que se ha asociado a una prevención de futuras psicopatologías (Duro, 2016; Gutiérrez et al., 2020).

En resumen, el PEPC aporta al equipo de AP una mirada especializada y necesaria para abordar la salud mental comunitaria con rigor y sensibilidad. Su actuación no se limita al tratamiento clínico, sino que también abarca la prevención en todos sus niveles, la formación continua sobre salud mental para el equipo, la coordinación con el segundo nivel asistencial y la implementación de estrategias comunitarias contextualizadas.

### Intervención Psicológica Especializada en Atención Primaria

A la hora de abordar el desequilibrio entre la elevada demanda asistencial y la limitada oferta de intervención psicológica en los trastornos mentales leves y moderados, diversos autores y organismos han propuesto modelos de Atención Integrada. Estos modelos plantean una colaboración estrecha entre profesionales de salud mental y medicina desde el primer nivel asistencial, favoreciendo la continuidad de cuidados y una respuesta clínica ajustada al contexto psicosocial del paciente (Alonso et al., 2019; Pastor, 2008).

Una propuesta metodológica ampliamente respaldada por la evidencia es el modelo de atención escalonada (o *stepped care*), adoptado en múltiples sistemas sanitarios. Este enfoque, recomendado en las principales guías de práctica clínica sobre el manejo de la depresión y la ansiedad, sitúa el tratamiento psicológico como tratamiento de primera elección y plantea una progresión de intervenciones de baja a alta intensidad según las necesidades o la gravedad del paciente (Gutiérrez et al., 2020). El modelo cuenta con cinco niveles y propone la implementación de intervenciones progresivas, comenzando por tratamientos de baja intensidad (psicoeducación, autoayuda guiada, intervenciones breves...) y reservando recursos más intensivos (atención en USMC, hospitales y centros de larga estancia) para los casos que no mejoren con las primeras estrategias. Esta aproximación permite optimizar recursos, reducir listas de espera y evitar intervenciones innecesarias o iatrogénicas. En España, este enfoque ha servido de base para procesos asistenciales como el Proceso Asistencial Integrado para ansiedad, depresión y somatizaciones (Font et al., 2018).

Un ejemplo internacional de modelo escalonado de atención psicológica es el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) del National Health Service (NHS) en Inglaterra. Este modelo ofrece terapias basadas en evidencia para ansiedad y depresión mediante un enfoque de atención progresivo, donde las intervenciones van de baja a alta intensidad según las necesidades y evolución clínica del paciente. Los estudios muestran resultados clínicos sólidos en sintomatología emocional, evidenciando la efectividad de estructurar la atención psicológica en niveles de complejidad progresiva. Aunque este programa ha servido como referente internacional para la planificación de intervenciones escalonadas en AP (Wakefield et al., 2021), no está exento de críticas por incluir profesionales sin la adecuada formación y por su énfasis en la aplicación de protocolos sistematizados, desviándose en ocasiones del verdadero objetivo: la recuperación de la persona (Blanco, 2025). También debemos señalar que los mecanismos de acceso y composición de plantilla del NHS difieren de los modelos españoles.

En el contexto nacional, destaca el programa PsicAP, diseñado como estudio piloto para atender trastornos emocionales leves y moderados y problemas emocionales asociados a enfermedades crónicas que afectan la calidad de vida y la adherencia al tratamiento médico (Infocop, 2016; Flores-Hens et al., 2024). PsicAP aplica terapia grupal transdiagnóstica basada en técnicas cognitivo-conductuales durante siete sesiones de hora y media distribuidas en cuatro meses (González-Blanch et al., 2018). Los estudios muestran que esta intervención produce reducciones significativas de los síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones, mejora la calidad de vida y disminuye el consumo de psicofármacos en comparación con el tratamiento habitual en AP, alcanzando tamaños del efecto de moderados a altos (Infocop, 2016; Duro, 2016).

Siguiendo los principios de la atención escalonada y colaborativa, el proyecto evidencia que la intervención psicológica especializada en AP puede ser implementada de manera eficaz y eficiente, ofreciendo una alternativa replicable y costo-efectiva frente a la gestión tradicional basada exclusivamente en psicofármacos (Flores-Hens et al., 2024).

A continuación, se describen algunas experiencias desarrolladas en distintas CCAA que han incorporado la figura del PEPC en AP, con el objetivo de ilustrar diferentes modalidades de inclusión de este perfil profesional en el SNS.

En el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) se ofrece atención psicológica especializada en AP desde 2018, tomando como referencia el proyecto PsicAP. La atención se dirige exclusivamente a población adulta y se caracteriza por un predominio de intervenciones en formato grupal, coexistiendo con intervenciones en formato individual. Cada profesional da cobertura a varios centros de salud y el acceso a la atención psicológica se organiza mediante derivación desde el MAP. En una encuesta realizada en 2022, en la que participaron 17 de los 21 PEPC que prestaban servicio en AP, se observó que el tiempo medio de espera para la primera consulta era de aproximadamente 30 días, que atendían una media de 20,7 pacientes diarios en formato individual y que realizaban una media de cinco grupos terapéuticos semanales (Fernández-Garzón et al., 2025).

En Andalucía se puso en marcha en 2021 el Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP), mediante la

contratación de 43 psicólogos clínicos distribuidos en 58 centros de salud. Según los informes institucionales disponibles, el programa habría realizado más de 9.000 intervenciones colaborativas y atendido a 12.617 pacientes. Estos informes describen una elevada satisfacción de los usuarios (74 % califican la atención como excelente) y posibles mejoras en la eficiencia asistencial, con una media de 1,8 sesiones por paciente y una demora aproximada de 24 días. Asimismo, se señalan como resultados relevantes la consolidación progresiva del modelo, el incremento de las intervenciones grupales, la reducción del consumo de benzodiacepinas y una disminución de las derivaciones desde Atención Primaria a las USMC en comparación con el periodo previo al programa (Consejería de Salud y Consumo, 2024).

En Asturias se implementa un programa piloto en 2017 basado en intervenciones psicológicas breves para el abordaje de trastornos mentales comunes. Mostró una atención accesible y rápida, donde las listas de espera eran inferiores a siete días. Además, solo una pequeña proporción de los pacientes precisó derivación a las USMC. Esta organización permite prevenir la cronificación, descongestionar la red de salud mental especializada y atender de manera temprana la patología leve y moderada. Tanto profesionales como pacientes valoran la intervención como muy útil, con altos niveles de satisfacción (Gutiérrez-López et al., 2020).

Otras CCAA como Murcia, Baleares o Navarra también han incorporado PEPC en los centros de salud. En estos contextos se subraya la relevancia de la presencia física del PEPC en el primer nivel asistencial ya que actúa como nexo entre AP y USMC, interviene de manera temprana, previene la cronificación de los síntomas y descongestiona recursos (Duro, 2016).

En conjunto, la evidencia señala que la atención psicológica en AP debe ser accesible, limitada en el tiempo y centrada en la indicación clínica. La inclusión del PEPC permite garantizar una atención ajustada a las necesidades de cada caso y ofreciendo un abordaje integral de los trastornos mentales comunes (Latorre et al., 2016).

## Discusión

Parece existir un bajo nivel de satisfacción tanto por parte de los profesionales médicos como de los propios pacientes en relación con el abordaje actual de los trastornos emocionales en AP. A ello se suma la dificultad para derivar a niveles asistenciales superiores, condicionada por limitaciones clínicas y estructurales del sistema. Como consecuencia, se produce una cronificación o agravamiento de malestares psicológicos que, con una intervención adecuada y temprana, podrían haberse resuelto de forma más eficiente. Otra cuestión especialmente preocupante es el elevado consumo de psicofármacos en este contexto, a pesar de que esta estrategia se aleja de aquellas recomendadas para el tratamiento de los trastornos mentales comunes (Flores-Hens et al., 2024).

En este escenario de malestar asistencial, la incorporación del PEPC en los centros de salud ha sido valorada positivamente. Las intervenciones psicológicas han demostrado ser tratamientos seguros y coste-efectivos para los trastornos mentales comunes, reforzando la necesidad de integrar perfiles especializados en el primer nivel asistencial.

Desde una mirada biopsicosocial, el trabajo del PEPC ofrece una atención humanizada y contextualizada, lo que permite diferenciar

con mayor precisión entre malestar vital, síntomas adaptativos y trastornos mentales establecidos, evitando tanto el sobrediagnóstico como la desatención. Su labor en AP no se limita a la intervención psicoterapéutica reglada, sino que incluye la evaluación clínica, el abordaje temprano de los trastornos mentales comunes, la prevención de la cronificación, el trabajo coordinado con otros profesionales del equipo de salud y la optimización de las derivaciones a otros niveles asistenciales cuando son necesarias.

No obstante, la implementación de la atención psicológica en AP en España no está exenta de dificultades. Actualmente no existe un modelo estatal consensuado, lo que ha dado lugar a programas autonómicos heterogéneos en cuanto a organización, cobertura poblacional, modalidades de intervención y ratios profesionales. A ello se añade que la creciente demanda de atención psicológica supera ampliamente la dotación actual de profesionales, comprometiendo las condiciones mínimas de calidad necesarias para garantizar una atención segura y eficaz. En este contexto, se han promovido respuestas parciales y a corto plazo, como la incorporación de profesionales sin especialidad sanitaria o la creación de figuras alternativas (Infocop, 2025) que, si bien buscan aliviar la presión asistencial, plantean interrogantes relevantes en términos de calidad, equidad y seguridad clínica (Duro, 2016).

Es importante subrayar que la AP no está concebida como un dispositivo destinado a atender “malestares simples” ni a realizar exclusivamente funciones de cribado, sino que constituye un nivel asistencial especializado del SNS. Por ello, los profesionales que lo integran —medicina de familia, enfermería comunitaria, pediatría o psicología clínica— deben contar con la formación sanitaria especializada correspondiente (Real Decreto 183/2008). En este sentido, el PEPC dispone de competencias, autonomía clínica y formación específica que le permiten garantizar una atención psicológica basada en la evidencia, mantener estándares de calidad asistencial y preservar la seguridad y equidad en el acceso a los cuidados (Blanco, 2025; Fernández-Garzón et al., 2025).

El Proyecto PSICAP por el que se está estudiando e implantando la atención psicológica especializada en AP concluye que el tratamiento psicológico es hasta 3 veces más eficaz que el tratamiento habitual en AP para problemas de ansiedad, depresión y somatización (Alonso et al., 2019).

Así mismo, los datos disponibles indican que en aquellas CCAA donde se ha implementado el PEPC en AP, tanto la población como el propio sistema sanitario se ven beneficiadas. Las experiencias descritas en Madrid, Andalucía o Asturias muestran mejoras en el acceso a la atención psicológica, intervención temprana, reducciones en las listas de espera y menor necesidad de derivación a otros dispositivos, entre otras.

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la pertinencia de integrar de forma estable al PEPC en AP como pieza clave de un modelo de atención escalonada, comunitaria y sostenible.

Por último, señalar que el presente trabajo presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. En primer lugar, existe una escasez de publicaciones científicas de calidad que recojan de forma sistemática los datos derivados de los programas públicos de atención psicológica en AP, lo que dificulta realizar análisis comparativos robustos y extraer conclusiones generalizables. En segundo lugar, no se ha llevado a cabo una revisión detallada de la evidencia procedente de otros países, dado que las diferencias estructurales y organizativas entre sistemas sanitarios públicos

limitan la comparabilidad directa de los modelos de integración de la psicología clínica en AP. Por último, aunque se describen experiencias autonómicas concretas, no ha sido posible analizar en profundidad las diferencias entre CCAA debido, nuevamente, a la falta de publicaciones disponibles y a la heterogeneidad en la implementación de los programas. Estas limitaciones ponen de relieve la necesidad de impulsar evaluaciones sistemáticas, homogéneas y transparentes desde las propias administraciones públicas.

## Conclusión

La alta prevalencia de los trastornos mentales comunes, la elevada carga que generan para los pacientes y para el sistema sanitario, la limitada capacidad de las USMC y las prolongadas listas de espera, evidencian la necesidad de reforzar su abordaje en AP. En este contexto, la incorporación del PEPC en los equipos de AP representa una medida clave para fortalecer el SNS desde una perspectiva integral y multidisciplinar. Su presencia permite intervenciones tempranas y centradas en la persona, mejorando el acceso, la calidad y la eficiencia de la atención en salud mental. Además, se ha demostrado que estas intervenciones son efectivas, bien aceptadas por la población y contribuyen a reducir la psicopatologización de la vida cotidiana, disminuyendo el estigma y potenciando la percepción de autoeficacia de pacientes y profesionales (Duro, 2016).

A pesar de estos beneficios, la implementación de estos programas enfrenta importantes desafíos. Entre ellos destaca la escasez de profesionales, con ratios muy inferiores a los recomendados por organismos internacionales. Este déficit estructural hace necesario que cualquier incremento de PEPC vaya acompañado de un aumento paralelo y sostenido de plazas PIR, garantizando tanto la cobertura de nuevas necesidades asistenciales como el relevo generacional frente a las jubilaciones previstas. De lo contrario, existe el riesgo de consolidar modelos asistenciales basados en figuras no especializadas (Cuéllar-Flores et al., 2022).

Para que la atención psicológica en AP sea eficaz, segura y sostenible, su planificación debe basarse en criterios de calidad y no limitarse a responder a incrementos de la demanda asistencial. Los tratamientos psicológicos resultan efectivos siempre que se proporcionen en condiciones mínimas de calidad, lo que implica una adecuada ratio de profesionales, una temporalidad definida y una formación reglada. Por tanto, la solución no reside en la incorporación de figuras alternativas, sino en una planificación conjunta y progresiva del aumento de plazas PEPC y PIR, que evite la fragmentación de la atención sanitaria y garantice intervenciones adecuadas.

Finalmente, consolidar la Psicología Clínica en AP requiere no solo evidencia empírica y planificación sanitaria, sino también un amplio consenso y respaldo institucional. La coordinación entre asociaciones científicas, colegios profesionales y autoridades sanitarias es clave para reforzar la legitimidad de estos proyectos, asegurar la continuidad de los programas y favorecer la confianza de los profesionales y de la ciudadanía. La voluntad política, el refuerzo estructural y la apuesta decidida por profesionales clínicos cualificados son, en definitiva, imprescindibles para responder a los retos actuales en salud mental desde el primer nivel asistencial.

En definitiva, atender los trastornos mentales comunes en AP mediante la incorporación estable y planificada de PEPC constituye una prioridad sanitaria y social, con implicaciones claras para la eficiencia, la equidad y la calidad del SNS.

### Conflicto de Intereses

La autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la ejecución de este artículo.

### Referencias

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2024). *Informe anual del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) 2023*. [https://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/SEFV-H/docs/Informe\\_Anuar\\_FV\\_2023.pdf](https://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/SEFV-H/docs/Informe_Anuar_FV_2023.pdf)
- Alonso Gómez, R., Lorenzo Reina, L., Flores Méndez, I., Martín García, J., y García Briñol, L. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 51(5), 310-313. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.012>
- Blanco, A. (2025). Hacia un modelo de psicología clínica en atención primaria: Ideas a debate y propuestas. *Psicología Clínica*, 2(1), 65-78. <https://www.psicologiaclinica.es/index.php/pclin/article/view/v2i1>
- Campos, A., y Rodríguez-Arias, J. L. (2020). Psicología en atención primaria: análisis de un año de rotación de la Especialidad de Psicología Clínica desde un modelo de Terapia Familiar Breve. *Cadernos de Atención Primaria*, 26(1), 4-10. [https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2020/07/Agamfec\\_26\\_1.pdf](https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2020/07/Agamfec_26_1.pdf)
- Consejería de Salud y Consumo. (2024). *Informe de seguimiento 2023: Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria para Andalucía*. Junta de Andalucía. <https://es.scribd.com/document/620503836/INFORME-PSICOLOGIA-CLINICA-EN-AP-220622>
- Cuéllar-Flores, I., Fernández-Garzón, L., Ferreira, M., Maldonado, M. J., Vázquez, S., De la Vega, I., Félix-Alcántara, M. P., y Antequera, J. (2022). *Planificación del crecimiento de la Psicología Clínica en el Servicio Madrileño de Salud: una propuesta razonada (Proyecto-Informe)*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/planificacion-del-crecimiento-de-la-psicologia-clinica-en-el-servicio-madrileno-de-salud-una-propuesta-razonada>
- Duro, J. C. (2016). Psicología clínica en atención primaria de salud: ¿Por qué, para qué y cómo? *Infocop Online*. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.infocoponline.es/pdf/PSICOLOGIACLINICAENAP2.pdf>
- Fernández-Garzón, L., Ferreira González, M., Cuéllar-Flores, I., y Palacios Albarsanz, M. L. (2025). La Psicología Clínica en Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud: desarrollo, indicadores asistenciales y perspectivas de futuro. *Clínica Contemporánea*, 16(2), e13. <https://doi.org/10.5093/cc2025a13>
- Flores-Hens, M., Gálvez-Lara, M., Cano-Vindel, A., y Moriana-Elvira, J. A. (2024). Estudio piloto sobre la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales en Atención Primaria. *Apuntes de Psicología*, 42(1), 11-19. <https://doi.org/10.55414/ap.v42i1.1545>
- Font Payeras, M. A., Novo Vázquez, M. de la M., Lemus Veleza, A. Y., Gómez Castillo, M. D., y Muñoz-Navarro, R. (2018). El psicólogo interno residente (PIR) en atención primaria: experiencia en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169-170), 51-64. <https://doi.org/10.33776/amc.v44i169-70.3379>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Adrián Medrano, L., ... Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: El manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- Gutiérrez López, M. I., López Alonso, N., Alonso Gómez, R., y Veiga Martínez, C. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias. *Semergen: Revista Española de Medicina de Familia*, 46(2), 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.09.002>
- Infocop. (2016, 13 de septiembre). La inclusión del psicólogo clínico en Atención Primaria, mejora la salud física y mental: Entrevista a Antonio Cano-Vindel. *Infocop*. <https://www.infocop.es/la-inclusion-del-psicologo-clinico-en-atencion-primaria-mejora-la-salud-fisica-y-mental-entrevista-a-antonio-cano-vindel>
- Infocop. (2025, 23 de octubre). Comunidades Autónomas apuestan por incorporar la figura del psicólogo general sanitario en Atención Primaria. *Infocop*. <https://www.infocop.es/comunidades-autonomas-apuestan-por-incorporar-la-figura-del-psicologo-general-sanitario-en-atencion-primaria/>
- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Wood, C. M., y Cano Vindel, A. (2016). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en Atención Primaria: un problema sin resolver. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.10.001>
- Martín García-Sancho, J. C., Garriga Puerto, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo Cáscales, M. J., y Espinosa Gil, R. M. (2018). Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *Anales de Psicología*, 34(1), 30-40. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/saludPublica/saludMental/planAccion.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Gobierno de España. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME\\_ANUAL\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. *Boletín Oficial del Estado*, (109). [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761)
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Resolución de la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada 2024/2025*. Gobierno de España.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 146, de 17 de junio de 2009. <https://www.boe.es>
- Ortiz Lobo, A. (2015). El arte de hacer el mínimo daño en salud mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 26(123), 350-357.
- Ortiz Lobo, A., y Murcia García, L. (2009). La indicación de no-tratamiento: Aspectos psicoterapéuticos. En A. Retolaza (Ed.), *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación* (Estudios, 41, pp. 179-194). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en Atención Primaria: un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 281-290. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1610.pdf>
- Pérez Álvarez, M., y Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: La psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829302.pdf>

- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 45, de 21 de febrero de 2008. <https://www.boe.es>
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., y Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10 years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1-37. <https://doi.org/10.1111/bjc.12259>

Artículo

# Una Revisión Sistemática de la Investigación Española sobre Terrorismo y Trastorno de Estrés Postraumático: el Impacto de los Atentados Terroristas del 11-M

Ana Sanz-García 

Universidad Complutense de Madrid, España

## INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 8, 2025

Aceptado: Febrero 25, 2026

### Palabras clave

Terrorismo  
Trastorno de estrés postraumático  
Tratamiento psicológico  
Análisis temático  
Revisión sistemática

### Keywords

Terrorism  
Posttraumatic stress disorder  
Psychological treatment  
Thematic analysis  
Systematic review

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue revisar sistemáticamente la literatura científica española sobre terrorismo y trastorno de estrés postraumático (TEPT) para analizar si los atentados del 11-M influyeron en su desarrollo y examinar sus temáticas y grupos de investigación. Se buscaron en PsycInfo, MEDLINE, PSICODOC e ÍnDICES-CSIC publicaciones de autores españoles sobre terrorismo y TEPT hasta diciembre de 2024. Se identificaron 81 trabajos y su análisis reveló una notable expansión de la literatura tras el 11-M, seguida de un crecimiento sostenido, alineado con tendencias internacionales y centrado en áreas como la prevalencia del TEPT, factores de riesgo o explicativos del TEPT, psicopatología asociada o los tratamientos para el TEPT, pero con aportaciones específicas, como el estudio del terrorismo prolongado, la victimización secundaria y el papel del contexto social e histórico. Entre sus fortalezas destacan la abundancia de estudios empíricos, la atención a variables cognitivas y sociales y la existencia de grupos consolidados. Persisten lagunas en áreas como la evaluación psicométrica, el crecimiento postraumático y los marcos teóricos integradores, que requieren una agenda futura más diversificada e internacional.

## A Systematic Review of Spanish Research on Terrorism and Post-Traumatic Stress Disorder: The Impact of the 11-M Terrorist Attacks

## ABSTRACT

The aim of this study was to systematically review the Spanish scientific literature on terrorism and posttraumatic stress disorder (PTSD) to analyze whether the March 11 (11-M) terrorist attacks influenced the development of this literature and to examine its main themes and research groups. Publications by Spanish authors on terrorism and PTSD were searched in PsycInfo, MEDLINE, PSICODOC, and ÍnDICES-CSIC through December 2024. Eighty-one studies were identified, and their analysis revealed a notable expansion of the literature after 11-M, followed by sustained growth, consistent with international trends and focused on areas such as the prevalence of PTSD, risk and explanatory factors, associated psychopathology, and psychological interventions for PTSD. The literature also offers distinct contributions, such as the study of prolonged terrorism, secondary victimization, and the role of social and historical context. Strengths of this literature include the large number of empirical studies, the attention to cognitive and social variables, and the existence of established research groups. Gaps remain in areas such as psychometric assessment, post-traumatic growth, and integrative theoretical frameworks, which call for a more diversified and international future agenda.

Cómo citar: Sanz-García, A. (2026). Una revisión sistemática de la investigación española sobre terrorismo y trastorno de estrés postraumático: el impacto de los atentados terroristas del 11-M. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 47(3), 169-180. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2026.47.19>

Autor de correspondencia: Ana Sanz-García [anasanzgarcia@ucm.es](mailto:anasanzgarcia@ucm.es) 

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

En 2024, se cumplieron 20 años de los atentados terroristas ocurridos el 11 de marzo de 2004 en Madrid, conocidos como los atentados del 11-M. Ese día, un grupo de terroristas yihadistas hicieron explotar 10 bombas en cuatro trenes de cercanías, asesinando a 191 personas y causando heridas a otras 1.857 (Sentencia 65/2007, de 31 de octubre de 2007, de la Audiencia Nacional, Sala de lo Penal, Sección 2.<sup>a</sup>), convirtiéndose así en el mayor atentado de la historia de España, en el segundo más mortífero de la historia de Europa y, considerando tanto el número de muertos como el de heridos, en el mayor de Europa hasta la fecha (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2022).

Teniendo en cuenta su magnitud, parece lógico que los atentados del 11-M causaran un gran impacto en España en muy diversos ámbitos como, por ejemplo, los ámbitos político, social o los relacionados con los medios de comunicación o la lucha contra el terrorismo (Martínez Solana y Manchón Campillo, 2022). Por tanto, cabría esperar que también hubiesen producido un gran impacto en el ámbito de la investigación española, especialmente en áreas como las consecuencias psicopatológicas del terrorismo y, en particular, en el área del trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno más frecuente tras sufrir un atentado terrorista (García-Vera et al., 2021; Sanz y García-Vera, 2021).

Esta hipótesis, además, parece coherente con lo ocurrido con la investigación en esas áreas tras los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 en EE. UU., conocidos como los atentados del 11-S. En esa fecha, cuatro grupos coordinados de terroristas yihadistas secuestraron cuatro aviones comerciales en pleno vuelo y estrellaron dos de ellos contra las dos torres del World Trade Center, en Nueva York, causando su derrumbe, y un tercero contra el Pentágono, en Washington, DC. El cuarto avión se estrelló en un campo en Pensilvania tras una rebelión a bordo de los pasajeros y la tripulación que pretendía retomar el control del avión secuestrado por los terroristas. En total, casi 3.000 personas fueron asesinadas y más de 21.000 fueron heridas (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2022). Estos atentados fueron los mayores de la historia de EE. UU. y, posiblemente, de la humanidad, y su magnitud causó un gran impacto en todos los ámbitos: político, económico, social, psicológico y/o cultural, y no solo en EE. UU., sino también en casi todo el mundo (Silver, 2011; Jackson et al., 2023; Morgan, 2009a, 2009b, 2009c; Shaffer y Kaplan, 2024).

Respecto al área de la investigación sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, incluidas el TEPT, García-Vera y Sanz (2016) han defendido que el interés científico sobre dicha temática tuvo un punto de inflexión tras los atentados del 11-S, de manera que, a partir ese año, se produjo un aumento extraordinario en el número de publicaciones científicas al respecto. Sin embargo, Durodié y Wainwright (2019) sugirieron que ese aumento en el número de publicaciones sobre terrorismo y salud mental no se produjo por los atentados del 11-S, sino que había surgido antes, entre mediados y finales de los años 90, al hilo de la publicación, en 1994, de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), que incluía nuevos e influyentes criterios diagnósticos para el TEPT, y al hilo de la aparición y los efectos de

un nuevo discurso o guion cultural que destacaba las supuestas vulnerabilidades de la persona.

En dos trabajos muy recientes, García de Marina et al. (2025) y Hernández-Martínez et al. (2026) han aportado argumentos históricos y bibliométricos que rebaten las propuestas de Durodié y Wainwright (2019) y confirman la de García-Vera y Sanz (2016). En particular, García de Marina et al. (2025), tras realizar un análisis histórico del TEPT, argumentan que, desde finales del XIX y antes de la publicación del DSM-IV, ya existía una literatura científica que proponía diversos constructos psicopatológicos (p. ej., espina dorsal ferroviaria, choque por obús, neurosis de guerra, reacción grave de estrés, síndrome del campo de concentración, síndrome de trauma por violación, síndrome pos-Vietnam, síndrome del Norte) que reconocían la relevancia de ciertos acontecimientos para causar alteraciones psicológicas y asumían que tales sucesos podían provocarlas en personas sin ninguna predisposición, lo que indicaría que ese supuesto discurso o guion cultural que destacaba las supuestas vulnerabilidades de la persona es muy anterior al DSM-IV. Además, García de Marina et al. (2025) demostraban que los criterios diagnósticos para el TEPT propuestos en el DSM-IV no eran tan distintos ni suponían un cambio tan radical respecto a los propuestos en las ediciones previas del DSM publicadas en 1980 (DSM-III) y en 1987 (DSM-III-R), lo cual restaría credibilidad al argumento de que las novedades que introdujo el DSM-IV en el diagnóstico del TEPT tuvieran una influencia tan importante en el aumento en la literatura científica sobre terrorismo y salud mental o TEPT que, además, pudiera explicar ese posible aumento tras los atentados del 11-S.

En este sentido, además, los resultados de los análisis bibliométricos realizados por Hernández-Martínez et al. (2026) muestran: (a) que ya existía interés científico en los efectos del terrorismo antes de 1994; (b) que, desde que en 1980 se introdujera el diagnóstico de TEPT en el DSM-III, se produjo un crecimiento lineal de publicaciones sobre terrorismo y TEPT, sin que pueda apreciarse un punto de inflexión o acentuamiento a partir de la publicación del DSM-IV en 1994; (c) que ese crecimiento fue, en cambio, extraordinario tras 2001, mostrando un punto claro de inflexión a partir de 2001, y (d) que este crecimiento extraordinario se podría explicar apelando a factores como la magnitud de los atentados del 11-S, la disponibilidad de financiación masiva para la investigación de todos los aspectos relacionados con el terrorismo, incluido sus consecuencias psicopatológicas, y la disponibilidad de registros de víctimas que facilitaron dicha investigación. En conclusión, los resultados de Hernández-Martínez et al. (2026) también refutaban la idea de que el 11-S no influyó significativamente en el desarrollo del campo de terrorismo y TEPT, demostrando, por el contrario, que el 11-S fue un punto de inflexión clave.

En este contexto teórico y empírico, el objetivo principal de este estudio fue revisar sistemáticamente la literatura científica española sobre terrorismo y TEPT para comprobar si los atentados del 11-M tuvieron un impacto sobre dicha literatura científica similar al que tuvieron los atentados del 11-S, y para analizar, además, las características de esa literatura científica en cuanto a los grupos de investigación implicados y las temáticas generales y específicas abordadas, de manera que se puedan analizar sus puntos fuertes y débiles y se puedan identificar áreas necesitadas de investigación futura.

## Método

### Identificación de Publicaciones

Para encontrar trabajos relevantes al objetivo del presente estudio se realizaron búsquedas de publicaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2024 en las siguientes cuatro bases de datos bibliográficas: PsycInfo, MEDLINE, PSICODOC e ÍNDICES-CSIC. En PsycInfo, las búsquedas se realizaron con las siguientes palabras y sintaxis en los campos de título del trabajo o resumen del trabajo: *(TI ((PTSD OR "post-traumatic stress" OR "posttraumatic stress" OR "acute stress disorder")) OR AB ((PTSD OR "post-traumatic stress" OR "posttraumatic stress" OR "acute stress disorder"))))*, y combinadas (AND) con la palabra *Spain* en el campo de afiliación del autor. En MEDLINE, las búsquedas se realizaron con las mismas palabras y sintaxis en los campos de título del trabajo o resumen del trabajo, pero combinadas (AND) con la palabra *Spain* en los campos de afiliación del autor o país de la publicación utilizando la siguiente sintaxis: *(AF (Spain) OR CY (Spain))*.

Puesto que PSICODOC recoge la producción científica procedente de España, además de la de Portugal y América Latina, y, por tanto, la información de los campos de título del trabajo y resumen del trabajo está en español e inglés (además de, en algunos casos, en portugués), la búsqueda en esta base de datos bibliográfica se realizó con las siguientes palabras y sintaxis en dichos campos: *AB (PTSD OR "post-traumatic stress" OR "posttraumatic stress" OR "acute stress disorder" OR TEPT OR "estrés postraumático" OR "estrés post-traumático" OR "trastorno de estrés agudo" OR "trastorno por estrés agudo") OR TI (PTSD OR "post-traumatic stress" OR "posttraumatic stress" OR "acute stress disorder" OR TEPT OR "estrés postraumático" OR "estrés post-traumático" OR "trastorno de estrés agudo" OR "trastorno por estrés agudo")*. Dado que en PSICODOC no existe un campo específico para la afiliación de los autores o para el país de la publicación, la selección de los trabajos realizados por investigadores españoles se llevó a cabo en la fase posterior de cribado basado en la lectura de la información bibliográfica básica de los trabajos o en la fase última de selección final basada en la lectura del texto completo de los trabajos.

ÍNDICES-CSIC es la plataforma de consulta para acceder a los contenidos de las tres siguientes bases de datos bibliográficas del CSIC que incluyen revistas científicas españolas entre 1971 y 2022: ICYT (Índice Español de Ciencia y Tecnología), IME (Índice Médico Español) e ISOC (Índice Español de Humanidades y Ciencias Sociales). Dadas sus características, en ÍNDICES-CSIC las búsquedas se realizaron en el campo de materia combinando los términos "síndrome post-traumático" y "terrorismo" con los que en dicha plataforma se categorizan todos los trabajos que tienen que ver con el TEPT o el terrorismo, respectivamente. De forma similar a lo que se hizo respecto a PSICODOC, puesto que en ÍNDICES-CSIC no existe un campo específico para la afiliación de los autores, la selección de los trabajos realizados por investigadores españoles se llevó a cabo en la fase posterior de cribado basado en la lectura de la información bibliográfica básica de los trabajos o en la fase última de selección final basada en la lectura del texto completo de los trabajos.

Las búsquedas permitieron identificar 2157 trabajos incluidos en las bases de datos bibliográficas y, tras descartar las publicaciones

repetidas y añadir 14 identificados a través de la bibliografía citada por alguno de esos trabajos iniciales, se obtuvieron 1622 trabajos. En la [figura 1](#) se presenta de manera resumida y utilizando el diagrama de flujo propuesto por el grupo PRISMA ([Moher et al., 2009](#)), el proceso de búsqueda, cribado y selección de los trabajos científicos españoles sobre terrorismo y TEPT.

### Cribado de las Publicaciones

En función de los objetivos del presente estudio y sobre la base de la lectura de sus títulos, datos bibliográficos básicos y resúmenes, se cribaron las 1622 publicaciones inicialmente encontradas en función de si cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1) informa de un trabajo de cualquier tipo, teórico o empírico, sobre terrorismo y TEPT, y 2) el trabajo está realizado por al menos un autor español o un autor que pertenecía a un centro u organismo español durante la realización del trabajo.

Por tanto, se excluyeron las publicaciones que informaban de trabajos realizados sobre otro tipo de situaciones traumáticas o sobre situaciones traumáticas en general o muy diversas (912 publicaciones), trabajos que analizaban de manera general aspectos relacionados con el TEPT como su etiología, factores de riesgo, consecuencias, evaluación, prevención o tratamiento, pero sin centrarse específicamente en el ámbito del terrorismo (293 publicaciones), trabajos sobre otros temas (219 publicaciones), trabajos cuyos autores eran todos no españoles o no pertenecían a un centro u organismo español durante la realización del trabajo (68 publicaciones) y trabajos realizados con modelos animales de TEPT (31 publicaciones). Tras estas exclusiones, la muestra de publicaciones quedó reducida a 99.

### Elegibilidad de las Publicaciones

De las 99 publicaciones resultantes de la fase de cribado, se obtuvo su texto completo y, en función de su lectura, se volvieron a evaluar esas publicaciones en cuanto al cumplimiento de los criterios de inclusión. En esta fase se excluyeron 12 publicaciones que informaban de trabajos realizados sobre otro tipo de situaciones traumáticas o sobre situaciones traumáticas en general o muy diversas, un trabajo que analizaba de manera general aspectos relacionados con el TEPT, pero sin centrarse específicamente en el ámbito del terrorismo, dos trabajos sobre otros temas y tres trabajos realizados por autores de otros países. Tras estas exclusiones, la muestra final de publicaciones quedó en 81, las cuales aparecen en la sección de Referencias señaladas con un asterisco.

## Resultados

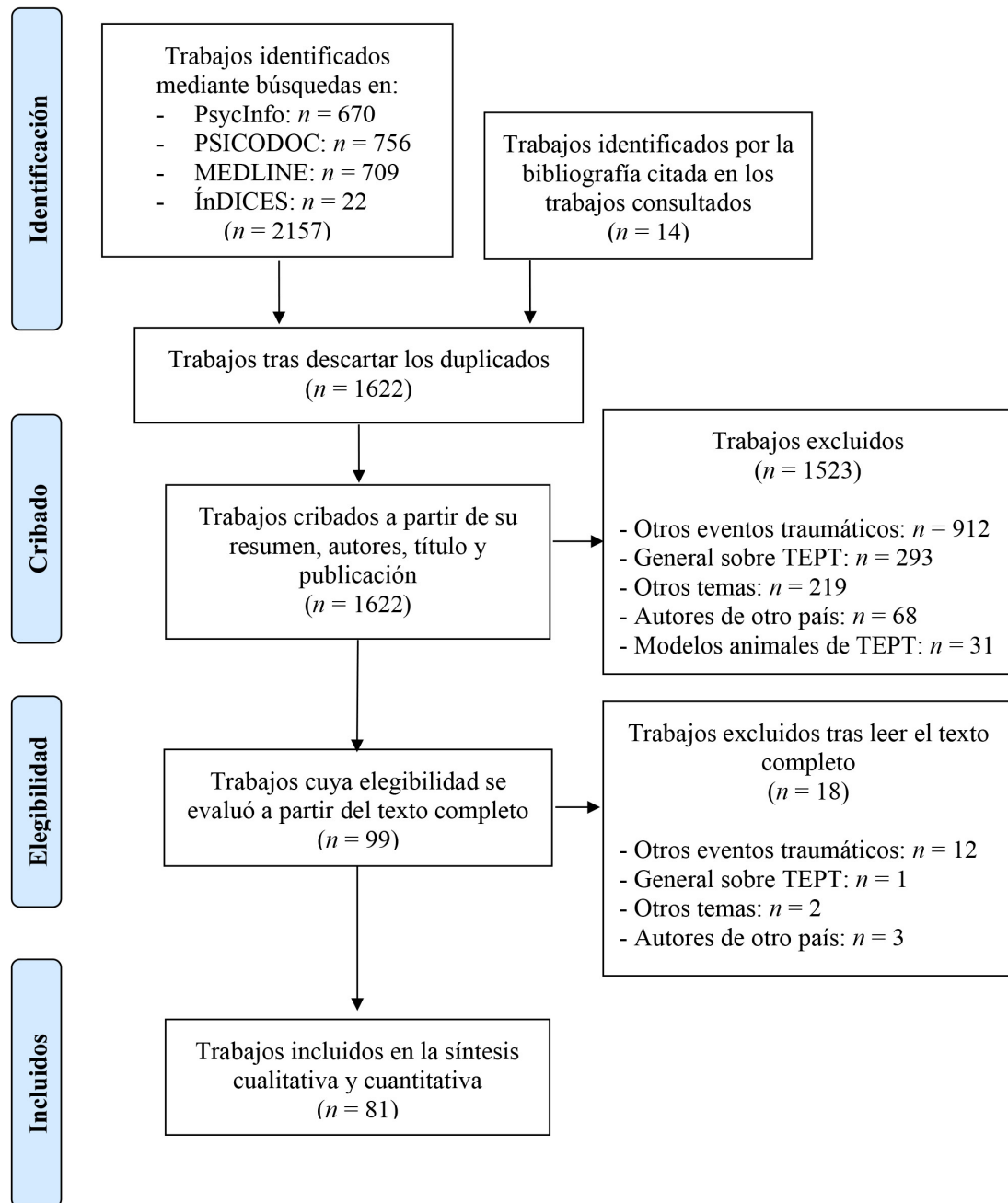
### Evolución de la Literatura Científica Española Sobre Terrorismo y TEPT

En la [figura 2](#) se presenta, en función del año de publicación de los 81 trabajos analizados en este trabajo, la evolución de la literatura científica española sobre terrorismo y TEPT desde 1980, año de publicación del DSM-III en el que por primera vez se introdujo la definición y el diagnóstico de TEPT, hasta 2024.

Como puede observarse en esa figura, el número de trabajos publicados aumentó considerablemente tras 2003, de manera que si

**Figura 1**

Diagrama de Flujo del Proceso de Búsqueda y Selección de los Trabajos Españoles Sobre Terrorismo y TEPT



en el período de 14 años que va entre 1980 a 2003 se publicaron ocho trabajos, en los 14 años posteriores (2004-2017) se publicaron 50 trabajos. Solo en el año 2024 se publicaron 12 trabajos, más que en cualquier otro año y más que todos los publicados entre 1980 y 2003. Por otro lado, en el período 2004-2024, se pueden apreciar dos momentos prominentes, uno más evidente entre 2004 y 2008, en el que se publicaron una media anual de 7,6 trabajos, y otro menos visible entre 2018 y 2022, en el que se publicaron una media anual de 4 trabajos, mientras que la media anual de todo el período 2004-2024 fue de 3,5 trabajos y la media anual de este período excluyendo los dos momentos prominentes fue de 1,2 trabajos.

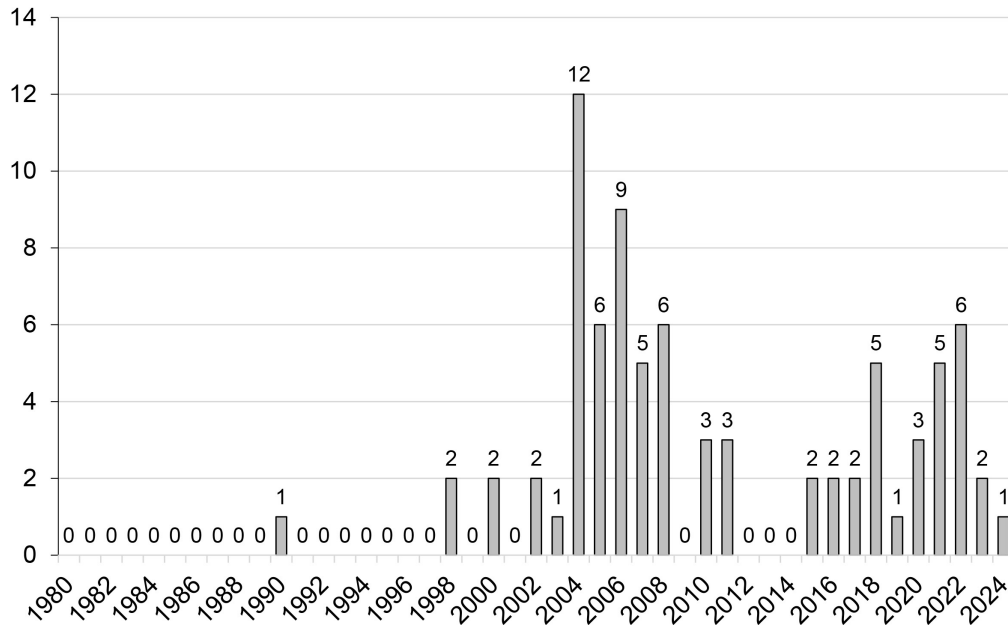
#### Atentados, Tipos de Estudios y Temáticas Analizadas en la Literatura Científica Española Sobre Terrorismo y TEPT

En la [tabla 1](#) se presenta resumidamente un análisis de contenido de las 81 publicaciones españolas encontradas sobre terrorismo y TEPT en cuanto a los atentados terroristas examinados, los tipos de estudios realizados y las áreas temáticas abordadas.

La inmensa mayoría de los trabajos publicados se han realizado sobre los atentados del 11-M (41,5%) o sobre atentados diversos cometidos en España que, aunque mayoritariamente podían ser de ETA, también podían ser los atentados del 11-M o los atentados

**Figura 2**

Número de Trabajos Publicados por Investigadores Españoles Sobre Terrorismo y TEPT en MEDLINE, Índices, Psycodoc y Psycinfo

**Tabla 1**

Análisis de Contenido de los Trabajos Españoles Sobre Terrorismo y TEPT

| Contenido                                                                          | N.º de estudios | % del total |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| <b>Atentado terrorista</b>                                                         |                 |             |
| Atentados del 11-M                                                                 | 34              | 41,5        |
| Atentados en España de ETA                                                         | 5               | 6,1         |
| Otros atentados o atentados diversos en España                                     | 38              | 43,2        |
| Atentados en el extranjero (p. ej., 11-S, Israel)                                  | 5               | 6,1         |
| <b>Tipo de estudio</b>                                                             |                 |             |
| Empírico                                                                           | 53              | 59,6        |
| Revisión narrativa                                                                 | 15              | 16,8        |
| Revisión sistemática                                                               | 8               | 9,0         |
| Análisis teórico                                                                   | 11              | 12,4        |
| Descripción narrativa                                                              | 2               | 2,2         |
| <b>Áreas temáticas</b>                                                             |                 |             |
| Prevalencia del TEPT                                                               | 43              | 25,6        |
| Tratamiento psicológico del TEPT                                                   | 21              | 12,5        |
| Tratamiento farmacológico del TEPT                                                 | 11              | 6,5         |
| Factores del TEPT                                                                  | 43              | 25,6        |
| Psicopatología asociada al TEPT                                                    | 35              | 20,8        |
| Constructos relacionados con el TEPT                                               | 4               | 2,4         |
| Evaluación del TEPT o de constructos relacionados (incluido análisis psicométrico) | 8               | 4,8         |
| Críticas del TEPT                                                                  | 3               | 1,8         |

*Nota.* Algunos trabajos se centran en diversos atentados, incluyen varios tipos de estudio o abordan distintas áreas temáticas, por lo que el porcentaje presentado es calculado sobre el total de atentados, estudios o áreas temáticas encontradas tras el análisis de contenido, no sobre el total de trabajos incluidos tras las búsquedas bibliográficas (N = 81).

realizados por otros grupos terroristas (43,2%). En contraste, solo unos pocos trabajos se han centrado exclusivamente en los atentados de ETA (6,1%) o en atentados cometidos en el extranjero, en particular, los atentados del 11-S o los realizados en Israel (6,1%).

La mayoría de las publicaciones informan de estudios empíricos (59,6%), siendo las revisiones, narrativas (16,8%) o sistemáticas (9%), el segundo tipo de estudio que más se recoge en las publicaciones científicas españolas sobre terrorismo y TEPT. Al menos 11 trabajos presentan análisis teóricos sobre diversos aspectos del TEPT en el ámbito del terrorismo como, por ejemplo, análisis sobre el papel del contexto social e histórico y la importancia del trauma psicosocial (p. ej., Blanco et al., 2006; Moreno Martín, 2004), la elección o implantación de distintas alternativas terapéuticas (p. ej., Echeburúa et al., 2004), su aplicación en el ámbito educativo (Ramírez Cabañas, 2004), su distinción del síndrome del Norte (Sanz y García-Vera, 2022a) o el papel de la violencia de persecución terrorista y la victimización secundaria (Sanz y García-Vera, 2022b).

En cuanto a las áreas temáticas de los trabajos publicados, las cuatro que han sido más abordadas son: (1) la prevalencia del TEPT (25,6%), tanto en las víctimas directas como en los familiares de los fallecidos o heridos en los atentados, los intervinientes o la población general de la zona afectada (p. ej., Arnaiz Illescas et al., 2020; Conejo-Galindo et al., 2008; Echeburúa et al., 1998; Fraguas et al., 2006; Gabriel et al., 2007; García-Vera et al., 2016, 2021; Matt y Vázquez, 2008; Miguel-Tobal et al., 2004a, 2004b, 2006a, 2006b; Muñoz et al., 2004; Rey Bruguera e Hillers Rodríguez, 2005, 2006); (2) los factores que se relacionan con el TEPT en el ámbito del terrorismo (25,6%) como, por ejemplo, el grado de exposición al atentado (p. ej., González-Ordi et al., 2004; Miguel-Tobal et al., 2004b, 2006a, 2006b; García-Vera et al., 2021), la proximidad al atentado (p. ej., Cano Vindel et al., 2004), el tipo de atentado (p. ej., Soriano et al., 2020), las lesiones o secuelas físicas (p. ej., Conejo-Galindo et al., 2008; Ferrando et al., 2011), la violencia de persecución terrorista y la victimización secundaria (p. ej., Sanz y García-Vera, 2022b), las cogniciones postraumáticas (p. ej., Bajo et al., 2018), las actitudes disfuncionales (p. ej., Fausor et al., 2022b, 2023; Liébana et al., 2022; Navarro et al., 2022), la supresión de

pensamientos crónicos (p. ej., Vázquez et al., 2008) o el contexto político y social (p. ej., Blanco et al., 2006; Moreno Martín, 2004); (3) la psicopatología asociada al TEPT en dicho ámbito (20,8%) como, por ejemplo, los trastornos depresivos (p. ej., Fausor et al., 2023; Matt y Vázquez, 2008; Miguel-Tobal et al., 2006a, 2006b), de ansiedad (p. ej., Matt y Vázquez, 2008; Miguel-Tobal et al., 2004a, 2004b, 2006a, 2006b) o de duelo complicado o prolongado (p. ej., Jiménez-Prensa et al., 2023; Sanz et al., 2020; Soriano et al., 2024), y (4) el tratamiento del TEPT en víctimas directas o indirectas del terrorismo (19%), especialmente el tratamiento psicológico (12,5%; p. ej., Echeburúa et al., 2004; Echeburúa Odriozola y de Corral Gargallo, 2005; Escudero et al., 2018; García-Vera et al., 2015; Gesteira et al., 2018; Moreno et al., 2019), más que el farmacológico (6,5%; p. ej., Echeburúa et al., 2004; García-Vera et al., 2021; Pastrana Jiménez et al., 2017; Sánchez González, 2000). Otras temáticas como, por ejemplo, la evaluación del TEPT o de los constructos relacionados (4,8%), incluido el análisis psicométrico de los instrumentos utilizados para dicha evaluación (p. ej., Cobos Redondo et al., 2021; Echeburúa et al., 2002; Navarro et al., 2022; Reguera et al., 2021), los constructos relacionados con el TEPT que no son factores de riesgo o potencialmente explicativos del TEPT (2,4%) como, por ejemplo, el crecimiento postraumático (p. ej., Fausor et al., 2022a; Liébana et al., 2022) o el análisis crítico del propio concepto de TEPT en el área del terrorismo (1,8%; Blanco et al., 2006; Vázquez, 2005; Vera Poseck, 2006), son temáticas que han sido mucho menos abordadas en las publicaciones científicas españolas localizadas en esta revisión.

### Grupos de Investigación Españoles Sobre Terrorismo y TEPT

En la *tabla 2* se presentan los grupos de investigación españoles más productivos sobre terrorismo y TEPT en función de los trabajos encontrados en la presente revisión y teniendo en cuenta la publicación de al menos tres trabajos. Destaca el grupo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) dirigido por los profesores García-Vera y Sanz, coautores de más de una treintena de publicaciones, que, aunque publicó sus primeros trabajos a raíz de los atentados del 11-M (García-Vera y Romero Colino, 2004; García-Vera et al., 2008), ha publicado la mayoría de sus trabajos a partir de 2011, año en el que iniciaron un proyecto de investigación en colaboración con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT) y con la financiación de diversas ayudas del Ministerio de Ciencia e Innovación con muestras de participantes compuestas por asociados de la AVT y, por tanto, por víctimas de diversos atentados terroristas en España. A más distancia en cuanto

al número de publicaciones, se encuentran otros dos grupos de la UCM, el liderado por los profesores Miguel-Tobal y Cano-Vindel y el liderado por el profesor Vázquez, más centrados en el TEPT relacionado con los atentados del 11-M, y el grupo liderado por el profesor Echeburúa, de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), más centrado en el TEPT relacionado con los atentados de ETA. Los restantes tres grupos de investigación más productivos que aparecen en la *tabla 2* han centrado sus trabajos casi exclusivamente alrededor de los atentados del 11-M.

### Discusión

El presente estudio constituye, que se sepa, la primera revisión sistemática centrada en la literatura científica española sobre terrorismo y TEPT, permitiendo analizar su evolución temporal, sus principales características temáticas y metodológicas, así como los grupos de investigación más activos. Los resultados revelan que la producción española experimentó un incremento muy notable tras los atentados del 11-M, un patrón que reproduce, aunque con particularidades propias, la tendencia documentada internacionalmente tras los atentados del 11-S, otros atentados de gran magnitud como también lo fueron los atentados del 11-M (Hernández-Martínez et al., 2026; García-Vera et al., 2016). Este hallazgo sugiere que, en psicología y en otras disciplinas y ámbitos científicos, los eventos traumáticos masivos actúan como potentes impulsores de la actividad investigadora, movilizandolos recursos científicos y fomentando la creación de líneas de estudio específicas (Phillips, 2023).

### Crecimiento y Patrones Temporales de la Literatura Científica Española

El aumento abrupto de publicaciones a partir de 2004 sugiere un efecto catalizador inmediato del 11-M, con un pico especialmente destacado entre 2004 y 2008. Este comportamiento es similar al observado en la literatura internacional, que multiplicó por seis, 10 o 15 su volumen de publicaciones sobre TEPT en los años inmediatamente posteriores al 11-S, entre 2002 y 2008 (Hernández-Martínez et al., 2026). Sin embargo, a diferencia de la literatura científica internacional tras el 11-S, la cual, tras alcanzar su momento más álgido de productividad en 2006, descendió y se estabilizó en años sucesivos en una cantidad cinco o seis veces superior a la previa al 11-S (Hernández-Martínez et al., 2026), la literatura científica española parece mostrar un segundo aumento menos intenso pero sostenido entre 2018 y 2022. Este patrón podría explicarse por la consolidación de proyectos de investigación a

**Tabla 2**  
*Los Grupos de Investigación Españoles más Productivos en el Ámbito del Terrorismo y el TEPT*

| Investigador principal                                 | Centro de investigación                                                     | N.º de trabajo publicados |                    |       |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-------|
|                                                        |                                                                             | Otros atentados           | Atentados del 11-M | Total |
| María Paz García-Vera y Jesús Sanz                     | Universidad Complutense de Madrid                                           | 29                        | 2                  | 31    |
| Juan José Miguel-Tobal y Antonio Cano-Vindel           | Universidad Complutense de Madrid                                           | 0                         | 7                  | 7     |
| Carmelo Vázquez                                        | Universidad Complutense de Madrid                                           | 1                         | 4                  | 5     |
| Enrique Echeburúa                                      | Universidad del País Vasco                                                  | 4                         | 1                  | 5     |
| Mayelín Rey Bruguera y Rosalía Hillers Rodríguez       | Centros de Salud Mental de Móstoles y San Blas                              | 0                         | 4                  | 4     |
| Enrique Sainz-Cortón, Laura Ferrando y Rafael Gabriel* | Hospitales Universitarios Gregorio Marañón y La Paz y Universidad de Alcalá | 0                         | 4                  | 4     |
| Amalio Blanco                                          | Universidad Autónoma de Madrid                                              | 1                         | 2                  | 3     |

*Nota.* \*Considerando los coautores que aparecían con mayor frecuencia en sus artículos.

largo plazo basados en muestras de víctimas de múltiples atentados, así como por el desarrollo de colaboraciones institucionales estables, especialmente entre universidades y asociaciones de víctimas (p. ej., entre el grupo de investigación de la UCM de García-Vera y Sanz y la AVT o entre otros grupos de investigación universitarios y las asociaciones de víctimas del 11-M). Asimismo, mientras los atentados del 11-S fueron un acontecimiento relativamente puntual en EE. UU., la coexistencia en España de un atentado masivo como el 11-M y un contexto histórico prolongado de terrorismo de ETA pudo contribuir a mantener activa la agenda investigadora, más allá del impacto agudo relacionado con los atentados del 11-M en 2004 (Sanz y García-Vera, 2022b).

### Temáticas Predominantes de la Literatura Científica Española

Los resultados de la presente revisión muestran que los estudios empíricos constituyen la mayoría (59,6%) de las publicaciones de la literatura científica española sobre terrorismo y TEPT, con un predominio de trabajos centrados en la prevalencia del TEPT, en los factores de riesgo o explicativos del TEPT, en la psicopatología asociada y en los tratamientos para el TEPT. Este énfasis es coherente con las prioridades establecidas internacionalmente tras atentados terroristas, especialmente tras los atentados del 11-S, ya que la estimación epidemiológica inicial del TEPT y los trastornos psicológicos asociados, la identificación de variables predictoras de todos esos trastornos y el diseño y validación de estrategias terapéuticas son fundamentales para orientar políticas de salud mental y recursos asistenciales (Neria et al., 2006).

La atención a factores de riesgo como el grado de exposición, la proximidad al atentado, la violencia de persecución terrorista o la victimización secundaria refleja la importancia que la literatura científica internacional había otorgado previamente a factores similares, ya que una mayor exposición al trauma y un nivel más alto de estrés vital tras el mismo son variables que gozan de un sólido aval empírico como factores de riesgo para el TEPT (Brewin et al., 2000). Algo similar se puede decir respecto a la atención prestada por la literatura científica española a los factores relacionados con el contexto social de los atentados, ya que, por ejemplo, la falta de apoyo social es, precisamente, otro de los factores de riesgo sólidamente asociados al TEPT en la literatura científica internacional (Brewin et al., 2000). Sin embargo, la atención prestada al contexto político e histórico en trabajos como los de Blanco et al. (2006) y Moreno Martín (2004) son especialmente distintivos de la literatura científica española en comparación a la anglosajona relacionada con los atentados del 11-S y, en cambio, entronca con la literatura científica relacionada con el terrorismo de estado y la violencia política en países latinoamericanos como Argentina, Chile o El Salvador (Becker, 1995; Martín-Baró, 2003).

El interés de la literatura científica española por las cogniciones postraumáticas o las actitudes disfuncionales como factores de riesgo o explicativos del TEPT refleja una integración con los modelos cognitivos contemporáneos del TEPT (p. ej., Ehlers y Clark, 2000), lo que indica que dicha literatura también se ha alineado con marcos teóricos robustos sobre el TEPT de carácter internacional.

Por otro lado, el análisis de la psicopatología comórbida, incluida los trastornos depresivos, de ansiedad y de duelo complicado,

representa otra área temática de interés en la literatura científica española sobre terrorismo y TEPT, y este énfasis coincide con la sólida evidencia global de que el TEPT rara vez aparece de manera aislada, sino que forma parte de un entramado complejo de síntomas y trastornos psicológicos que requieren una comprensión integrada. Por ejemplo, en España, un 59,5 % de los adultos que presentan TEPT también muestran, en el último año, otro trastorno mental, siendo mucho más probable que este sea, por este orden, un trastorno depresivo mayor, un trastorno de ansiedad generalizada, una agorafobia o un trastorno de pánico (Autonell et al., 2007), mientras que los resultados de estudios epidemiológicos realizados en EE. UU. indican que aproximadamente el 40 % de los adultos con TEPT presentan concurrentemente un trastorno de abuso de sustancias (Korte et al., 2020).

Además, la presencia de estudios recientes sobre duelo complicado o prolongado, TEPT y terrorismo es especialmente relevante dado el reconocimiento formal del diagnóstico del trastorno de duelo prolongado tanto en la CIE-11 (World Health Organization, 2018/2024) como en el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), lo que posiciona a la investigación española dentro de debates clínicos contemporáneos.

### Contribuciones en el Ámbito del Tratamiento

La literatura científica española revisada muestra una contribución notable al desarrollo y la evaluación de tratamientos psicológicos para el TEPT en víctimas de terrorismo, con un claro predominio de las terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma (TCC-CT) (p. ej., Gesteira et al., 2018; Moreno et al., 2019). Este patrón concuerda con las guías clínicas internacionales más prestigiosas (p. ej., American Psychological Association, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2018), que de manera unánime identifican las TCC-CT como los tratamientos de primera elección para el TEPT (García-Vera et al., 2024).

La menor representación de estudios sobre tratamientos farmacológicos en la literatura científica española sobre terrorismo y TEPT es también coherente con la tendencia internacional que prioriza las intervenciones psicológicas como tratamiento preferente del TEPT. En concreto, las guías clínicas anteriormente mencionadas recomiendan que los psicofármacos (p. ej., fluoxetina, paroxetina, sertralina y venlafaxina) no deberían ofrecerse como tratamiento de primera elección para el TEPT, ya que son menos eficaces que los tratamientos psicológicos (American Psychological Association, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; García-Vera et al., 2024).

### Áreas Insuficientemente Desarrolladas: Retos y Oportunidades

La presente revisión identifica varias áreas poco abordadas que deberían considerarse prioritarias para futuras líneas de investigación. En primer lugar, los estudios psicométricos y de evaluación del TEPT representan un porcentaje reducido, pese a que la medición precisa del trauma constituye un pilar fundamental para la investigación y la práctica clínica. En segundo lugar, los trabajos sobre crecimiento postraumático siguen siendo escasos, a pesar de la relevancia creciente de este constructo en la literatura internacional (Tedeschi et al., 2018). En tercer lugar, el limitado número de análisis teóricos y

críticos sugiere la necesidad de fomentar perspectivas que integren dimensiones sociales, históricas y políticas del trauma, tal como proponen enfoques internacionales basados en el trauma colectivo e interpersonal (Maercker y Hecker, 2016).

Finalmente, es importante señalar que el constructo de TEPT no abarca todas las dimensiones del daño que los atentados terroristas pueden provocar en las personas y en las sociedades y, por tanto, sería deseable que la investigación española futura sobre el impacto del terrorismo utilizara, además del constructo del TEPT, otros constructos que reflejen, por ejemplo, el daño social, el daño a los sistemas primarios de protección y apoyo o el daño moral.

### Grupos de Investigación: Consolidación y Especialización

El análisis muestra que la producción española está altamente concentrada en unos pocos grupos de investigación, destacando particularmente tres de la UCM y uno de la UPV/EHU. El grupo liderado por García-Vera y Sanz sobresale tanto por el volumen como por la diversidad temática de sus trabajos, y su colaboración con la AVT ha permitido generar conocimientos, instrumentos de evaluación y técnicas de tratamiento de gran valor aplicado. Otros grupos como, por ejemplo, los liderados por Miguel-Tobal y Cano-Vindel y por Vázquez han contribuido de manera fundamental al estudio del impacto específico de los atentados del 11-M, mientras que el grupo liderado por Echeburúa se ha centrado más en el terrorismo de ETA, aportando perspectivas diferenciales y complementarias.

Si bien esta concentración ha facilitado una mayor coherencia temática y continuidad en la investigación y ha permitido generar conocimientos sólidos y aplicados, también revela la conveniencia de fomentar la participación de más instituciones y equipos multidisciplinares, especialmente de instituciones e investigadores internacionales, para así ampliar y fortalecer la capacidad investigadora de la psicología española.

### Conclusiones Generales

En conjunto, los resultados del presente estudio de revisión sistemática evidencian que la literatura científica española sobre terrorismo y TEPT experimentó una enorme expansión tras los atentados del 11-M en 2004 y ha seguido un desarrollo sólido y creciente desde ese año, alineado con las tendencias internacionales y centrado en áreas como la prevalencia del TEPT, los factores de riesgo o explicativos del TEPT, la psicopatología asociada o los tratamientos para el TEPT, pero incorporando también aportaciones propias derivadas del contexto histórico español y de las tendencias dominantes en la psicología española (p. ej., el estudio del terrorismo sostenido —que llevó a cabo ETA— y de la victimización secundaria; el interés por el contexto social, político e histórico). Las fortalezas identificadas —como la abundancia de estudios empíricos, la atención a variables cognitivas y sociales y la presencia de grupos consolidados capaces de sostener agendas de investigación a largo plazo— representan una base sólida para el avance científico. No obstante, las lagunas detectadas en áreas como la evaluación psicométrica, el crecimiento postraumático y los marcos teóricos integradores subrayan la necesidad de una agenda futura más amplia, diversificada e internacional que permita seguir fortaleciendo esta línea de investigación en España.

### Financiación

Esta investigación ha recibido el apoyo de un contrato predoctoral de investigación para la formación de profesorado universitario (FPU) del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (ref. FPU2022-00808) y gracias a una ayuda del mismo ministerio al proyecto de investigación en el que participa la autora (ref. PID2023-150340NB-I00).

### Conflicto de Intereses

La autora declara que no existen conflictos de intereses en la ejecución de este trabajo.

### Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican estudios incluidos en la revisión.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychological Association, Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/>
- \* Arnaiz Illescas, R., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2020). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes víctimas de terrorismo: una revisión sistemática de los últimos seis años. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20(1), 174-194. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/8485>
- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., Muñoz, P. E., Torres, J. V., Alonso, J., y Haro, J. M. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(supl. 2), 4-11.
- \* Bajo, M., Blanco, A., Stavaki, M., Gandarillas, B., Cancela, A., Requero, B., y Díaz, D. (2018). Post-traumatic cognitions and quality of life in terrorism victims: the role of well-being in indirect versus direct exposure. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0923-x>
- \* Baldor Tubet, I., Jérez Álvarez, M. C., y Rodríguez Piedra, R. (2005). Intervención con grupos de víctimas del 11-M desde un centro de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 94, 43-63.
- \* Barranco de la Hoz, A., Altunçay, P., Navarro, R., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., Reguera, B., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2018). Consecuencias negativas del terrorismo en la salud de sus víctimas: consumo de tabaco y relación con la sintomatología emocional, la disfuncionalidad y la exposición al atentado. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 18(1), 13-30. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/13828>
- Becker, D. (1995). The deficiency of the concept of post-traumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. En R. J. Kleber, C. Figley y B. Berthold (Eds.), *Beyond trauma: cultural and societal dynamics* (pp. 99-131). Plenum Press.

- \* Blanco, A., Díaz, D., y del Soto, A. (2006). Recovering the context in posttraumatic stress disorder: The psychosocial trauma in victims of political violence and terrorism. *Estudios de Psicología*, 27(3), 333-350. <https://doi.org/10.1174/021093906778965053>
- Brewin, C. R., Andrews, B., y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- \* Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., González-Ordi, H., e Iruarrizaga, I. (2004). Los atentados terroristas del 11-M en Madrid: la proximidad de la residencia a las áreas afectadas. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 181-194. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2004/anyes2004a12.pdf>
- \* Carrasco Ortiz, M. Á., y Martorell, J. L. (2010). Evaluación de las secuelas del ataque terrorista 11-M cinco años después. En F. Expósito, M. C. Herrera, G. Buella, M. Novo y F. Fariña (Eds.), *Psicología jurídica: áreas de investigación* (pp. 407-422). Xunta de Galicia.
- \* Cobos Redondo, B., Navarro, R., Morán, N., Altungy, P., Gesteira, C., Fausor, R., Reguera, B., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2021). La Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL) en víctimas del terrorismo: análisis comparativo de las propiedades psicométricas de su aplicación telefónica frente a presencial. *Ansiedad y Estrés*, 27(2-3), 140-148. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a19>
- \* Conejo-Galindo, J., Medina, Ó., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-Cortón, E., y Arango, C. (2008). Psychopathological sequelae of the 11 March terrorist attacks in Madrid: An epidemiological study of victims treated in a hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(1), 28-34. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0758-7>
- \* Díaz, D., Stavrakí, M., Blanco, A., y Bajo, M. (2018). 11-M victims 3 years after Madrid terrorist attacks: looking for health beyond trauma. *Journal of Happiness Studies*, 19(3), 663-675. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9842-x>
- Durodié, B., y Wainwright, D. (2019). Terrorism and post-traumatic stress disorder: A historical review. *The Lancet Psychiatry*, 6(1), 61-71. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30335-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30335-3)
- \* Echeburúa Odriozola, E., y de Corral Gargallo, P. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima de terrorismo. En J. P. Espada Sánchez, J. Olivares Rodríguez y F. X. Méndez Carrillo (Coords.), *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 159-178). Pirámide.
- \* Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-555. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2894754.pdf>
- \* Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(Suppl), 139-146. <https://www.psicothema.com/pdf/3484.pdf>
- \* Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15(3), 273-292. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/92268.pdf>
- \* Echeburúa Odriozola, E., Corral Gargallo, P. de, y Amor Andrés, P. J. (2005). Terrorismo y trastorno de estrés postraumático: psicopatología y tratamiento. En A. Blanco, R. del Águila y J. M. Sabucedo (Eds.), *Madrid 11-M: un análisis del mal y sus consecuencias* (pp. 257-279). Trotta.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- \* Escudero, S., Navarro, R., Reguera, B., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2018). Tratamiento psicológico por videoconferencia de una víctima de terrorismo con trastorno por estrés postraumático y otros trastornos emocionales comórbidos 30 años después del atentado. *Clínica y Salud*, 29(1), 21-26. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a4>
- \* Fausor, R., García-Vera, M. P., Morán, N., Cobos, B., Navarro, R., Sánchez-Marqueses, J. M., Gesteira, C., Liébana, S., y Sanz, J. (2023). Depressive dysfunctional attitudes and post-traumatic stress in victims of terrorist attacks. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(3), 430-448. <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2112341>
- \* Fausor, R., Sanz, J., Navarro-McCarthy, A., Gesteira, C., Morán, N., Cobos-Redondo, B., Altungy, P., Marqueses, J. M. S., Sanz-García, A., y García-Vera, M. P. (2022a). Long-term posttraumatic growth in victims of terrorism in Spain. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.847099>
- \* Fausor, R., Sanz-García, A., Morán, N., Sánchez-Marqueses, J. M., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2022b). Dysfunctional attitudes in victims of terrorism: validity evidence for the DAS-A. *Psicothema*, 34(1), 134-142. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.363>
- \* Ferrando, L., Galea, S., Sainz Cortón, E., Mingote, C., García Camba, E., Fernández Liria, A., y Gabriel, R. (2011). Long-term psychopathology changes among the injured and members of the community after a massive terrorist attack. *European Psychiatry*, 26(8), 513-517. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.009>
- \* Flores López, O., y Carrasco Ortiz, M. Á. (2004). Una experiencia traumática en el 11-M: Intervención aplicada a un cuadro de estrés agudo con reacciones disociadas. *Clínica y Salud*, 15(3), 305-326. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/92270.pdf>
- \* Fraguas, D., Terán, S., Conejo-Galindo, J., Medina, O., Sainz Cortón, E., Ferrando, L., Gabriel, R., y Arango, C. (2006). Posttraumatic stress disorder in victims of the March 11 attacks in Madrid admitted to a hospital emergency room: 6-month follow-up. *European Psychiatry*, 21(3), 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.03.003>
- \* Freedman, S. A., Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Weiss, P. L. (Tamar), Avitzour, S., y Josman, N. (2010). Prolonged exposure and virtual reality-enhanced imaginal exposure for PTSD following a terrorist bulldozer attack: A case study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 95-101. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0271>
- \* Gabriel, R., Ferrando, L., Sainz Cortón, E., Mingote, C., García-Camba, E., Fernández Liria, A., y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry*, 22(6), 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.007>
- García de Marina, A., García-Vera, M. P., Navarro-McCarthy, A., Sanz-García, A., Jiménez-Prensa, A., Hernández-Martínez, T., y Sanz, J. (2025). Terrorismo y trastorno de estrés postraumático (I): análisis histórico. *Revista de Historia de la Psicología*, 46(4), 30-38. <https://doi.org/10.5093/rhp.2025a30>
- \* García-Castrillo Riesgo, L., y García Merino, A. (2003). Terrorism in Spain: emergency medical aspects. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18(2), 148-151. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00000911>
- \* García García, M., Torres Pérez, I., y Valdés Díaz, M. (2005). Diez referencias destacadas acerca de: psicopatología y terrorismo. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 39-51. <https://hdl.handle.net/11441/132471>

- \* García-Vera, M. P., y Romero Colino, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: de la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica y Salud*, 15(3), 355-385. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/92273.pdf>
- \* García-Vera, M. P., Labrador, F. J., y Larroy, C. (Eds.). (2008). *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes: guía de autoayuda y pautas de intervención psicológica elaboradas tras los atentados del 11-M*. Editorial Complutense.
- \* García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Psicología Conductual-Behavioral Psychology*, 23(2), 215-244. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/34156>
- \* García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 129-148. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/44987>
- \* García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2011). Psychology applied to terrorism: Psychological treatment for victims of terrorist attacks. En P. R. Martin, F. M. Cheung, M. C. Knowles, M. Kyrios, L. Littlefield, J. B. Overmier y J. M. Prieto (Eds.), *IAAP handbook of applied psychology* (pp. 663-683). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444395150.ch29>
- \* García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión. *Papeles del Psicólogo*, 37, 3-13. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2776.pdf>
- \* García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2017). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Current and future developments in Law, vol. 1. Human rights issues and vulnerable groups* (pp. 346-362). Bentham Science Publishers.
- \* García-Vera, M. P., Sanz, J., y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports*, 119(1), 328-359. <https://doi.org/10.1177/0033294116658243>
- \* García-Vera, M. P., Sanz, J., Navarro, R., Reguera, B., y Altun, P. (2017). La atención psicológica a las víctimas de atentados terroristas. En F. Vacas Fernández (Dir.), *Cuadernos Cultura de Paz, n° 4. Desarrollo, derechos humanos y víctimas: triángulo virtuoso para la paz* (pp. 41-50). Instituto de Estudios Internacionales y Europeos Francisco de Vitoria.
- \* García-Vera, M. P., Sanz, J., y Sanz-García, A. (2021). Ten things every psychologist should know about treating psychological disorders in victims of terrorism. *Psicothema*, 33(2), 177-187. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.33>
- García-Vera, M. P., Sanz-García, A., y Sanz, J. (2024). Tratamiento del trastorno de estrés postraumático. En R. Penadés, J. López-Santiago y A. Belloch (Coords.), *Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos* (pp. 255-283). McGraw-Hill.
- \* Gesteira, C., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2018). Porque el tiempo no lo cura todo: eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para el estrés postraumático a muy largo plazo en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 29(1), 9-13. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a3>
- \* Gilaberte, I., y Baca Baldomero, E. (2000). Trastorno por estrés postraumático: estudio en una población de riesgo. *Archivos de Psiquiatría*, 63(3), 259-271.
- \* González-Brignardello, M. P., y Vázquez, A. M. M. (2004). Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual. *Clínica y Salud*, 15(3), 337-354. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/92272.pdf>
- \* González Ordi, H., Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., y Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 207-217. <https://www.ansiedadestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2004/anyes2004a14.pdf>
- \* Guimón Ugartechea, J. (2008). Prevención y tratamiento de cuadros de estrés por terrorismo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 7(2), 1-14.
- Hernández-Martínez, T., García-Vera, M. P., Jiménez-Prensa, A., Sanz-García, A., García de Marina, A., Navarro-McCarthy, A., y Sanz, J. (2026). Terrorismo y trastorno de estrés postraumático (II): análisis bibliométrico. *Revista de Historia de la Psicología*, 47(1), 35-42. <https://doi.org/10.5093/rhp2026a4>
- \* Hillers Rodríguez, R., y Rey Bruguera, M. (2006a). La intervención psicológica en el SUMMA 112 tras los atentados del 11-M en Madrid. *Estudios de Psicología*, 27(2), 141-152. <https://doi.org/10.1174/02109390677571718>
- \* Hillers Rodríguez, R., y Rey Bruguera, M. (2006b). Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-Madrid desde el dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112. *Anales de Psicología*, 22(1), 1-10. <https://hdl.handle.net/10201/8084>
- \* Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., y González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 195-206. <https://www.ansiedadestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2004/anyes2004a13.pdf>
- Jackson, L. B., Jarvis, L., y Toros, H. (Eds.). (2023). *9/11 twenty years on. Critical perspectives*. Routledge.
- \* Jiménez-Prensa, A., Sanz, J., de Marina, A. G., Soriano, A., Marqueses, J. M. S., y García-Vera, M. P. (2023). ¿Existe el duelo complicado traumático? Diferencias sintomatológicas entre el duelo complicado tras una muerte traumática y una no traumática. *Psicooncología*, 20(2), 373-389. <https://doi.org/10.5209/psic.91522>
- \* Josman, N., Reisberg, A., Weiss, P. L., García-Palacios, A., y Hoffman, H. G. (2008). Busworld: An analog pilot test of a virtual environment designed to treat posttraumatic stress disorder originating from a terrorist suicide bomb attack. *Journal of Cybertherapy and Rehabilitation*, 11(6), 775-777. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0048>
- Korte, K. J., Jiang, T., Koenen, K. C., y Gradus, J. (2020). Trauma and PTSD. Epidemiology, comorbidity, and clinical presentation in adults. En D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson y L. Berliner (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3.ª ed., pp. 13-29). Guilford Press.
- \* Liébana, S., Sanz-García, A., Fausor, R., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2022). Dysfunctional attitudes and long-term posttraumatic growth in victims of terrorist attacks. *Ansiedad y Estrés*, 28(3), 160-171. <https://doi.org/10.5093/anyes2022a19>
- \* López González, M., y Gimeno Navarro, R. (1990). Trastorno por estrés postraumático crónico: evaluación psicológica y neuroquímica de guardias civiles víctimas de un atentado terrorista. En J. Bernal Santos (Ed.), *Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 11: Psicología en las Fuerzas Armadas* (pp. 74-79). Universidad de Valencia.
- Maercker, A., y Hecker, T. (2016). Broadening perspectives on trauma and recovery: a socio-interpersonal view of PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 29303. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29303>

- Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Trotta.
- Martínez Solana, M. Y., y Manchón Campillo, F. (2022). *Los atentados del 11-M. Cuatro días que cambiaron la historia de España*. Ediciones Complutense.
- \* Matt, G. E., y Vázquez, C. (2008). Anxiety, depressed mood, self-esteem, and traumatic stress symptoms among distant witnesses of the 9/11 terrorist attacks: transitory responses and psychological resilience. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 503-515. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004509>
- \* Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., y Galea, S. (2004a). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 163-179. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2004/anyes2004a11.pdf>
- \* Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., y Galea, S. (2004b). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15(3), 293-304. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/92269.pdf>
- \* Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., González Ordi, H., y Iruarrizaga, I. (2006a). Consequences of terror attacks in Madrid after 3/11. En P. Buchwald (Ed.), *Stress and anxiety: application to health, work place, community, and education* (pp. 251-262). Cambridge Scholars Publishing.
- \* Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., y Galea, S. (2006b). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 69-80. <https://doi.org/10.1002/jts.20091>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., y PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- \* Moreno, N., Sanz, J., García-Vera, M. P., Gesteira, C., Gutiérrez, S., Zapardiel, A., Cobos, B., y Marotta-Walters, S. (2019). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for terrorism victims with very long-term emotional disorders. *Psicothema*, 31(4), 400-406. <https://www.psicothema.com/pdf/4557.pdf>
- \* Moreno Martín, F. (2004). Reflexiones sobre el trauma psicológico y la violencia política: de las guerras centroamericanas de los 80 al 11 de marzo de 2004. *Clínica y Salud*, 15(3), 253-271. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/92267.pdf>
- Morgan, M. J. (Ed.). (2009a). *The impact of 9/11 on the media, arts, and entertainment. The day that changed everything*. Palgrave Mcmillan.
- Morgan, M. J. (Ed.). (2009b). *The impact of 9/11 on politics and war. The day that changed everything*. Palgrave Mcmillan.
- Morgan, M. J. (Ed.). (2009c). *The impact of 9/11 on psychology and education. The day that changed everything*. Palgrave Mcmillan.
- \* Moya-Albiol, L., y Occhi, S. (2007). Sintomatología del trastorno por estrés postraumático y empatía en población no directamente afectada tras los atentados terroristas de Madrid del 11 de marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 269-281. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2007/anyes2007a23.pdf>
- \* Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E., y Vázquez, J. J. (2004). We were all wounded on March 11 in Madrid: immediate psychological effects and interventions. *European Psychologist*, 9(4), 278-280. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.9.4.278>
- \* Muñoz García, J. J., y Navas Collado, E. (2007). El daño psicológico en las víctimas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 147-160.
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START]. (2022). *Global Terrorism Database 1970-2020* [archivo de datos]. <https://www.start.umd.edu/gtd>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- \* Navarrete Fraile, M. (1998). Trastornos por estrés postraumático en las víctimas de terrorismo en España. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 5, 29-34.
- \* Navarro, R., Cobos Redondo, B., Gesteira, C., Altungy, P., Morán, N., Fausor, R., Reguera, B., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2022). Desarrollo de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT) para víctimas de terrorismo. *Ansiedad y Estrés*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.5093/anyes2022a1>
- Neria, Y., Gross, R., Marshall, R. D., y Susser, E. S. (Eds.). (2006). *9/11: Mental health in the wake of terrorist attacks*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544132>
- \* Pastrana Jiménez, J. I., Catalina Romero, C., García Diéguez, N., y López-Ibor Aliño, J. J. (2007). Tratamiento farmacológico del trastorno de estrés agudo con propranolol e hipnóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 351-358.
- Phillips, B. J. (2023). How did 9/11 affect terrorism research? Examining articles and authors, 1970-2019. *Terrorism and Political Violence*, 35(2), 409-432. <https://doi.org/10.1080/09546553.2021.1935889>
- \* Prieto, S., Sanz, J., García-Vera, M. P., Fausor, R., Morán, N., Cobos, B., Gesteira, C., Navarro, R., y Altungy, P. (2021). Growing up with terrorism: The age at which a terrorist attack was suffered and emotional disorders in adulthood. *Frontiers in Psychology*, 12, 700845. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700845>
- \* Ramírez Cabañas, J. (2004). Trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes: actuación del psicólogo educativo. *Psicología Educativa*, 10(1), 5-17.
- \* Reguera, B., Altungy, P., Cobos Redondo, B., Navarro, R., Gesteira, C., Fausor, R., Morán, N., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2021). Desarrollo de una versión breve de la PTSD Checklist (PCL) basada en la definición de trastorno de estrés postraumático de la CIE-11. *Ansiedad y Estrés*, 27(1), 57-66. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a8>
- \* Rey Bruguera, M., e Hillers Rodríguez, R. (2005). Estudio de seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid en el SUMA 112: resultados preliminares. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(2), 223-238.
- \* Rey Bruguera, M., e Hillers Rodríguez, R. (2006). Las víctimas del 11M: Estudio de seguimiento desde el dispositivo de atención psicológica del SUMA 112. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 75-87. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2006/anyes2006a6.pdf>
- \* Sánchez González, A. (2000). Tratamientos psiquiátricos de las víctimas del terrorismo. *Archivos de Psiquiatría*, 63(3), 297-309.
- \* Sánchez González, A., González Díaz-Carralero, P., y Méndez Ruiz, J. A. (2002). Psicoterapia breve de grupo en el tratamiento de las víctimas de atentados terroristas. *MAPFRE Medicina*, 13(1), 36-45.
- \* Sanz, J., Cobos, B., Fausor, R., Liébana, S., Sánchez Marqueses, J. M., Jiménez, A., Sanz García, A., y García-Vera, M. P. (2020). Una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20(1), 137-173. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/8483>
- \* Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>

- \* Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2021). Mental health consequences of terrorist attacks in adults. En P. Graf y D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook on the State of the Art in Applied Psychology* (pp. 207-237). Wiley Blackwell.
- \* Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2022a). El síndrome del norte: un intento español de entender las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, la violencia de persecución terrorista y la victimización secundaria de las víctimas del terrorismo (I). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 22(1), 153-184. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/72376>
- \* Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2022b). El síndrome del norte: un intento español de entender las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, la violencia de persecución terrorista y la victimización secundaria de las víctimas del terrorismo (II). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 22(1), 185-210. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/72377>
- \* Serralta-Colsa, D., Camarero-Mulas, C., García-Marín, A. M., Martín-Gil, J., España-Chamorro, E., y Turegano-Fuentes, F. (2011). Functional outcome and quality of life in victims of terrorist explosions as compared to conventional trauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 37(1), 31-36. <https://doi.org/10.1007/s00068-010-0020-2>
- Shaffer, R., y Kaplan, J. (Eds.). (2024). *The legacy of 9/11. Transformations of policing, intelligence, and counter-terrorism*. Routledge.
- Silver, R. (Ed.). (2011). 9/11: Ten Years Later. Special issue of American Psychologist. *American Psychologist*, 66(6), 427-572.
- \* Soriano, A., Altungy, P., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., Navarro, R., Sanz García, A., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2020). ¿Producen los atentados terroristas selectivos una mayor sintomatología de estrés postraumático en sus víctimas que los atentados indiscriminados? *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20(1), 195-214. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/8484>
- \* Soriano, A., García-Vera, M. P., Cobos, B., Gesteira, C., Morán, N., Fausor, R., Sanz-García, A., Jiménez-Prensa, A., y Sanz, J. (2024). Complicated grief in a Spanish sample of victims of terrorism: evidence of validity of the Inventory of Complicated Grief. *Omega*, 90(1), 353-371. <https://doi.org/10.1177/00302228221104303>
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., y Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: theory, research, and applications*. Routledge.
- \* Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE.UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25. <https://hdl.handle.net/11441/132464>
- \* Vázquez, C., Hervás, G., y Pérez-Sales, P. (2008). Chronic thought suppression and posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1326-1336. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.014>
- \* Vázquez, C., y Pérez-Sales, P. (2007). Planning needs and services after collective trauma: Should we look for the symptoms of PTSD? *Intervention*, 5(1), 27-40. <https://doi.org/10.1097/WTF.0b013e3280c1e475>
- \* Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the March 11, 2004 Terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 61-74. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005989>
- \* Vera Poseck, B. (2006). Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S. Un análisis crítico del concepto de estrés postraumático. *Cuadernos de Crisis*, 1(5), 53-66.
- World Health Organization. (2024). *ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision*. ICD-11 Browser. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>. (Publicación original 2018).

Revisión Sistemática

# Alteraciones Neuropsicológicas en Mujeres Víctimas de Violencia de Género: una Revisión Sistemática

Carolina Vivas Trussi  y Almudena Iniesta Martínez 

Universidad Católica San Antonio de Murcia, España

## INFORMACIÓN

Recibido: Marzo 11, 2025  
Aceptado: Octubre 17, 2025

### Palabras clave

Violencia de género  
Alteraciones neuropsicológicas  
Mujeres víctimas  
Déficit cognitivo

## RESUMEN

La violencia de género afecta a 1 de cada 3 mujeres, causando secuelas que perjudican a su bienestar y calidad de vida. Esta revisión examina la evidencia científica sobre las secuelas de tipo neuropsicológico en mujeres maltratadas, utilizando la metodología PRISMA para recopilar artículos que analizan la correlación entre la violencia de género y posibles déficits cognitivos. Se seleccionaron 10 estudios de bases de datos como EBSCO, ResearchGate y ScienceDirect, que confirman que las mujeres víctimas de violencia de género presentan problemas en áreas como atención, memoria y funciones ejecutivas, afectando a su desempeño en tareas neuropsicológicas.

## Neuropsychological Alterations in Women Victims of Intimate Partner Violence: A Systematic Review

## ABSTRACT

Gender-based violence affects 1 in 3 women, causing sequelae that harm their well-being and quality of life. This review examines the scientific evidence regarding neuropsychological sequelae in abused women, using the PRISMA methodology to compile articles that analyze the correlation between gender-based violence and possible cognitive deficits. Ten studies were selected from databases such as EBSCO, ResearchGate, and ScienceDirect, which confirm that women victims of gender violence exhibit problems in areas such as attention, memory, and executive functions, affecting their performance on neuropsychological tasks.

### Keywords

Gender based violence  
Neuropsychological alterations  
Women victims  
Cognitive deficit

La violencia contra la mujer es una de las manifestaciones más claras de la desigualdad de género y no es precisamente un mal específico de nuestra época, sino que ahora está emergiendo más al exterior (Amor et al., 2002). Las cifras son alarmantes, la Organización Mundial de la Salud informa que una de cada tres mujeres sufre violencia de género (OMS, 2021) y la última Macro Encuesta de Violencia contra la Mujer, llevada a cabo en 2019, revela datos que subrayan la gravedad de esta problemática. Con una muestra representativa de 9.568 mujeres, los resultados indican que el 11% había sufrido violencia física de alguna pareja actual o pasada en algún momento de su vida, el 8,9% había sufrido violencia sexual, el 50,2% había sufrido violencia psicológica y un 11,5% había sufrido violencia económica (Ministerio de Igualdad, 2019). Este maltrato, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene consecuencias catastróficas para la salud y bienestar de las mujeres, afectando negativamente a su salud física, psicológica, social, sexual y reproductiva (Tourné et al., 2024) y dejando secuelas que se traducen en forma de manifestaciones clínicas (Domingo et al., 2003).

A nivel psicológico y emocional, la exposición a violencia de género (en adelante VG) está relacionada con enfermedades mentales graves (Chandan et al., 2020). La evidencia muestra que las mujeres maltratadas tienen mayor riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad (Lara et al., 2019), que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) suele ser el cuadro clínico más frecuente (Amor et al., 2002), así como la ideación suicida o intento autolítico (Devries et al., 2013), dependencia emocional (Aiquipa Tello, 2015), baja autoestima e inadaptación a la vida cotidiana (Labrador-Encinas et al., 2010) y consumo de alcohol o drogas (Beydoun et al., 2017). En lo que respecta a su salud física, ser víctima de VG está asociado con la aparición de lesiones, que son producto directo y repetitivo de las agresiones físicas y sexuales, que varían desde puñetazos, patadas, intentos de estrangulamiento, golpes en la cabeza, etc. (Prats, 2022). Además, estas víctimas presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades como dolor crónico, infecciones de transmisión sexual, trastornos somáticos, dolores de cabeza, dolor abdominal y problemas digestivos, entre otros (Campbell et al., 2002; Dillon et al., 2013).

No obstante, el impacto de la VG no se restringe únicamente al daño físico y emocional que sufren las víctimas; también deja una marca más sutil y duradera: las secuelas en el cerebro. La bibliografía existente manifiesta que el maltrato puede producir daños cerebrales producido por vías diferentes: a través un daño directo por golpes en la cabeza; un daño indirecto a través de las alteraciones cerebrales que producen las secuelas psicológicas, especialmente, el estrés postraumático; y un daño indirecto a través del efecto que el cortisol produce en el cerebro (Costello y Greenwald, 2022; Daugherty et al., 2022; Hidalgo-Ruzzante et al., 2012; Valera y Kucyi, 2016; Valera y Berenbaum, 2003; Ziemann et al., 2017). Específicamente, esta hormona ha sido objetivo de una investigación reciente demuestra que su nivel de secreción está alterado en las mujeres maltratadas (Cárdenas et al., 2022). Todas estas formas de afectación cerebral, concretamente del Sistema Nervioso Central (SNC) de la víctima, pueden dar lugar a alteraciones neuropsicológicas similares a las que se observan en otras lesiones cerebrales (Ginarte-Arias y Aguilar-Pérez, 2002); pues se ha demostrado que las lesiones cerebrales están negativamente asociadas con medidas de memoria, aprendizaje,

flexibilidad cognitiva, etc. (Valera y Kucyi, 2016). Por lo tanto, se ha comenzado a plantear que las mujeres víctimas de VG podrían experimentar déficits neuropsicológicos y dificultades cognitivas producidas por el maltrato. Esto ha llevado a varios estudios a investigar la relación entre estas dos variables, revelando una conexión entre el abuso y las secuelas cognitivas, que se manifiestan en dificultades de atención, tanto sostenida como dividida; problemas de memoria, especialmente en la memoria de trabajo, memoria inmediata y memoria a largo plazo; y retos en su función ejecutiva, encargada de procesos como la inhibición de respuestas y toma de decisiones (Daugherty et al., 2019; Navarro et al., 2020; Pérez, 2019; Rueda y Jenaro, 2020; Stein et al., 2002; Twamley et al., 2009). En este sentido, otro estudio indica que las mujeres que han sufrido maltrato muestran un rendimiento inferior en la evaluación neuropsicológica mediante la Batería Luria DNA, en comparación con aquellas que no han experimentado este tipo de violencia (Torres-García, 2014).

Sin embargo, a pesar de que varios estudios sugieren esta posibilidad, todavía hay un número limitado de investigaciones que analicen cómo la VG puede impactar el rendimiento neuropsicológico de las mujeres víctimas, siendo esta área una de las secuelas del maltrato menos exploradas a día de hoy (Rueda y Jenaro, 2020). Esta falta de investigación puede resultar en un escaso conocimiento y concienciación sobre estas alteraciones, lo que a su vez podría impedir que las víctimas reciban la atención adecuada. Por tanto, el objetivo general de esta investigación es realizar revisión sistemática con la evidencia científica disponible sobre las alteraciones neuropsicológicas como consecuencias de la VG a través de estudios de cohortes o estudios correlacionales, que evalúen neuropsicológicamente a una amplia muestra clínica de mujeres y nos permitan acercarnos hacia un conocimiento de la correlación entre estas dos variables: la violencia de género y el deterioro cognitivo. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos: revisar la literatura existente sobre las diferencias en el funcionamiento cognitivo entre mujeres víctimas de VG y mujeres no víctimas, a través del rendimiento que esta muestra presenta en pruebas neuropsicológicas, así como los posibles procesos cognitivos afectados que pueden resultar de las secuelas neuropsicológicas que produce la violencia de pareja.

## Método

### Procedimientos de Búsqueda y Selección de los Estudios

La presente revisión se llevó a cabo siguiendo las directrices de la declaración PRISMA para la correcta realización de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021). Se realizaron búsquedas en diversas bases de datos a través de la plataforma EBSCO (Apa PsycInfo, Medline, Psychology and Behavioral Sciences collection y Violence and Abuse Abstracts) pero debido al escaso número de publicaciones encontradas se amplió la búsqueda a las bases ScienceDirect y ResearchGate, con la última búsqueda realizada en enero de 2025. Las combinaciones de descriptores y operadores booleanos utilizadas fueron: ((*“survivors of IPV”*) OR (*“battered women”*) AND (*“neurocognitive impairment”*), (*“battered women”*) OR (*“victims of gender-based violence”*) AND (*“executive functioning”*) OR (*“cognitive functioning”*), (*“intimate partner violence”*) AND (*“neuropsychological functioning”*) y, la que

mayor cantidad de resultados produjo, (“victims of IPV) AND (neuropsychological functioning”).

Se obtuvieron 164 resultados entre las seis bases de datos consultadas. Mediante la herramienta automática de filtrado se seleccionó solo aquellos registros que fueran artículos de investigación, quedando 49 eliminados, y se eliminaron otros 24 por estar duplicados. Otros estudios no pudieron ser recuperados en texto completo o, tras revisarlos, se descartaron por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión mencionados en el próximo subapartado. Finalmente, como muestra el diagrama de flujo en la [Figura 1](#), 10 estudios fueron los seleccionados como muestra de esta revisión sistemática.

### Criterios de Elegibilidad

Criterios de inclusión: a) estudios que miden la asociación entre la exposición a VG y el funcionamiento neuropsicológico y cognitivo; b) estudios con diseño no experimental de alcance descriptivo y correlacional; a) muestra formada por mujeres mayores de edad

víctimas de VG, en el caso de estudios de grupo único, o mujeres víctimas de violencia y mujeres adultas no víctimas, en estudios de cohortes de comparación de grupos; b) muestra sin alteraciones neuropsicológicas previas; d) artículos publicados desde 2002 hasta la actualidad; f) artículos en inglés y español.

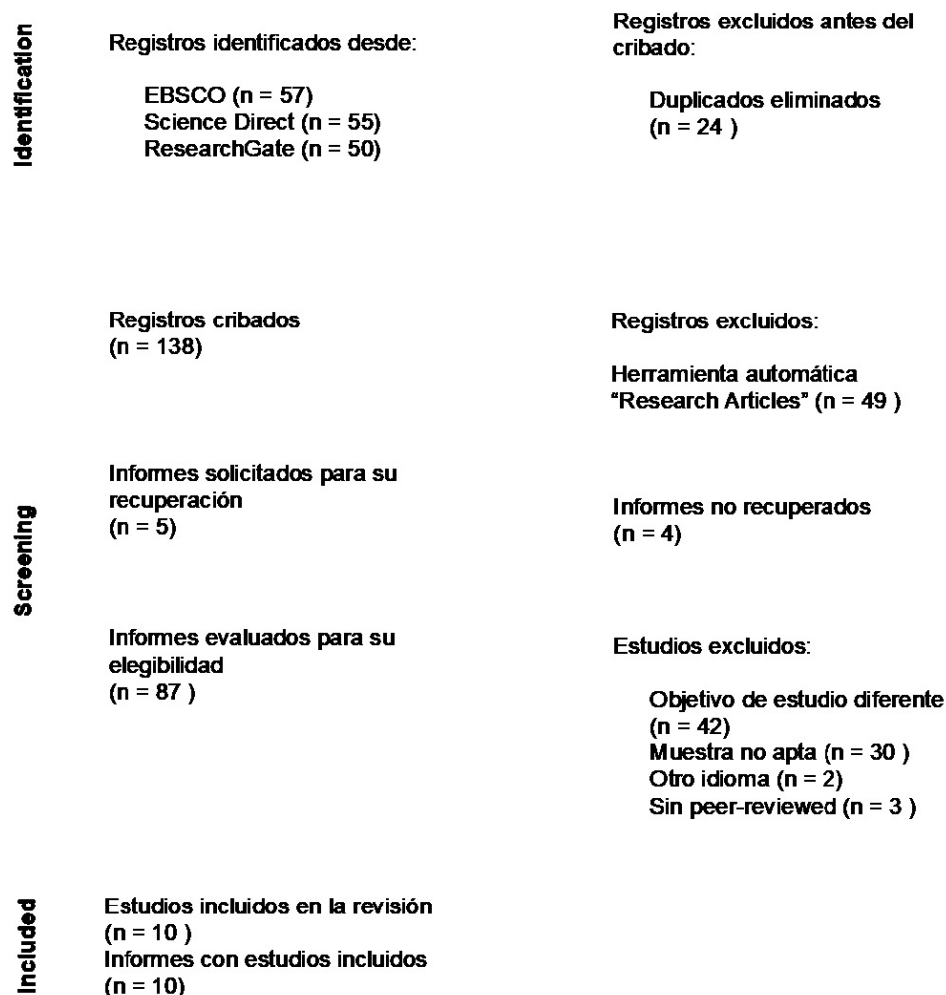
Criterios de exclusión: a) muestra de mujeres víctimas de otro tipo de violencia, aparte de la violencia doméstica, como abuso infantil; b) artículos no publicados o sin acceso libre al texto completo.

### Codificación de las Variables

Se elaboró un protocolo de extracción de datos en Excel, que recababa la siguiente información de cada artículo seleccionado: Autor(es), año de publicación, país, idioma del artículo, tipo de estudio, tamaño muestral, edad media de las participantes, objetivo/s del estudio, instrumentos de medida utilizados para evaluar el rendimiento neuropsicológico de la muestra, resultados de la investigación y las principales conclusiones.

**Figura 1**  
*Diagrama de Flujo*

#### Identificación de estudios en bases de datos y archivos



## Valoración del Riesgo de Sesgo

Se realizó una evaluación del riesgo de sesgo utilizando escalas de verificación acorde al diseño experimental de los estudios. Para los estudios correlacionales se aplicó la escala ROBINS-E y para los estudios de cohortes se utilizó la escala SIGN. Ambas herramientas valoran posibles sesgos de selección (relacionado con la representatividad de las muestras), sesgos de confusión (control de variables extrañas) y sesgos de medición de variables de interés y resultados. En la escala ROBINS-E cada ítem se contestó con “Sí”, “Probablemente sí”, “Débil no”, “Fuerte no” o “No lo sé” y esto arrojó una valoración categórica del estudio que podía ser “Riesgo bajo”, “Riesgo poco claro”, “Riesgo alto” o “Riesgo muy alto”. Respecto a la escala SIGN sus ítems se contestaron con “Sí”, “No”, “No lo puedo decir” o “No aplicable”, derivando también en una valoración categórica entre “Calidad alta”, “Aceptable” o “Baja calidad”.

## Resultados

### Características Generales de los Estudios

En la [Tabla 1](#) se detallan las principales características de los estudios incluidos, los cuales se generaron entre 2002 y 2022.

El 90% de los estudios son publicaciones en lengua inglesa y provienen de diferentes países como España, EE. UU., Francia, Taiwán, Polonia y Guatemala. Además, los estudios se dividen en dos tipos de diseños metodológicos, estudios de cohortes donde comparan dos muestras, grupo experimental y grupo control (Billoux et al., 2016; Castro et al., 2022; Chung et al., 2014; Daugherty et al., 2019; Navarro et al., 2020; Stein et al., 2002; Twamley et al., 2009); y estudios correlacionales de grupo único (Dabkowska, 2007; Daugherty et al., 2021; Torres-García et al., 2021). En relación a sus objetivos, todos se enfocan en analizar las posibles alteraciones cognitivas derivadas de la VG, evaluando a la muestra con pruebas neuropsicológicas con evidencia probada, como: Batería neuropsicológica Luria-DNA (Torres-García et al., 2021), Escala de Memoria de Wechsler-III, WMS-III (Chung et al., 2014; Stein et al., 2002), Test de figura compleja de rey, RCFT (Daugherty et al., 2019; Stein et al., 2002; Twamley et al., 2009), Test de atención D2 (Daugherty et al., 2019; Navarro et al., 2020) y, el más utilizado, el “Trail Making Test” o “Test del trazo” (TMT) (Castro et al., 2022; Chung et al., 2014; Dabkowska, 2007; Stein et al., 2002; Twamley et al., 2009) (Daugherty et al., 2019; Navarro et al., 2020), test neuropsicológico que evalúa diversas funciones cognitivas.

**Tabla 1**  
Características de los Estudios

| Autor/es (año)          | Diseño                | Muestra | Población/Edad media                                                                                                    | Instrumentos neuropsicológicos                                       | Resultados                                                                                                                                         |
|-------------------------|-----------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Daugherty et al. (2019) | Estudio de cohortes   | 108     | 24 mujeres víctimas de abuso psicológico, 45 víctimas de abuso psicológico y físico y 39 no víctimas<br><i>M</i> =39.98 | HVOT, TMT, D2, TAVEC, RCFT, WAIS-III, FDT, IGT, BADS, K-BIT          | Las víctimas de VG presentaron deterioro neuropsicológico leve y severo, sobre todo en atención, memoria y funciones ejecutivas.                   |
| García et al. (2021)    | Estudio correlacional | 68      | Mujeres víctimas de VG<br><i>M</i> =38.5 años                                                                           | Luria-DNA                                                            | Las mujeres víctimas de VG puntuaron bajo en la Batería Luria-DNA.                                                                                 |
| Daugherty et al. (2021) | Estudio correlacional | 81      | Mujeres víctimas de VG<br><i>M</i> =40.66 años                                                                          | Neuro - QOL - EF                                                     | Las víctimas auto informaron de déficits en capacidad de concentración, procesamiento de la información y atención.                                |
| Billoux et al. (2016)   | Estudio de cohortes   | 47      | 25 mujeres víctimas de VG y 22 no víctimas<br><i>M</i> = 35.26                                                          | AMT                                                                  | El grupo de mujeres maltratadas mostraron mayor disfunción en su memoria autobiográfica.                                                           |
| Navarro et al. (2020)   | Estudio de cohortes   | 34      | 17 mujeres víctimas de abuso y 17 no víctimas<br><i>M</i> = 45.6                                                        | TMT, D2, HVLIT, Letras y Números, Localización espacial de Weschler. | Las mujeres víctimas de VG obtuvieron peor rendimiento en las pruebas cognitivas.                                                                  |
| Twamley et al. (2009)   | Estudio de cohortes   | 75      | 55 mujeres víctimas de VG y 20 no víctimas<br><i>M</i> =35.9                                                            | ANART, D-KEFS, WCST, TMT, RCFT, SCWT.                                | Mujeres con TEPT víctimas de VG reflejaron una velocidad de procesamiento más lenta en pruebas de velocidad cognitiva.                             |
| Stein et al. (2002)     | Estudio de cohortes   | 39      | 22 mujeres víctimas de VG sin TEPT, 17 víctimas con TEPT y 22 no víctimas<br><i>M</i> =32.56                            | FAS, WAIS-III, CVLT, WMS-III, CVMT, RCFT, DVT, PASAT, ACT, TMT, SCWT | Las víctimas de violencia tenían un desempeño más pobre en tareas neuropsicológicas, independientemente de la presencia o no de TEPT.              |
| Castro et al. (2022)    | Estudio de cohortes   | 28      | 14 mujeres víctimas de abuso físico y psicológico y 14 no víctimas<br><i>M</i> =29.31                                   | TONI-2, BELIEVE Battery, WAIS- III, VST, TMT- B, MATRICES.           | Las mujeres víctimas de violencia tenían un rendimiento más bajo en tareas de atención, memoria y funciones ejecutivas como pensamiento abstracto. |
| Chung et al. (2014)     | Estudio de cohortes   | 45      | 28 mujeres víctimas de VG con TEPT, 17 víctimas de VG sin TEPT y 30 no víctimas<br><i>M</i> =38.61                      | WMS-III, RAVLT, MCST, WAIS-III, TMT-A, EMQ-C.                        | La memoria emocional y las funciones neuropsicológicas estaban dañadas en las mujeres víctimas de VG                                               |
| Dabkowska (2007)        | Estudio correlacional | 63      | Mujeres víctimas de VG<br><i>M</i> =36.65 años                                                                          | TMT                                                                  | Las mujeres maltratadas mostraron alteraciones en su memoria de trabajo y funciones ejecutivas.                                                    |

## Evaluación del Riesgo de Sesgo

En la [Tabla 2](#) se presenta la evaluación metodológica de cada estudio, mostrando que el 50% de los estudios evaluados presentan un bajo nivel de riesgo de sesgo o un nivel aceptable ([Billoux et al., 2016](#); [Chung et al., 2014](#); [Daugherty et al., 2021](#); [García et al., 2021](#); [Stein et al., 2002](#)), siendo las principales fortalezas de estos estudios la claridad de sus objetivos, los análisis estadísticos utilizados y los criterios de medición de las variables de interés. Sin embargo, el resto de investigaciones obtienen un juicio dudoso de sesgo por presentar limitaciones relacionadas con la representatividad de las muestras (por tamaño muestral modesto) y con el control de variables extrañas que puedan influir en el rendimiento cognitivo de la muestra ([Dabkowska, 2007](#); [Daugherty et al., 2019](#); [Navarro et al., 2020](#); [Twamley et al., 2009](#)), siendo el estudio con mayor riesgo de sesgo el de [Castro et al. \(2022\)](#).

## Revisión de los Principales Hallazgos

En el estudio de [Stein et al. \(2002\)](#) los resultados reflejaron que las mujeres víctimas de VG tenían un desempeño más pobre en tareas de memoria visual ( $p<.05$ ), en atención sostenida, en memoria de trabajo ( $p<.02$ ), en función ejecutiva ( $p<.03$ ) y en inhibición de respuesta ( $p<.005$ ), en comparación con el grupo control de mujeres no víctimas, independientemente de la presencia o no de TEPT. También en EE. UU, evaluando a mujeres víctimas que desarrollaron TEPT, [Twamley et al. \(2009\)](#) encontraron que el grupo control superó en casi todas las pruebas neuropsicológicas administradas al grupo de víctimas, encontrando las puntuaciones más significativas en tareas que medían flexibilidad cognitiva ( $p<.001$ ), velocidad motora, velocidad del procesamiento mental ( $p<.004$ ) y fluidez ( $p<.005$ ). Siguiendo con la comparación de víctimas de violencia con o sin TEPT y un grupo control, el estudio de [Chung et al. \(2014\)](#) se centró en examinar la memoria emocional de la muestra y los análisis mostraron que el grupo de víctimas con TEPT mostraron un recuerdo más pobre que el grupo de víctimas sin desarrollo de TEPT ( $p<.01$ ) y que el grupo control ( $p<.05$ ). Además, en relación a las funciones neuropsicológicas, una vez más se hallaron diferencias significativas entre los grupos ( $p<.05$ ), a favor del grupo de mujeres que no han estado expuestas a VG. En la investigación de [Billoux et al. \(2016\)](#), que también evalúa la calidad de la memoria, concretamente la memoria autobiográfica,

encontraron que el grupo de mujeres maltratadas obtuvo una puntuación significativamente menor que el grupo control ( $p<.01$ ), reflejando menor funcionalidad en su memoria de recuerdos autobiográficos negativos.

En la misma línea, estudios realizados en España, como el de [Daugherty et al. \(2019\)](#), examinaron la actuación neuropsicológica de mujeres maltratadas, así como la severidad del posible deterioro cognitivo según el tipo de abuso sufrido. Los hallazgos refieren que en habilidades visomotoras, solo se encontraron diferencias significativas entre el grupo de abuso físico y psicológico y grupo control ( $p<.01$ ), en atención, las víctimas de abuso actuaron peor que el grupo control ( $p<.00$ ), y en cuanto a funciones ejecutivas, el grupo control obtuvo mejores resultados que el grupo de abuso físico y psicológico en inhibición ( $p<.02$ ), planificación ( $p<.02$ ) y razonamiento ( $p<.03$ ), solo diferenciándose ambos grupos de víctimas con el grupo control en el proceso cognitivo de toma de decisiones ( $p<.01$ ). En cuanto a la severidad de estos daños, alrededor del 25% de las mujeres que experimentan violencia, independientemente del tipo de abuso, habiendo sido diagnosticadas con un deterioro neuropsicológico leve, y aproximadamente el 5% con deterioro neuropsicológico severo, sobre todo en atención, memoria y funciones ejecutivas. Estos resultados son congruentes con los obtenidos en el estudio de [Navarro et al. \(2020\)](#) que analiza la relación entre maltrato físico y/o psicológico y diferentes variables cognitivas, donde las mujeres víctimas de violencia de género mostraron un peor rendimiento en tareas de atención alternante ( $p<.028$ ), memoria inmediata y memoria visual directa ( $p<.03$ ) e indirecta ( $p<.028$ ), respecto al grupo control; y con el estudio más reciente de esta revisión, de [Castro et al. \(2022\)](#), donde el grupo de mujeres víctimas de violencia de presentaba diferencias significativas con el grupo control en pruebas de atención alternante ( $p<.007$ ) en memoria a largo plazo ( $p<.001$ ), en pensamiento abstracto ( $p<.001$ ) y en memoria de trabajo ( $p<.022$ ).

En relación a estudios correlacionales que evalúan el rendimiento cognitivo de mujeres maltratadas, encontramos que la investigación de [Dabkowska \(2007\)](#) concluye que el 71,9% de mujeres víctimas de VG obtuvieron puntuaciones por debajo del estándar en la parte A del TMT, presentando deficiencias en su velocidad psicomotora, y 67,2% en la parte B del TMT, reflejando déficit en la memoria de trabajo visual. En estudios más recientes, también se hallaron dificultades en la memoria de trabajo y otras funciones cognitivas en esta población. En el estudio de [García et al. \(2021\)](#) concluyen

**Tabla 2**  
Valoración del Riesgo de Sesgo

| ESCALA SIGN                             | Pregunta de investigación     | Selección de la muestra   | Evaluación variables de interés | Control de variables extrañas | Análisis estadístico    | Riesgo de sesgo |
|-----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------|
| <a href="#">Daugherty et al. (2019)</a> | sí                            | no                        | sí                              | no                            | sí                      | Baja calidad    |
| <a href="#">Billoux et al. (2016)</a>   | sí                            | sí                        | sí                              | no                            | sí                      | Aceptable       |
| <a href="#">Stein et al. (2002)</a>     | sí                            | no                        | sí                              | sí                            | sí                      | Aceptable       |
| <a href="#">Twamley et al. (2009)</a>   | sí                            | no                        | sí                              | sí                            | sí                      | Baja calidad    |
| <a href="#">Navarro et al. (2020)</a>   | sí                            | no                        | sí                              | no                            | sí                      | Baja calidad    |
| <a href="#">Castro et al. (2022)</a>    | sí                            | no                        | no                              | no                            | sí                      | Riesgo alto     |
| <a href="#">Chung et al. (2014)</a>     | sí                            | sí                        | sí                              | no                            | sí                      | Aceptable       |
| ESCALA ROBINS-E                         | Control de variables extrañas | Medición de la exposición | Selección de la muestra         | Medición de resultados        | Selección del resultado | Riesgo de sesgo |
| <a href="#">Dabkowska (2007)</a>        | fuerte no                     | sí                        | sí                              | sí                            | sí                      | Riesgo dudoso   |
| <a href="#">García et al. (2021)</a>    | sí                            | sí                        | débil no                        | sí                            | sí                      | Riesgo bajo     |
| <a href="#">Daugherty et al. (2021)</a> | sí                            | débil no                  | sí                              | sí                            | sí                      | Riesgo bajo     |

que las mujeres víctimas de VG presentaban discapacidad en el área de la memoria, con un rendimiento neuropsicológico bajo en memoria a corto plazo ( $M=41.32$ ,  $SD=14.98$ ), además de en orientación espacial ( $M=40.96$ ,  $SD=13.83$ ), en control atencional ( $M=40.74$ ,  $SD=18.31$ ), en dibujo temático ( $M=40.07$ ,  $SD=15.16$ ), percepción visual ( $M=39.93$ ,  $SD=16.17$ ) y pensamiento lógico ( $M=37.21$ ,  $SD=19.44$ ). Estas alteraciones en las capacidades cognitivas también eran percibidas por las propias víctimas, como probaron Daugherty et al. (2021) investigando el funcionamiento cognitivo percibido por mujeres maltratadas, las cuales indicaron una alta prevalencia de dificultades en el dominio de funciones ejecutivas, sobre todo en concentración (un 47% de la muestra), procesamiento de la información (37,8%) y atención (37,8%).

### Discusión

La presente revisión sistemática apunta hacia un daño neuropsicológico y un consiguiente déficit cognitivo en las mujeres que han sido víctimas de maltrato. Todos los estudios analizados coinciden en sus conclusiones, mostrando que estas mujeres presentan un bajo rendimiento en pruebas de evaluación neuropsicológica y peor actuación cognitiva que las mujeres que no han estado expuestas a maltrato. Este bajo rendimiento se debe a deficiencias como: baja capacidad de mantener, redirigir y controlar la atención (Castro et al., 2022; García et al., 2021; Navarro et al., 2020; Stein et al., 2002), dificultades relacionadas con el funcionamiento de la memoria de trabajo, memoria visual y memoria a corto y largo plazo (Castro et al., 2022; Dabkowska, 2007; García et al., 2021; Navarro et al., 2020; Stein et al., 2002); dificultad para recordar eventos emocionales (Chung et al., 2014) y recuerdos autobiográficos negativos (Billoux et al., 2016); déficits en la capacidad de orientación espacial y percepción visual (García et al., 2021); inhibición de respuesta menor, con dificultad para suprimir o detener las propias acciones (Stein et al., 2002); baja capacidad de flexibilidad cognitiva y fluidez, con dificultades para adaptar el pensamiento y comportamiento a situaciones o información nueva (Twamley et al., 2009); déficit en pensamiento abstracto y pensamiento lógico, con menor capacidad para abstraer conocimientos o ideas de manera lógica o racional y de forma abstracta o imaginativa (Castro et al., 2022; García et al., 2021; Navarro et al., 2020); y baja velocidad psicomotora o mayor tiempo para comprender y realizar una tarea (Dabkowska, 2007; Twamley et al., 2009). En términos generales, como indica el estudio de Daugherty et al. (2019), las mujeres víctimas de VG experimentan un deterioro neuropsicológico que varía de leve a severo, lo que resulta en dificultades atencionales, problemas de memoria y déficits en gran variedad de las funciones ejecutivas.

Como posible causa o variable mediadora entre la VG y estas secuelas neuropsicológicas se sugieren las alteraciones cerebrales producidas por el maltrato. Se ha observado que las mujeres víctimas de maltrato presentan afectaciones en varias regiones cerebrales, especialmente en términos de área, espesor cortical y volumen (Daugherty et al., 2022) y se hipotetiza que los traumatismos craneoencefálicos o el impacto del estrés crónico podrían estar vinculados con los déficits cognitivos (Rueda y Jenaro, 2020), provocando lesiones cerebrales con consecuencias físicas, conductuales y cognitivas (Zieman et al., 2017). Por ejemplo, las secuelas cerebrales correlacionan negativamente con

medidas de aprendizaje, memoria y de flexibilidad cognitiva (Valera y Berenbaum, 2003), afectando las interacciones de redes neuronales y la conectividad funcional en reposo de redes cognitivas, sobre todo en las involucradas en la capacidad de planificar el comportamiento (Valera y Kucyi, 2016).

Además, la alteración cerebral y déficit cognitivo se asocian positivamente con otras variables como la gravedad del abuso y la sintomatología postraumática (Valera y Berenbaum, 2003). Por lo que otra posible mediadora de las secuelas neuropsicológicas es la asociación entre la exposición al maltrato y el desarrollo de TEPT. Las víctimas de VG suelen desarrollar síntomas traumáticos, siendo el TEPT crónico el más común (Aguirre et al., 2010) y el estrés es un importante modulador de la función cognitiva, tanto de forma aguda como crónica (Sandi, 2012). En este sentido, una investigación reciente indica que niveles altos de estrés están asociados con una disminución en las capacidades cognitivas (Kulshreshtha et al., 2023), lo que coincide con hallazgos que muestran que, en víctimas de VG con TEPT, se observaba un peor rendimiento de la memoria de trabajo (Navarro et al., 2020) o una velocidad de procesamiento más lenta (Twamley et al., 2009). Además, estudios neurocientíficos apuntan a que el TEPT está asociado a cambios significativos en el cerebro debido a la liberación hormonal de cortisol (Mengual, 2007), cuya secreción está alterada en mujeres víctimas de violencia de maltrato (Cárdenas et al., 2022).

Los resultados de esta revisión deben interpretarse con ciertas limitaciones. En primer lugar, la escasez de artículos publicados que cumplieran los criterios de selección puede haber limitado la muestra. Además, la diversidad de modelos teóricos y clasificaciones sobre las funciones ejecutivas dificulta la combinación y generalización de los hallazgos. Por último, al tratarse de estudios transversales, no es posible establecer una relación causa-efecto entre la exposición a la VG y los déficits cognitivos, por lo que otras variables podrían estar influyendo en esta relación. En cuanto a las implicaciones prácticas, este estudio subraya la necesidad de atender todas las secuelas de la VG y abordar esta problemática desde un enfoque multidisciplinar, con una evaluación integral del daño y perjuicio a la salud física, psicológica y cognitiva de las mujeres víctimas. Los hallazgos apuntan la necesidad de una evaluación y rehabilitación neuropsicológica como eslabones primordiales en la atención a la mujer víctima de maltrato, con el objetivo último de ayudar a esta población a recuperar su funcionalidad previa al maltrato. Además, el conocimiento de estas secuelas puede tener implicaciones legales, ya que actualmente no se suelen realizar evaluaciones neuropsicológicas en mujeres maltratadas durante procesos forenses. Estos déficits neuropsicológicos no suelen considerarse en los procedimientos legales para establecer la imputabilidad o posibles compensaciones económicas a la víctima (Torices et al., 2016), aunque se ha demostrado que, procesos mentales necesarios en el proceso de la denuncia del maltrato como la memoria autobiográfica, pueden estar comprometidos (Billoux et al., 2016). Finalmente, se evidencia una carencia notable de investigaciones sobre las secuelas neuropsicológicas en mujeres víctimas de VG, lo que refleja que continúan existiendo vacíos muy significativos en la atención necesaria a las mujeres víctimas de VG. Por ello, proponemos la realización de futuras investigaciones que no solo aborden la prevalencia de estas alteraciones en mujeres maltratadas, sino también los factores que pueden influir en el riesgo de deterioro

cognitivo. Además, es fundamental profundizar en cómo estos déficits cognitivos afectan el bienestar y la calidad de vida de las víctimas, con el objetivo de mejorar la atención e intervención proporcionada a esta población.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismo no gubernamentales.

### Referencias

- Aguirre, P. D., Cova, F. S., Domarchi, P. G., Garrido, C. C., Mundaca, I. L., Rincón, P. G., Troncoso, P. V., y Vidal, P. S. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(2), 103-104.
- Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 411-437. <https://doi.org/10.18800/psico.201502.007>
- Amor, P. J., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I., e Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Beydoun, H. A., Williams, M., Beydoun, M. A., Eid, S. M., y Zonderman, A. B. (2017). Relationship of physical intimate partner violence with mental health diagnoses in the nationwide emergency department sample. *Journal of Women's Health*, 26(2), 141-151. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5840>
- Billoux, S., Arbus, C., Telmon, N., y Voltzenlogel, V. (2016). Autobiographical memory impairment in female victims of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 31(7), 897-902. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9838-7>
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., y Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-1163. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>
- Cárdenas, K. J. C., Viteri Rojas, A. M., Valencia Cevallos, A. S., e Indacochea Llor, T. D. (2022). Niveles de cortisol plasmático en mujeres víctimas de violencia de género. *Recimundo*, 6(4), 369-383. <https://doi.org/10.26820/recimundo/6.4.octubre.2022.369-383>
- Castro, C., Quiroz-Molinares, N., Verbel-Saumeth, E., García de la Cadena, C., Ruiz-Avendaño, G., y De los Reyes-Aragón, C. J. (2022). Exploring the relationship between mental health and neuropsychological functioning in female survivors of IPV. *Bethlehem University Journal*, 39(1), 1-15. <https://doi.org/10.13169/bethunivj.39.1-2022.03>
- Chandan, J. S., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Russell, R., Bandyopadhyay, S., Nirantharakumar, K., y Taylor, J. (2020). Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 217(4), 562-567. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.124>
- Chung, S. Y., Tang, S.-H., Shie, J.-P., Tsai, K.-Y., y Chou, F. H.-C. (2014). Emotional memory and posttraumatic stress disorder: A preliminary neuropsychological study in female victims of domestic violence. *African Journal of Psychiatry*, 17(06). <https://doi.org/10.4172/1994-8220.1000148>
- Costello, K., y Greenwald, B. D. (2022). Update on domestic violence and traumatic brain injury: A narrative review. *Brain Sciences*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/brainsci12010122>
- Dabkowska, M. (2007). Working memory in female victims of domestic violence. *Acta Neuropsychologica*, 5(3), 90-98.
- Daugherty, J. C., García, M. P., Ruzzante, N. H., e Izquierdo, N. B. (2021). Perceived Executive Functioning among Female Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 30(1), 25-42. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1783734>
- Daugherty, J. C., Marañón-Murcia, M., Hidalgo-Ruzzante, N., Bueso-Izquierdo, N., Jiménez-González, P., Gómez-Medialdea, P., y Pérez-García, M. (2019). Severity of neurocognitive impairment in women who have experienced intimate partner violence in Spain. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 30(2), 322-340. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1546886>
- Daugherty, J. C., Román, J. V., García, M. P., e Hidalgo-Ruzzante, N. (2022). Structural brain alterations in female survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(7-8), NP4684-NP4717. <https://doi.org/10.1177/0886260520959621>
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., y Watts, C. H. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Medicine*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., y Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 313909. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Domingo, A. P., Callejón, A. B., Prieto, P. B., González, R. C., Ortega, V. C., Lozano, M. L. L., Granell, V. L., Palacios, S. L., Alcaide, M. P., Quintana, M. S., Herrero, M. T., y Torras, B. Z. (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas*. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública.
- García, A. V. T., Vega-Hernández, M. C., Antón Rubio, C., y Pérez-Fernández, M. (2021). Mental health in women victims of gender violence: Descriptive and multivariate analysis of neuropsychological functions and depressive symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010346>
- Ginarte-Arias, Y., e Aguilar-Pérez, I. (2002). Consecuencias neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Revista Cubana de Medicina*, 41(4), 227-231.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Gómez, P., Bueso-Izquierdo, N., Jiménez, P., Martín del Moral, E., y Pérez-García, M. (2012). Secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género. *3er Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres*, November, 10.
- Kulshreshtha, A., Alonso, A., McClure, L. A., Hajjar, I., Manly, J. J., y Judd, S. (2023). Association of stress with cognitive function among older black and white US adults. *JAMA Network Open*, 6(3), e231860. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.1860>
- Labrador-Encinas, F. J. L., Fernández-Velasco, M. R., y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712699016.pdf>
- Lara, E., Cayetano, A., Zapata, R., Bretones, C., y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1)1-8. <https://www.redalyc.org/journal/3334/333463140001/html/>

- Mengual, M. A. (2007). *Trastorno de estrés postraumático. Daño cerebral secundario a la violencia*. Ediciones Díaz de Santos.
- Ministerio de Igualdad. (2019). *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/>
- Navarro, C. G., Gordillo-León, F., y Pérez-Nieto, M. Á. (2020). Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.01.003>
- OMS. (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pérez, P. C. (2019). Afectación neuropsicológica en mujeres maltratadas. *Revista de Criminología, Psicología y Ley*, 1(1), 102-128.
- Prats, A. de P. (2022). *La violencia de género en la pareja, su manifestación y las consecuencias a largo plazo en mujeres y sus descendientes*. [Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/72864>
- Rueda, L. G., y Jenaro, C. (2020). Alteraciones en funciones cognitivas en mujeres maltratadas: revisión sistemática y meta-análisis. *Psico*, 51(3), e33346. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.3.33346>
- Sandi, C. (2012). Influencia del estrés sobre las capacidades cognitivas. *Revista del Consejo Escolar del Estado*, 1(1), 38-46.
- Stein, M. B., Kennedy, C. M., y Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52(11), 1079-1088. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01414-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01414-2)
- Torices, M. I. M., Hidalgo-Ruzzante, N., Sabio, V. T., y García, M. P. (2016). Neuropsicología forense en un caso de violencia de género. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(2), 361-376.
- Torres-García, A. V. (2014). *Evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de Violencia de Género*. Universidad de Salamanca, 361.
- Torres-García, A. V., Vega-Hernández, M. C., Antón Rubio, C. A., y Pérez-Fernández, M. P. (2021). Mental health in women victims of gender violence: Descriptive and multivariate analysis of neuropsychological functions and depressive symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010346>
- Tourné García, M., Herrero Velázquez, S., y Garriga Puerto, A. (2024). Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. *Atencion Primaria*, 56(11), 102903. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102903>
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Cissell, S. H., Berardi, K. H., Grimes, E. M., y Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6), 879-887. <https://doi.org/10.1017/S135561770999049X>
- Valera, E., y Kucyi, A. (2016). Brain injury in women experiencing intimate partner - violence: neural mechanistic of an «invisible» trauma. *Brain Imaging and Behavior*, 11, 1664-1667. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9643-1>
- Valera, E. M., y Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 797-804. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.797>
- Zieman, G., Bridwell, A., y Cárdenas, J. F. (2017). Traumatic brain injury in domestic violence victims: A retrospective study at the barrow neurological institute. *Journal of Neurotrauma*, 34(4), 876-880. <https://doi.org/10.1089/neu.2016.4579>

Revisión Sistemática

## Revisión Sistemática Sobre las Dificultades de Regulación Emocional en los Trastornos de la Personalidad

Carlota Roger Guerra<sup>1</sup> , Marta Sáez Carnerero<sup>1</sup> , Roberto García Sánchez<sup>2</sup>  y Adelia de Miguel Negrodo<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de La Laguna, España

<sup>2</sup> Universidad Europea de Canarias, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Junio 9, 2025

Aceptado: Noviembre 5, 2025

#### Palabras clave

Trastorno límite de la personalidad  
Desregulación emocional  
Psicopatología  
Transdiagnóstico  
Psicoterapia

### RESUMEN

Esta revisión sistemática analiza la relación entre la regulación emocional y los trastornos de personalidad, un vínculo previamente sugerido por expertos en salud mental. Su objetivo es identificar variables específicas que influyen en esta conexión, diferenciando factores comunes y divergentes entre distintos trastornos. Para ello, se seleccionaron 58 estudios bajo estrictos criterios de inclusión y exclusión, garantizando la calidad de los datos. Los resultados confirman una relación clara entre déficits en regulación emocional y los trastornos de personalidad, especialmente el Trastorno Límite de la Personalidad. No obstante, se requiere más investigación en contextos clínicos amplios para fortalecer estos hallazgos y desarrollar intervenciones terapéuticas eficaces que ayuden a los pacientes a manejar.

### Systematic Review on Emotion Regulation Difficulties in Personality Disorders

### ABSTRACT

This systematic review examines the relationship between emotion regulation and personality disorders, a link previously suggested by mental health experts. Its objective is to identify specific variables that influence this connection, differentiating common and divergent factors between different disorders. To do this, 58 studies will be selected under strict inclusion and exclusion criteria, guaranteeing the quality of the data. The results confirm a clear relationship between deficits in emotional regulation and personality disorders, especially Borderline Personality Disorder. However, more research is required in broad clinical settings to strengthen these findings and develop effective therapeutic interventions to help patients cope.

#### Keywords

Borderline personality disorder  
Emotion regulation  
Psychopathology  
Transdiagnostic  
Psychotherapy

Cómo citar: Roger, C., Sáez, M., García, R., y de Miguel, A. (2026). Revisión sistemática sobre las dificultades de regulación emocional en los trastornos de la personalidad. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 47(3), 189-206. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2026.47.21>

Autor de correspondencia: Roberto García Sánchez [robertogs.ull@gmail.com](mailto:robertogs.ull@gmail.com) 

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

La dificultad para regular las emociones es un problema actual y poco tratado que puede afectar a todas las personas tanto a nivel emocional y físico, como a nivel psicológico. Muchos individuos se sienten superados por no poder controlar cómo se sienten ante cualquier situación inesperada, lo que les produce un malestar significativo.

Con el fin de entender de qué trata la regulación emocional, se intenta explicar qué son las emociones. No existe una definición específica, consensuada y válida para todas las personas (Fernández-Abascal y Jiménez, 2010). Realmente, “casi todo el mundo piensa que sabe lo que es una emoción, hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla” (Wenger et al., 1962).

Las emociones son una respuesta adaptativa del ser humano ante un estímulo interno o externo que produce una alteración del ánimo junto a una conmoción somática y nos ayudan a sobrevivir en el entorno. Es decir, son impulsos arraigados que nos llevan a actuar (Goleman, 1995).

Existen varios tipos de emociones. En primer lugar, se describen las emociones primarias, más conocidas como emociones básicas, las cuales son innatas y se experimentan en función de un estímulo. Entre ellas se encuentran la ira, el miedo, tristeza, asco, felicidad y sorpresa (Ekman et al., 1972). Y, en segundo lugar, se explican las emociones secundarias, que son aquellas que se aprenden y derivan de las primarias, como por ejemplo la vergüenza, la culpa, el orgullo etc.

Tener la capacidad para controlar las emociones es lo que se conoce como regulación emocional (Gross y Ford, 2024). Más concretamente, la regulación emocional (RE) se refiere a “los procesos mediante los cuales los individuos influyen en qué emociones tienen, cuándo las tienen y cómo experimentan y expresan estas emociones” (Gross, 1998).

Comprender la regulación emocional implica reconocer las diversas estrategias que emplean las personas para manejar emociones negativas. Existen estrategias adaptativas, como la reevaluación cognitiva, que modifica el significado emocional de una situación; la aceptación, que implica tolerar sin suprimir las emociones; la solución de problemas, que aborda la causa del malestar; y la disminución de la atención, que redirige el foco hacia aspectos menos amenazantes (Aldao et al., 2010; Gross y John, 2003). Estas permiten una gestión emocional funcional.

No obstante, procesos como la rumiación, el pensamiento negativo repetitivo, la supresión emocional y la evitación actúan contraproducentemente, intensificando y prolongando el malestar, especialmente en quienes presentan dificultades crónicas para regular sus emociones (Aldao et al., 2010; Moulds y McEvoy, 2025). Diferenciar estas estrategias adaptativas y desadaptativas es esencial para entender los trastornos de personalidad (Moulds y McEvoy, 2025).

Respecto a las diferencias de género en regulación emocional, la literatura evidencia que las mujeres muestran mayor conciencia y comprensión emocional, conceptualizan mejor sus emociones y tienden a analizar y modificar sus estados emocionales más frecuentemente. Además, atribuyen las causas de eventos negativos a factores estables e internos y son más proclives a comunicar sus sentimientos, aunque esto las hace más vulnerables a la rumiación y a la internalización del malestar, aumentando el riesgo de depresión y ansiedad (Nolen-Hoeksema, 2012).

En contraste, los hombres, si bien experimentan emociones similares, evidencian menor conciencia emocional y una regulación

más automática, atribuyendo causas situacionales y externas. Predominan las estrategias de supresión y evitación, favoreciendo la externalización del malestar, lo que se asocia con conductas impulsivas y consumo de sustancias (Nolen-Hoeksema, 2012). Estas diferencias tienen implicaciones clínicas significativas en la manifestación y tratamiento de los trastornos de personalidad.

Por lo tanto, una desregulación emocional puede dar lugar a una conducta desadaptativa para el contexto en el que el individuo se encuentra, además de acarrear consecuencias negativas para la propia persona en todos los ámbitos de su vida (ámbito laboral, educativo, social, económico, etc.).

Los síntomas de una persona sin autocontrol emocional son muy diversos, pueden reaccionar de forma impulsiva, estar a la defensiva, deprimirse ante situaciones de estrés, tener falta de concentración durante un tiempo prolongado o incluso tener un deterioro en las relaciones interpersonales, pero también puede derivar en estados emocionales negativos como la ansiedad o la depresión. Para su tratamiento, son muchas las técnicas que se pueden utilizar para mantener el control y realizar un afrontamiento exitoso, como por ejemplo el mindfulness, las técnicas de relajación muscular o la terapia dialéctica-conductual (TDC) (Valenzuela, 2021).

Como las dificultades en la regulación emocional suele ser una característica presente en individuos con trastornos de personalidad, es de interés estudiar una posible relación entre ambos (Fitzpatrick et al., 2023).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5.ª edición (DSM-5) (APA, 2014) establece que un trastorno de personalidad se define como un patrón persistente de experiencias internas y comportamientos que se aparta significativamente de las normas culturales aceptadas por el individuo. Este fenómeno, caracterizado por su inflexibilidad y estabilidad a lo largo del tiempo, suele manifestarse en la adolescencia o en la adultez temprana, dando lugar a malestar o deterioro en el funcionamiento psicosocial (Fundación AMAI TLP, 2016).

El DSM-5 clasifica 10 tipos de trastornos de personalidad en tres grupos (A, B y C) en relación a las similitudes en sus características. El grupo A se caracteriza por manifestar conductas excéntricas o peculiares y está formado por: el trastorno paranoide, el trastorno esquizoide y trastorno esquizotípico. La categoría B se distingue por presentar comportamientos emocionales, dramáticos o erráticos tales como: el trastorno antisocial, el trastorno límite, el trastorno histriónico y el trastorno narcisista. Por último, el grupo C se caracteriza por la presencia de miedo o ansiedad, entre los que se encuentran: el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno de personalidad dependiente y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

Gran parte de las investigaciones sobre las dificultades en la regulación emocional en los trastornos de personalidad han focalizado su atención en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), más conocido por su denominación en inglés “Borderline Personality Disorder” (BPD). Este trastorno ha sido uno de los más difíciles de tratar desde el punto de vista de la psicoterapia, aunque desde hace un tiempo ha despertado un gran interés y se ha estado investigando sobre él y sus particularidades.

El National Institute of Mental Health (NIMH, 2022) define este trastorno como “una enfermedad mental que afecta gravemente a la capacidad de una persona para controlar sus emociones”. Está caracterizado por un patrón general de síntomas entre los que se encuentran la inestabilidad en las relaciones interpersonales, las

emociones, la autoimagen y una tendencia hacia la impulsividad (Nieto, 2006).

En esta revisión sistemática se pretende analizar múltiples estudios con el objetivo general de comprobar si existe relación, según la bibliografía científica en los últimos 14 años, entre las dificultades en la regulación emocional y los trastornos de personalidad.

## Método

### Participantes

Personas con dificultades en regulación emocional y trastorno de personalidad. No se determinaron restricciones de sexo, cultura o etnia.

### Procedimiento

Se realizó una búsqueda sistemática siguiendo el método PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010) hasta el 11 de marzo de 2024 utilizando sólo la base de datos PSYCINFO (EBSCO). Con el objetivo de seleccionar los estudios más adecuados se establecieron las siguientes palabras clave: “*Emotional regulation*” y “*personality disorders*” empleando el operador booleano “AND” para combinar

ambas categorías. Inicialmente se encontraron 1118 artículos, que se filtraron utilizando unos criterios de inclusión, lo que dio como resultado un total de 373 artículos para revisar.

Para la elección de los estudios durante la revisión sistemática se fijaron unos criterios de inclusión y exclusión. Los criterios que se debían cumplir se exponen a continuación: (1) que los artículos incluyeran las palabras clave en el título o el resumen, (2) que fuesen publicaciones académicas, (3) que estuvieran escritos en inglés o español, (4) que tengan acceso al texto completo, y (4) que estuviese escritos entre 2010 y el 2024.

Los datos extraídos para analizar los artículos seleccionados fueron: (1) autor y año de publicación del artículo, (2) tamaño de la muestra y porcentaje de mujeres, (3) edad de los participantes, media y desviación típica, (4) tipo de trastorno de personalidad, (5) comorbilidad con otros trastornos, (6) instrumentos utilizados, (7) variables criterio, (8) terapias empleadas y (9) efectividad de la terapia.

### Instrumentos

Los 58 estudios seleccionados utilizaron un total de 114 instrumentos de medida para evaluar las variables criterio (véase [tabla 1](#) para detalle completo). La mayoría de estos instrumentos

**Tabla 1**  
Características de los Instrumentos

| Instrumento                                                                      | Autor y año             | Qué mide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fiabilidad                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)                                  | Gratz y Roemer, 2004    | La disregulación emocional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | $\alpha=.95$                      |
| Latent profile analysis (LPA)                                                    | N.D.                    | Se utiliza para identificar subgrupos no observados (latentes) dentro de una población a partir de variables observadas                                                                                                                                                                                                                                                                     | Entre $\alpha=.79$ y $\alpha=.90$ |
| Beck Depression Inventory (BDI)                                                  | Beck, 1961              | Gravedad de la sintomatología depresiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | $\alpha=.83$                      |
| Análisis RSFC                                                                    | N.D.                    | Análisis de la conectividad funcional mediante resonancia magnética funcional (RMf)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | N.D.                              |
| BPD Severity Index (BPDSI)                                                       | N.D.                    | Severidad del TLP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | N.D.                              |
| Interview for Trauma Events in Childhood (ITEC)                                  | Lobbestael et al., 2006 | El maltrato infantil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | N.D.                              |
| Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)                                             | Patton et al., 1995     | Valoración de impulsividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N.D.                              |
| Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20)                                            | Bagby et al., 1994      | Alexitimia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | $\alpha=.86$                      |
| Distress Tolerance Scale (DTS)                                                   | Simons y Gaher, 2005    | Capacidad percibida para tolerar la angustia emocional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | $\alpha=.88$                      |
| Inventory of Interpersonal Problems (IIP)                                        | Horowitz et al., 1988   | Evaluar las dificultades interpersonales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | $\alpha=.95$                      |
| Sense of Self Scale (SOSS)                                                       | Flury y Ickes, 2007     | Medir la alteración de la identidad en cuatro áreas: la falta de comprensión de uno mismo; los cambios repentinos en los sentimientos, las opiniones y los valores; la tendencia a confundir los propios sentimientos, pensamientos y perspectivas con los de los demás y la sensación de que la propia existencia es precaria                                                              | $\alpha=.90$                      |
| Personality Assessment Inventory - Borderline Scale (PAI-BOR)                    | Morey, 1991             | Cualidades únicas del Trastorno Límite de Personalidad según el DSM-IV-TR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | $\alpha=.84$                      |
| Center for Epidemiologic Studies Scale (CES-D)                                   | Radloff, 1977           | Diseñado para medir la gravedad de los síntomas depresivos en la población general                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | $\alpha=.94$                      |
| Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)                                  | Lloyd, 2018             | Evaluación de NSSI en adolescentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | $\alpha=.991$                     |
| Emotional Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA)         | Gullone y Taffe, 2019   | Reevaluación cognitiva y supresión de expresión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | $\alpha=.726$                     |
| Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C)                      | Crick et al., 2005      | Inestabilidad afectiva (impulsividad, dificultad para calmar el estado de ánimo, emociones más intensas), trastorno de identidad (inconsistencia en la autoevaluación, problemas de identidad), relaciones negativas (angustia emocional, sentimiento de aislamiento, evaluación negativa de amigos, paranoia) y autolesiones (comportamiento excesivo incontrolable, falta de autocontrol) | $\alpha=.870$                     |
| General Emotion Dysregulation Measure (GEDM)                                     | Newhill et al., 2010    | Desregulación emocional en pacientes con trastorno de personalidad del grupo B                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | $\alpha=.89$                      |
| DBT-WCCL                                                                         | Neacsiu et al., 2010    | Uso de habilidades DBT en individuos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Entre $\alpha=.92$ y $\alpha=.96$ |
| Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) | First et al., 1996      | Presencia de Trastornos de la personalidad del Eje II siguiendo los criterios del Diagnóstico y Estadístico Manual de Trastornos Mentales DSM-IV                                                                                                                                                                                                                                            | Entre $\alpha=.90$ y $\alpha=.98$ |
| Beck Depression Inventory-II (BDI-II)                                            | Beck et al., 1996       | La gravedad de los síntomas depresivos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | $\alpha=.98$                      |

| Instrumento                                                                                                            | Autor y año               | Qué mide                                                                                                                                                                         | Fiabilidad                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)                                                                          | Watson et al., 1988       | Afectividad positiva y negativa                                                                                                                                                  | $\alpha=0.88$                                                             |
| Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)                                                                                 | Gross y John, 2003        | Diferencias individuales en el uso habitual de dos estrategias de regulación de las emociones: la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva                                | $\alpha=.69$                                                              |
| General Self-Efficacy Scale (GSE)                                                                                      | Sherer et al., 1982       | Autoeficacia                                                                                                                                                                     | $\alpha=.87$                                                              |
| Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)                                                                  | Pfohl et al., 1997        | Criterios de diagnóstico para los 10 TTPP enumerados en el DSM-IV                                                                                                                | $\alpha=.94$                                                              |
| Global Assessment of Functioning (GAF)                                                                                 | N.D.                      | Califica subjetivamente el funcionamiento social, ocupacional y psicológico de un individuo                                                                                      | N.D.                                                                      |
| Depression subscale (DEP)                                                                                              | Derogatis, 1994           | Depresión                                                                                                                                                                        | $\alpha=.89$                                                              |
| General Severity Index (GSI)                                                                                           | Derogatis, 1994           | Malestar psicológico general                                                                                                                                                     | $\alpha=.97$                                                              |
| Symptom Checklist-90-revised (SCL-90 -R)                                                                               | Derogatis, 1994           | Problemas psicológicos y síntomas de psicopatología                                                                                                                              | Entre $\alpha=0.81$ y $\alpha=0.90$                                       |
| BPD-subscale of the SCID-II questionnaire                                                                              | First et al., 1996        | Criterios de Trastornos de Personalidad                                                                                                                                          | $\alpha=.84$                                                              |
| Anhedonic Depression and Anxious Arousal subscales of the Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire Short Form (MASQ-SF) | Watson et al., 1995       | La subescala "Anhedonic Depression" evalúa los síntomas específicos de la depresión<br>La subescala "Anxious Arousal" evalúa los síntomas específicos de la ansiedad             | Anhedonic Depression: $\alpha = .92$ ;<br>Anxious Arousal: $\alpha = .87$ |
| The Brief Fear of Negative Evaluation (BFNE)                                                                           | Leary, 1983               | Rasgos básicos de la ansiedad social, concretamente la ansiedad ante la evaluación que los demás hacen de uno mismo                                                              | $\alpha = .90$                                                            |
| The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)                                          | Zanarini et al., 2003     | Síntomas del Trastorno Límite de Personalidad                                                                                                                                    | $\alpha = .79$                                                            |
| The Eating Disorders Attitude Test (EAT-26)                                                                            | Garner et al., 1982       | Actitudes y conductas alimentarias problemáticas                                                                                                                                 | $\alpha = .87$                                                            |
| Personality Assessment Inventory-Borderline Features (PAI-AI)                                                          | Morey 1991                | Intensidad emocional y la variabilidad                                                                                                                                           | Entre $\alpha=0.67$ y $\alpha=0.82$                                       |
| Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)                                                          | Birmaher et al., 1997     | Síntomas de ansiedad                                                                                                                                                             | $\alpha = .93$                                                            |
| Adolescent Symptom Inventory-4 (ASI-4R)                                                                                | Gadow y Sprafkin, 1998    | Síntomas del Trastorno depresivo mayor                                                                                                                                           | $\alpha = .86$                                                            |
| Borderline Symptom List-23 (BSL-23)                                                                                    | Bohus et al., 2009        | Gravedad de los rasgos de Trastorno Límite de Personalidad experimentados en la última semana                                                                                    | $\alpha=.96$                                                              |
| Regulation of Emotions Questionnaire (REQ)                                                                             | Phillips y Power, 2007    | Frecuencia de uso de estrategias de regulación de la emoción disfuncionales internas, disfuncionales externas, funcionales internas y funcionales externas                       | Entre $\alpha=0.76$ y $\alpha=0.84$                                       |
| BIOPAC (BIOPAC Systems Inc., Model MP150, Goleta, CA)                                                                  | N.D.                      | Índices psicofisiológicos de la respuesta emocional                                                                                                                              | N.D.                                                                      |
| Dissociative State Scale (DSS)                                                                                         | Stiglmayr et al., 2001    | Experiencias disociativas en el momento presente                                                                                                                                 | Entre $\alpha=0.92$ y $\alpha=0.93$                                       |
| Estímulos de inducción de emociones (guiones de imágenes)                                                              | N.D.                      | N.D.                                                                                                                                                                             | N.D.                                                                      |
| The Trauma History Questionnaire (THQ)                                                                                 | Green, 1996               | Experiencias de un individuo con acontecimientos potencialmente traumáticos que pueden cumplir el criterio DSM-IV-TR A1 (estresor) para el TEPT                                  | N.D.                                                                      |
| Emotional Intelligence Scale (EIS)                                                                                     | Schutte et al., 1998      | Inteligencia emocional                                                                                                                                                           | $\alpha=.92$                                                              |
| UPPS Impulsive Behavior Scale                                                                                          | Whiteside y Lynam, 2001   | Cuatro facetas del comportamiento impulsivo: urgencia negativa, premeditación, perseverancia y búsqueda de sensaciones                                                           | $\alpha=.90$                                                              |
| Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2)                                                                                   | Doerfler et al., 2002     | Cambios en los síntomas a lo largo del tiempo en la terapia                                                                                                                      | $\alpha=.93$                                                              |
| Depression and Anxiety Stress Scale, 21 (DASS 21)                                                                      | Yusoff et al., 2013       | Síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés                                                                                                                                     | N.D.                                                                      |
| MIT Fidelity Scale                                                                                                     | Gordon-King et al., 2019  | Adherencia del terapeuta a la intervención manualizada del MIT                                                                                                                   | $\alpha=.79$                                                              |
| Interview version of the Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)                                                         | Gratz, 2001               | Diversos aspectos de DSH (incluyendo frecuencia, duración y tipo de comportamiento DSH)                                                                                          | $\alpha=.75$                                                              |
| Depression Anxiety Stress Scales (DASS)                                                                                | Lovibond y Lovibond, 1995 | Tres estados emocionales (Ansiedad, Depresión y Estrés)                                                                                                                          | Entre $\alpha=0.87$ y $\alpha=0.93$                                       |
| BPD-related composite of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-BPD)                                             | Lejuez et al., 2003       | Problemas interpersonales relevantes para el TLP, incluyendo la sensibilidad interpersonal y la agresión                                                                         | $\alpha=.86$                                                              |
| Sheehan Disability Scale (SDS)                                                                                         | Sheehan, 1983             | Deterioro social y profesional debido a síntomas psicológicos                                                                                                                    | $\alpha=.86$                                                              |
| Quality of Life Inventory (QOLI)                                                                                       | Frisch et al., 1992       | 16 áreas de la vida en términos de grado de importancia y nivel de satisfacción                                                                                                  | $\alpha=.82$                                                              |
| Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)                                                                              | Hayes et al., 2004        | Evitación de experiencias, o la tendencia a evitar experiencias internas no deseadas (en particular, las emociones)                                                              | $\alpha=.75$                                                              |
| Emotional Expressivity Scale (EES)                                                                                     | N.D.                      | Diferencias individuales en el grado en que las personas expresan exteriormente sus emociones y califica las emociones que alguien muestra exteriormente en un rango de gravedad | $\alpha=.49$                                                              |
| Emotion Regulation Strategies for Artistic Creative Activities Scale (ERS-ACA)                                         | N.D.                      | Tipos de estrategias de regulación emocional (ERS) utilizadas al participar en actividades artísticas creativas                                                                  | $\alpha=.91$                                                              |
| Healthy-Unhealthy (music) Scale (HUMS)                                                                                 | N.D.                      | Dimensiones saludables y no saludables del compromiso musical                                                                                                                    | $\alpha=.74$                                                              |

| Instrumento                                                                                           | Autor y año                     | Qué mide                                                                                                                                                                                                                                                | Fiabilidad                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS)                                  | N.D.                            | Autoexpresión y la regulación de las emociones en arteterapia                                                                                                                                                                                           | $\alpha=.90$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)                                                       | Baer et al., 2004               | Atención plena en cuatro escalas: (a) observar, (b) describir, (c) actuar con conciencia y (d) aceptar sin juzgar                                                                                                                                       | $\alpha=.86$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I (SCID-I)                                             | First et al., 1997              | Presencia de Trastornos de la personalidad del Eje I siguiendo los criterios del Diagnóstico y Estadístico Manual de Trastornos Mentales DSM-IV                                                                                                         | Entre $\alpha=0.60$ y $\alpha=0.83$                                                                                                                                                                                                                           |
| Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)                                                     | Garnefski et al., 2002          | 9 tipos de estrategias cognitivas específicas de regulación emocional                                                                                                                                                                                   | $\alpha=.90$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Social Network Assessment (SNA)                                                                       | Lazarus y Cheavens, 2017        | Los participantes indican su relación con la persona más importante de su vida durante el último año, la duración de la relación en años y la calidad de la relación en cinco dimensiones: apoyo percibido, satisfacción, crítica, conflicto y cercanía | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)                                                                | Morey, 1991                     | Medida de autoinforme de 24 ítems de características límite, como inestabilidad del estado de ánimo, ira, dificultades en las relaciones, e impulsividad                                                                                                | $\alpha=.91$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Experiences in Close Relationships Scale (ECR)                                                        | Brennan et al., 1998            | Apego interpersonal                                                                                                                                                                                                                                     | Entre $\alpha=0.91$ y $\alpha=0.94$                                                                                                                                                                                                                           |
| Defense Style Questionnaire (DSQ)                                                                     | Bond, 1989                      | Derivados de los mecanismos de defensa más utilizados                                                                                                                                                                                                   | Entre $\alpha=0.58$ y $\alpha=0.80$                                                                                                                                                                                                                           |
| The self-report Wisconsin Personality Inventory (WISPI)                                               | Klein et al., 1993              | Gravedad de los síntomas del paciente asociados a cada TP del DSM                                                                                                                                                                                       | Entre $\alpha=0.88$ y $\alpha=0.90$                                                                                                                                                                                                                           |
| Classification of Affective Meaning States (CAMS)                                                     | Pascual-Leone y Greenberg, 2005 | 10 estados de significado afectivo: angustia global, miedo/vergüenza, ira de rechazo, evaluación negativa, necesidad, alivio, dolor/duelo, ira asertiva, autocompasión y aceptación/agencia                                                             | $\alpha=.88$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Coping Action Patterns Rating Scales (CAPRS)                                                          | Perry et al., 2005              | Procesos de afrontamiento basados en entrevistas-transcripciones                                                                                                                                                                                        | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Personality Disorder Questionnaire - Fourth Edition (PDQ-4+)                                          | Hyler et al., 1992              | 12 tipos de Trastornos de la personalidad según los criterios del DSM-IV                                                                                                                                                                                | $\alpha=.75$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-les-Q)                                    | Endicott et al., 1993           | Satisfacción con la vida                                                                                                                                                                                                                                | $\alpha=.86$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ)                                                       | Baer et al., 2006               | Medida de atención plena que consta de cinco facetas: observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar                                                                                                                             | $\alpha=.91$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Affective Control Scale (ACS)                                                                         | Williams et al., 1997           | El miedo de una persona a no poder controlar sus emociones; incluyendo ira, estado de ánimo deprimido, ansiedad y emociones positivas                                                                                                                   | $\alpha=.92$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Inventory of Interpersonal Problems-64 (IIP-64)                                                       | Alden et al., 1990              | Problemas Interpersonales                                                                                                                                                                                                                               | $\alpha=.94$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Chinese version of the Modified Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime (CMSADS-L) | Wu et al., 2016                 | Síntomas centrales del trastorno de la personalidad (TP) para confirmar un diagnóstico de EP                                                                                                                                                            | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Borderline Personality Disorder Features Scale (BPDFS)                                                | Wu et al., 2016                 | Rasgos y comportamientos de la personalidad límite                                                                                                                                                                                                      | $\alpha=.70$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Ko's Depression Inventory (KDI)                                                                       | Chien et al., 2007              | Síntomas depresivos                                                                                                                                                                                                                                     | $\alpha=.87$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Adult Suicidal Ideation Questionnaire-Shortened Version (ASIQ-S)                                      | Chou et al., 2013               | Intensidad, omnipresencia y características de las ideaciones suicidas de un adulto durante el mes anterior                                                                                                                                             | $\alpha=.96$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Cognitive Error Questionnaire-Shortened version (CEQ-S)                                               | Chang et al., 1996              | Niveles de errores cognitivos                                                                                                                                                                                                                           | $\alpha=.90$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Emotion Regulation Scale (ERS)                                                                        | N.D.                            | Estrategias de regulación emocional centradas en el antecedente, así como la supresión y la aceptación, que se diseñaron para evaluar las estrategias de regulación emocional centradas en la respuesta                                                 | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Spanish version, Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)                                                      | N.D.                            | Forma en que las personas reflexionan sobre su estado de ánimo                                                                                                                                                                                          | Según las subescalas:<br>Atención: $\alpha=.90$<br>Claridad: $\alpha=.90$<br>Reparación: $\alpha=.86$                                                                                                                                                         |
| Emotion regulation of others and self                                                                 | Niven et al., 2011              | Regulación emocional interpersonal                                                                                                                                                                                                                      | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Interpersonal emotion management                                                                      | Little et al., 2012             | Tendencia a utilizar determinadas estrategias para ayudar a los demás a gestionar sus emociones                                                                                                                                                         | $\alpha=.95$                                                                                                                                                                                                                                                  |
| General emotion goals                                                                                 | Tamir y Ford, 2012              | Preferencia por experimentar felicidad o enfado                                                                                                                                                                                                         | Según las subescalas:<br>General happiness: $\alpha=.76$<br>General anger: $\alpha=.82$                                                                                                                                                                       |
| Contextualized emotion goals                                                                          | Tamir y Ford, 2012              | Objetivos emocionales contextualizados                                                                                                                                                                                                                  | Según las subescalas:<br>Preference for happiness for collaboration: $\alpha=.81$<br>Preference for happiness for confrontation: $\alpha=.91$<br>Preference for anger for collaboration: $\alpha=.88$<br>Preference for anger for confrontation: $\alpha=.79$ |

| Instrumento                                                                                        | Autor y año                 | Qué mide                                                                                                                                                 | Fiabilidad                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuestionario de estilo de pensamiento reflexivo (RTS)                                              | Bohus et al., 2009          | Presencia de un estilo de pensamiento reflexivo independiente de la presencia de depresión                                                               | $\alpha=.92$                                                                        |
| Westmead Severity Scale (WSS)                                                                      | Clarkin et al., 1993        | Gravedad de los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)                                                                                   | N.D.                                                                                |
| Zung depression questionnaire                                                                      | Zung, 1965                  | Depresión típica                                                                                                                                         | $\alpha=.79$                                                                        |
| Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV Axis-I disorders (MINI)                   | Sheehan et al., 1998        | Presencia de Trastornos de la Personalidad del Eje I                                                                                                     | N.D.                                                                                |
| Partnership Questionnaire (PFB-K)                                                                  | Kliem et al., 2012          | Calidad de las relaciones                                                                                                                                | $\alpha=.79$                                                                        |
| Questionnaire on Couple's Support Seeking and Providing (OQCSSP)                                   | Miano et al., 2021          | Búsqueda y la prestación de apoyo                                                                                                                        | N.D.                                                                                |
| International Personality Disorder Examination                                                     | Loranger et al., 1998       | Presencia de Trastornos de la Personalidad                                                                                                               | N.D.                                                                                |
| Zanarini Rating Scale for BPD (ZAN-BPD)                                                            | Zanarini et al., 2003       | Gravedad de los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad basados en el DSM-IV y los cambios significativos de los síntomas a lo largo del tiempo | N.D.                                                                                |
| Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)                                                               | Bernstein et al., 2003      | Cinco dominios de experiencias de maltrato infantil ("abuso emocional", "abuso físico", "abuso sexual", "negligencia emocional" y "negligencia física")  | $\alpha=.78$                                                                        |
| Brief Symptom Inventory (BSI)                                                                      | Franke y Derogatis, 2000    | Gravedad de los síntomas generales                                                                                                                       | N.D.                                                                                |
| Attachment Style Questionnaire (ASQ)                                                               | Feeney et al., 1994         | Estilos de apego seguro e inseguro                                                                                                                       | $\alpha=.89$                                                                        |
| State-Trait Anxiety Inventory (STAI)                                                               | Spielberger, 1983           | Ansiedad en dos dimensiones: estado y rasgo                                                                                                              | $\alpha=.89$                                                                        |
| Subjective Socio-Economic Status (SSES)                                                            | Adler y Ostrove, 1999       | Situación social y económica subjetiva                                                                                                                   | $\alpha=.72$                                                                        |
| Tareas con RMF GE SIGNA 3Tesla (GE Medical Systems, Milwaukee, WI, EE.UU.; Métodos suplementarios) | N.D.                        | Actividad cerebral                                                                                                                                       | N.D.                                                                                |
| TFP Adherence and Competence Rating Scale                                                          | Clarkin et al., 1999        | Competencia terapéutica                                                                                                                                  | N.D.                                                                                |
| Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ)                                                   | Tellegen, 1982              | Rasgos de personalidad normal                                                                                                                            | N.D.                                                                                |
| Affective Lability Scale (ALS)                                                                     | Harvey et al., 1989         | Labilidad afectiva                                                                                                                                       | N.D.                                                                                |
| Overt Aggression Scale-Modified (OAS-M)                                                            | Coccaro et al., 1991        | Frecuencia y gravedad de los episodios agresivos                                                                                                         | N.D.                                                                                |
| Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)                                                    | Posner et al., 2011         | Riesgo de suicidio                                                                                                                                       | N.D.                                                                                |
| Self-Compassion Scale (SCS)                                                                        | Neff, 2020                  | Capacidad de autocompasión                                                                                                                               | Según las subescalas:<br>Self-judgment: $\alpha=.56$<br>Self-kindness: $\alpha=.84$ |
| Five Facet Mindfulness Questionnaire                                                               | Baer et al., 2006           | Los cinco aspectos principales de la atención plena                                                                                                      | Según las subescalas:<br>Non-reactivity: $\alpha=.70$<br>Description: $\alpha=.88$  |
| Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y)                                               | Greco et al., 2008          | Inflexibilidad psicológica en niños y adolescentes                                                                                                       | $\alpha=.88$                                                                        |
| Youth Self-Report (YSR)                                                                            | Achenbach, 1995             | Comportamiento, el funcionamiento y la adaptación adolescente                                                                                            | N.D.                                                                                |
| Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)                                                       | Costa y McCrae, 1999        | Personalidad, dividida en 5 factores: el Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad                             | $\alpha=0.87$                                                                       |
| Conflict Tactics Scale (CTS2)                                                                      | Straus et al., 1996         | Participación individual o experiencia de violencia física o psicológica con una pareja íntima                                                           | N.D.                                                                                |
| World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0)            | Kessler y Üstün, 2004       | Trastornos mentales según las definiciones de los Criterios Diagnósticos para la Investigación de la CIE-10 y el DSM-III-R                               | N.D.                                                                                |
| International Personality Disorder Examination (IPDE) screening questionnaire                      | Loranger et al., 1994       | Presencia de un trastorno de personalidad                                                                                                                | $\alpha=0.74$                                                                       |
| World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II)                           | Chwastiak y Von Korff, 2003 | Limitaciones conductuales y restricciones a la participación experimentadas por un individuo, independientemente de un diagnóstico médico                | N.D.                                                                                |
| Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5)                                | Brown and Barlow 2014       | Presencia o ausencia de ansiedad y trastornos relacionados utilizando los criterios del DSM-5                                                            | N.D.                                                                                |
| Dialectical Behavior Therapy Ways of Coping Checklist (DBT-WCCL)                                   | Neacsiu et al., 2010        | Habilidades utilizadas en respuesta a situaciones difíciles durante el último mes                                                                        | DSS: $\alpha=.95$<br>DCS $\alpha=.92$                                               |
| Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)                                                             | Kroenke et al., 2001        | Gravedad de la depresión                                                                                                                                 | $\alpha=.92$                                                                        |

Nota. N.D.: No hay dato

demonstraron una consistencia interna adecuada (Frias-Navarro, 2022), con valores de alfa de Cronbach situados dentro de los rangos aceptables (0.7 a 0.90). Específicamente, 39 instrumentos presentaron un alfa igual o superior a 0.7, reflejando una fiabilidad aceptable, mientras que 7 instrumentos superaron el valor máximo esperado de 0.90. Sin embargo, 2 instrumentos (ERQ con  $\alpha=0.69$  y EES con  $\alpha=0.49$ ) mostraron una fiabilidad por debajo de los

estándares mínimos recomendados. Los 31 instrumentos restantes no proporcionaron información sobre su consistencia interna.

### Análisis de Datos

La búsqueda sistemática registró un total de 1118 artículos, de los cuales fueron seleccionados 843 por ser una publicación

académica. Se eliminaron 419 artículos por no tener acceso al texto completo, y de estos, se excluyeron 45 estudios por no estar publicados entre los años 2010 y 2024. Seguidamente, se eliminaron 6 artículos por no estar escritos en inglés o español. En total se seleccionaron 373 artículos, los cuales se revisaron para comprobar que cumplieran todos los criterios de inclusión. Sin embargo, fueron descartados 305 de ellos por no contener las palabras clave en el resumen o en el título, 7 por tratarse de tesis doctorales, revisiones sistemáticas, comentarios o libros, y 3 por estar repetidos.

Asimismo, se excluyeron 1057 artículos por incumplimiento de los criterios de inclusión, principalmente por no contener las palabras clave en el resumen o en el título.

Finalmente, tras la estrategia de búsqueda realizada, 58 artículos cumplieron todos los criterios de inclusión (véase Fig. 1).

Los diferentes datos que se han extraído para la revisión bibliográfica están descritos de forma sintetizada en la [tabla 2](#), a excepción de los instrumentos empleados en cada uno de ellos, que se pueden observar en la [tabla 1](#).

El análisis de los datos mostrados en la [tabla 2](#) reflejó una muestra bastante alta, con un total de 18345 participantes. Dos de los estudios (art. 9, 53) fueron realizados con menores de 18 años, 19 con jóvenes entre 18 y 25 años, 22 con adultos jóvenes entre 26 y 35 años, 8 con participantes que se encontraban entre los 36 y 45 años y uno (art. 6) con participantes con una media superior a 46 años.

Seis estudios no especificaban el rango de edad. La mayoría de los estudios (art. 30) tenían una muestra superior a 100 sujetos, con una edad comprendida entre los 26 y 35 años.

En cuanto al sexo, se encontró que casi todos los artículos (49) contaban con participantes masculinos y femeninos. De los mismos, 7 de ellos trabajaron sólo con mujeres y 1 sólo con hombres (art. 21). La proporción hombre-mujer estuvo marcada por el predominio del porcentaje femenino (45 estudios), independientemente del trastorno de personalidad, a excepción de 4 casos, donde prevaleció el porcentaje de hombres (art. 5, 21, 31, 40). Sin embargo, hubo 10 artículos que no especificaron porcentaje de sexo.

Se analizó cuántos participantes tenían algún tipo de trastorno, destacando el trastorno límite de la personalidad (TLP) en 48 artículos. De los restantes, 6 de ellos (art. 3, 5, 39, 41, 47 y 52) analizaron conjuntamente dos trastornos de personalidad para observar cuál tenía más incidencia en las dificultades para la regulación emocional. Las combinaciones fueron: TLP y trastornos del tipo C. TLP y Esquizofrenia. TLP y Asperger (SA). TLP, Trastorno de Depresión Mayor (TDM), Trastorno de Ansiedad, Trastornos de personalidad (TTPP) y Trastorno psiquiátricos. TLP y trastorno de depresión. Por último, TLP y TTPP.

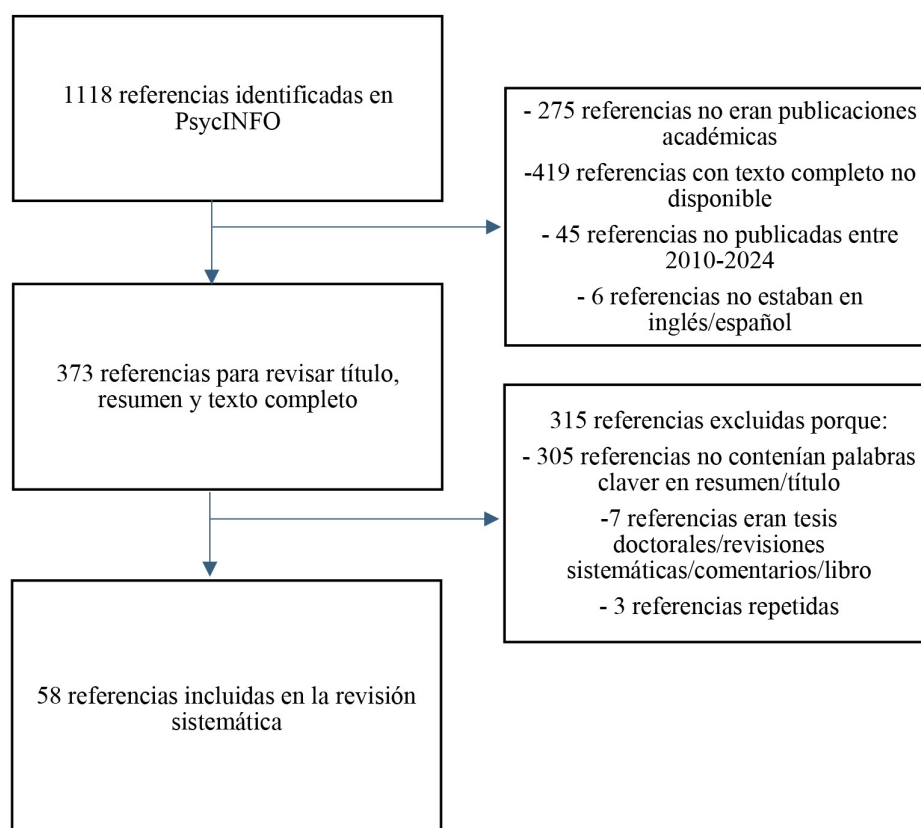
Por otro lado, 3 artículos presentaban como objeto de estudio tres trastornos diferentes a los mencionados anteriormente. Entre ellos encontramos; los trastornos de personalidad de tipo B (art. 10), el trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (art. 21) y los trastornos de personalidad del Axis I y II (art. 32).

Tan sólo 1 artículo no reflejó datos sobre la existencia de un trastorno de personalidad (art. 34).

En cuanto a la comorbilidad, 24 estudios informaron de una coexistencia entre el tipo de trastorno analizado en la investigación

**Figura 1**

*Diagrama de Flujo*



**Tabla 2***Características de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática*

| Autor (año)                               | N (% de mujeres)                                                         | Media Edad (DT)                                                                     | Tipo de trastorno de personalidad        | Trastornos comórbidos                                    | Instrumentos                    | Variables criterio                                                                                                                              | Terapias | Efectividad de la terapia                                                                                    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Aleva et al. (2023)                    | 137 (81.02%)                                                             | 19.07 (2.75)                                                                        | TLP                                      | N.D.                                                     | DERS, LPA                       | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                           | N.D.     | N.D.                                                                                                         |
| 2. Axelrod et al. (2011)                  | 27 (100%)                                                                | 38.0 (N.D.)                                                                         | TLP                                      | Trastorno por uso de sustancias                          | BDI, DERS                       | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                           | DBT      | La DBT fue efectiva para mejorar la regulación emocional                                                     |
| 3. Baczkowski et al. (2017)               | Dividido en:<br>• BDP: 48 (100%)<br>• NPC: 31 (100%)<br>• CPD: 21 (100%) | Dividido en:<br>• BDP: 30.79 (9.21)<br>• NPC: 28.67 (10.70)<br>• CPD: 31.48 (11.80) | TLP<br>Trastornos de personalidad tipo C | Puede haber comorbilidad con otros trastornos del Axis I | Análisis RSFC, BPDSI, ITEC      | Dificultad en la regulación emocional, deterioro de la red inhibitoria fronto límbica                                                           | N.D.     | N.D.                                                                                                         |
| 4. Bianchini et al. (2019)                | 18 (86%)                                                                 | 41.79 (8.14)                                                                        | TLP                                      | N.D.                                                     | BIS-11, DERS, TAS-20            | Impulsividad motora, alexitimia, dificultades en la regulación emocional                                                                        | DBT      | La DBT fue efectiva en la regulación emocional y en la impulsividad, pero no tuvo efecto sobre la alexitimia |
| 5. Bonfils y Lysaker (2020)               | Dividido en:<br>• TLP: 32 (19%)<br>• Esquizofrenia: 55 (33%)             | Dividido en:<br>• TLP: 49 (12.5)<br>• Esquizofrenia: 51 (10.8)                      | TLP.<br>Esquizofrenia                    | N.D.                                                     | DTS, DERS                       | Tolerancia al malestar, dificultad en la regulación emocional                                                                                   | N.D.     | N.D.                                                                                                         |
| 6. Bottesi et al. (2018)                  | Dividido en:<br>• TLP: 48 (N.D.)<br>• Pacientes sanos: 48 (N.D.)         | N.D.                                                                                | TLP                                      | N.D.                                                     | N.D.                            | Intolerancia a la incertidumbre, dificultad en la regulación emocional                                                                          | N.D.     | N.D.                                                                                                         |
| 7. Bracken-Minor y McDevitt-Murphy (2014) | 480 (79.8%)                                                              | 21.30 (5.69)                                                                        | TLP                                      | Non-suicidal self-injury (NSSI)                          | ISAS, MSI-BPD, DERS, DTS        | Autolesión                                                                                                                                      | DBT      | N.D.                                                                                                         |
| 8. Cheavens et al. (2012)                 | Dividido en:<br>• Model 1: 537 (N.D.)<br>• Model 2: 94 (63.2%)           | 24.93 (10.13)                                                                       | TLP                                      | N.D.                                                     | DERS, IIP, SOSS, PAI-BOR, CES-D | Síntomas depresivos, síntomas de TLP, dificultad en la regulación emocional                                                                     | N.D.     | N.D.                                                                                                         |
| 9. Chen et al. (2023)                     | 1192 (73.55%)                                                            | 15.10 (1.63)                                                                        | TLP                                      | Non-suicidal self-injury (NSSI)                          | FASM, ERQ-CA, BPFS-C            | Autolesión, dificultad en la regulación emocional                                                                                               | N.D.     | N.D.                                                                                                         |
| 10. Chugani et al. (2013)                 | 19 (94.73%)                                                              | 21.31 (3.23)                                                                        | Trastornos de personalidad tipo B        | N.D.                                                     | GEDM, DBT-WCCL, DERS.           | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                           | DBT      | La DBT fue efectiva para mejorar la regulación emocional                                                     |
| 11. Crespo-Delgado et al. (2020)          | 88 (100%)                                                                | 28.69 (8.85)                                                                        | TLP                                      | N.D.                                                     | SCID, BDI-II, PANAS, ERQ, GSE   | Afecto positivo y negativo, dificultad en la regulación emocional, autoeficacia, hospitalizaciones psiquiátricas, conductas suicidas, depresión | N.D.     | N.D.                                                                                                         |
| 12. Daros et al. (2018)                   | Dividido en:<br>• TLP: 30 (N.D.)<br>• MAD: 30 (N.D.)<br>• HC: 30 (N.D.)  | Dividido en:<br>• TLP: 28.97 (9.00)<br>• MAD: 27.97 (9.03)<br>• HC: 27.93 (9.51)    | TLP                                      | Trastorno de depresión Mayor (TDP)                       | SCID                            | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                           | N.D.     | N.D.                                                                                                         |

| Autor (año)                    | N (% de mujeres)                                                            | Media Edad (DT)                                                                  | Tipo de trastorno de personalidad | Trastornos comórbidos                                                  | Instrumentos                                                                         | Variables criterioales                                                                                                                                    | Terapias                                  | Efectividad de la terapia                                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 13. De Panfilis et al. (2019)  | Dividido en:<br>• TLP: 41 (82.9%)<br>• HC: 41 (70.7%)                       | Dividido en:<br>• TLP: 37.93 (11.61)<br>• HC: 36.07 (13.50)                      | TLP                               | N.D.                                                                   | GAF, DEP, GSI, SCL-90 -R, BPD-subscale of the SCID-II questionnaire                  | Dificultad en la regulación emocional, depresión                                                                                                          | N.D.                                      | N.D.                                                                      |
| 14. Dixon-Gordon et al. (2015) | 531 (73.63%)                                                                | 19.28 (1.65)                                                                     | TLP                               | Depresión, ansiedad, y trastorno de la conducta alimentaria            | MASQ-SF, BFNE, MSI-BPD, EAT-26                                                       | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                                     | N.D.                                      | N.D.                                                                      |
| 15. Dixon-Gordon et al. (2016) | 74 (100%)                                                                   | N.D.                                                                             | TLP                               | N.D.                                                                   | PAI-AI, SIDP-IV, SCARED, ASI-4R                                                      | Apoyo/validación materna, resolución de problemas maternos, afecto negativo, dificultad en la regulación emocional                                        | N.D.                                      | N.D.                                                                      |
| 16. Fitzpatrick et al. (2018)  | 154 (85.7%)                                                                 | 21.02 (5.81)                                                                     | TLP                               | N.D.                                                                   | BSL-23, REQ                                                                          | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                                     | N.D.                                      | N.D.                                                                      |
| 17. Fitzpatrick et al. (2020)  | 22 (63.6%)                                                                  | N.D.                                                                             | TLP                               | Autolesión                                                             | SCID, PDE                                                                            | Arritmia de los senos respiratorios basales, intensidad emocional negativa inicial, reactividad emocional, déficits de regulación de las emociones        | DBT                                       | N.D.                                                                      |
| 18. Fitzpatrick y Kuo (2021)   | Dividido en:<br>• TLP: 40 (N.D.)<br>• GAD: 40 (N.D.)<br>• HCs: 40 (N.D.)    | N.D.                                                                             | TLP                               | Trastorno de ansiedad generalizada (GAD)                               | Autoinformes, BIOPAC, DSS, estímulos de inducción de emociones (guiones de imágenes) | Dificultad en la regulación emocional, mayor reactividad de la frecuencia cardíaca o de la arritmia sinusal respiratoria                                  | N.D.                                      | N.D.                                                                      |
| 19. Fitzpatrick et al. (2022)  | 120 (82.5%)<br>Dividido en:<br>• TLP (82.5%)<br>• GAD (78.9%)<br>• HC (80%) | Dividido en:<br>• TLP: 25.35 (6.77)<br>• GAD: 25.95 (7.20)<br>• HC: 24.70 (6.88) | TLP                               | Trastorno de ansiedad generalizada GAD                                 | SCID-IV-TR, IPDE-BPD, BSL-23, DASS                                                   | Dificultades en la regulación emocional                                                                                                                   | N.D.                                      | N.D.                                                                      |
| 20. Gaher et al. (2013)        | 579 (70%)                                                                   | 20.33 (1.39)                                                                     | TLP                               | N.D.                                                                   | THQ, PAI-BOR, EIS, DTS, UPPS Impulsive Behavior Scale, TAS-20, PANAS                 | Experiencias traumáticas, alexitimia, dificultad en la regulación emocional, impulsividad, poca tolerancia a estrés emocional, intolerancia a la angustia | N.D.                                      | N.D.                                                                      |
| 21. Gordon-King et al. (2019)  | 1 (0%)                                                                      | 22 (0)                                                                           | TOC                               | Trastorno de personalidad por evitación y trastorno de ansiedad social | SCID-II, OQ-45.2, TAS-20, DASS 21, MIT Fidelity Scale                                | Ansiedad crónica, dificultades interpersonales, dificultad para formar vínculos emocionales significativos, alexitimia                                    | Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT) | La MIT fue efectiva para disminuir los síntomas hasta un rango no-clínico |

| Autor (año)                    | N (% de mujeres)                                                                                  | Media Edad (DT)                                                                                      | Tipo de trastorno de personalidad | Trastornos comórbidos                                      | Instrumentos                                                                      | Variables criterio                                                                                                              | Terapias                                         | Efectividad de la terapia                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22. Gratz et al. (2013)        | 57 (100%)<br>Dividido en:<br>• TLP: 39<br>• Non-BPD: 18                                           | Dividido en:<br>• AVPD: 24.9 (11.3)<br>• Non-AVPD: 24.6 (8.8)<br>• Non-BPD: 24.1 (11.5)              | TLP                               | Trastorno de personalidad por evitación concurrente (AVPD) | SCID, DIPD-IV, DER                                                                | Dificultad en la regulación emocional, angustia, frecuencia cardíaca                                                            | N.D.                                             | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 23. Gratz et al. (2014)        | 61 (N.D.)<br>Dividido en:<br>• ERGT + TAU: 31 (N.D.)<br>• TAU waitlist: 30 (N.D.)                 | Dividido en:<br>• ERGT + TAU: 33.3 (11.0)<br>• TAU waitlist: 33.0 (10.9)                             | TLP                               | Autolesión deliberada (DSH)                                | DSHI, BDI-II, DASS, IIP-BPD, SDS, QOLI, DERS, AAQ                                 | Dificultad en la regulación emocional, conductas autodestructivas, síntomas de depresión y estrés                               | Terapia grupal de regulación de emociones (ERGT) | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 24. Gratz et al. (2019)        | 64 (72%)                                                                                          | 23.94 (4.79)                                                                                         | TLP                               | Deliberate self-harm (DSH)                                 | SCID, Deliberate Self-Harm Inventory, Negative Affect (NA) subscale State, S-DERS | Reactividad emocional, dificultad en la regulación emocional, déficits fisiológicos                                             | N.D.                                             | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 25. Gratz et al. (2024)        | 200<br>Dividido en:<br>• Madres (100%)<br>• Adolescentes (41.5%)                                  | Dividido en:<br>• Madres: 34.7 (+ 6.2)<br>• Adolescentes: 14.2 (+ 1.3)                               | TLP                               | N.D.                                                       | DERS                                                                              | Transmisión intergeneracional, dificultad en la regulación emocional                                                            | N.D.                                             | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 26. Haeyen y Noorthoorn (2021) | Dividido en:<br>• Pacientes con tno. de personalidad: 179 (70.9%)<br>• Población sana: 53 (96.2%) | Dividido en:<br>• Pacientes con tno. de personalidad: 37.66 (12.8)<br>• Población sana: 24.20 (7.94) | TLP                               | Trastorno de ansiedad. Trastorno del estado de ánimo       | EES, ERS-ACA, HUMS, SERATS                                                        | Dificultad en la regulación emocional                                                                                           | N.D.                                             | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 27. Haliczzer et al. (2020)    | Dividido en:<br>• Muestra 1: 194 (76.8%)<br>• Muestra 2: 88 (84.1%)                               | Dividido en:<br>• Muestra 1: 20.61 (4.59)<br>• Muestra 2: 31 (10.95)                                 | TLP                               | N.D.                                                       | PAI-BOR, DERS                                                                     | Dificultad en la regulación emocional, inestabilidad afectiva, baja conciencia emocional                                        | N.D.                                             | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 28. Haliczzer et al. (2021)    | 173 (84.97%)                                                                                      | 20.04 (2.19)                                                                                         | TLP                               | N.D.                                                       | PAI-BOR                                                                           | Dificultad en la regulación emocional, estrategias desadaptativas de regulación emocional, conductas de conflicto interpersonal | N.D.                                             | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 29. Hall et al. (2018)         | 45 (64.4%)                                                                                        | 35.8 (10.4)                                                                                          | TLP                               | Trastorno por uso de sustancias (TUS)                      | N.D.                                                                              | Dificultad en la regulación emocional, consumo de drogas                                                                        | N.D.                                             | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 30. Hood et al. (2023)         | 240 (79.2%)                                                                                       | 27.75 (N.D.)                                                                                         | TLP                               | N.D.                                                       | DERS, KIMS, BSL-23, SCID-II, SCID-I                                               | Dificultades en la regulación emocional autolesión                                                                              | DBT Mindfulness                                  | La DBT fue efectiva para mejorar la regulación emocional. Esta regulación puede mediar en la asociación de mindfulness con los síntomas de TLP, sin esta mediación, el aumento de mindfulness puede estar asociado con un aumento de los síntomas de TLP |

| Autor (año)                  | N (% de mujeres)                                                             | Media Edad (DT)                                                                          | Tipo de trastorno de personalidad              | Trastornos comórbidos                                                                                       | Instrumentos                                         | Variables criterio                                                                                                                      | Terapias                                                                          | Efectividad de la terapia                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31. Howard y Cheavens (2023) | 149 (48.3%)                                                                  | 39.8 (10.7)                                                                              | TLP                                            | N.D.                                                                                                        | SNA, PAI-BOR, PHQ-9                                  | Dificultad en la regulación emocional, regulación de las emociones interpersonales (IER), calidad de la relación                        | N.D.                                                                              | N.D.                                                                                                                                                                                                                                            |
| 32. Joyce et al. (2013)      | 51 (66.7%)                                                                   | 41.0 (11.4)                                                                              | Trastornos de personalidad del Axis I y Axis 2 | N.D.                                                                                                        | TAS-20, ECR, ERQ, DSQ, WISPI                         | Alexitimia, apego, estilo de defensa, regulación emocional y calidad de las relaciones objetales                                        | Day Treatment Program (DTP)                                                       | La DTP no fue efectiva para reducir la alexitimia pero sí para mejorar la regulación emocional                                                                                                                                                  |
| 33. Kramer et al. (2016)     | Dividido en:<br>• SKILLS: 21 (95%)<br>• TAU: 20 (80%)                        | Dividido en:<br>• SKILLS: 35.14 (9.67)<br>• TAU: 33.60 (8.57)                            | TLP                                            | N.D.                                                                                                        | CAMS                                                 | Dificultad en la regulación emocional, ira problemática, tolerancia al malestar, capacitación en atención plena, eficacia interpersonal | DBT                                                                               | La DBT fue efectiva para mejorar la regulación emocional<br>El entrenamiento de habilidades dialécticas basadas en el comportamiento (complementario de TAU) produjo un mayor cambio de síntomas en el momento del alta, en comparación con TAU |
| 34. Kramer et al. (2017)     | 57 (67%)                                                                     | 33.7 (9.9)                                                                               | N.D.                                           | N.D.                                                                                                        | OQ-45, CAPRS                                         | Dificultad en la regulación emocional, estrategias de afrontamiento                                                                     | N.D.                                                                              | N.D.                                                                                                                                                                                                                                            |
| 35. Krause-Utz et al. (2019) | TLP: 57 (100%)<br>Dividido en:<br>• TLP: 37<br>• TLP + TEPT: 20<br>• HC: 27  | Dividido en:<br>• TLP: 31.28 (10.28)<br>• HC: 28.88 (6.39)<br>• TLP + TEPT: 34.16 (9.92) | TLP                                            | Trastorno por estrés post-traumático (TEPT)                                                                 | SCID-I, IPDE, MWT, BSL-23, BDI, DES, STAI, DERS, ERQ | Dificultad en la regulación emocional, menor variabilidad de la frecuencia cardíaca de alta frecuencia                                  | N.D.                                                                              | N.D.                                                                                                                                                                                                                                            |
| 36. Kuo et al. (2018)        | 149 (90.4%).                                                                 | 20.40 (5.71)                                                                             | TLP                                            | N.D.                                                                                                        | BSL-23                                               | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                   | N.D.                                                                              | N.D.                                                                                                                                                                                                                                            |
| 37. Lin et al. (2019)        | 82 (N.D.)                                                                    | N.D.                                                                                     | TLP                                            | N.D.                                                                                                        | CMSADS-L, BPDFS, KDI, ASIQ-S, CEQ-S, ERS             | Intentos de suicidio, ideación suicida, depresión, dificultad en la regulación emocional                                                | DBTSkills Training Group Program (DBTSTG) y Cognitive Therapy Group Program (CTG) | La DBTSTG y la CTG fueron efectivas para la reducción de intentos de suicidio, ideación suicida y depresión y la mejora de la regulación emocional                                                                                              |
| 38. Lizeretti et al. (2012)  | Dividido en:<br>• Grupo control: 163 (75.5%)<br>• Grupo clínico: 163 (78.5%) | Dividido en:<br>• Grupo control: 26.3 (10.97)<br>• Grupo clínico: 41.3 (12.69)           | TLP                                            | Trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, trastorno de abuso de sustancias, trastorno psicótico | SCID-I, TMMS-24, SCL-90-R                            | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                   | N.D.                                                                              | N.D.                                                                                                                                                                                                                                            |

| Autor (año)                 | N (% de mujeres)                                                                                      | Media Edad (DT)                                                                                                             | Tipo de trastorno de personalidad | Trastornos comórbidos                                                                                                        | Instrumentos                                                                                                                                 | Variables criterios                                                                                   | Terapias                  | Efectividad de la terapia                                                                    |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39. López et al. (2017)     | Dividido en:<br>• AS: 30 (24%)<br>• TLP: 30 (80%)<br>• Control: 60<br>• GCas: (30%)<br>• GCtlp: (76%) | Dividido en:<br>• AS: 26.60. (7.32)<br>• TLP: 34.07(8.17)<br>• GCas: 26.70 (7.68)<br>• GCtlp: 33.23 (7.80)                  | TLP<br>Asperger (SA)              | Disorders of Axis I and Axis II                                                                                              | SCID-I, SCID-II, Emotion regulation of others and self, Interpersonal emotion management                                                     | Dificultad en la regulación de las emociones interpersonales                                          | N.D.                      | N.D.                                                                                         |
| 40. López y McCagh (2020)   | Dividido en:<br>• Estudio 1: 358 (42%)<br>• Estudio 2: 70<br>• TLP = 35 (86%)<br>• Control = 35 (86%) | Dividido en:<br>• Estudio 1:34.87 (11.70)<br>• Estudio 2: TLP = 30.94 (10.78)<br>• Control = 30.77 (10.90)                  | TLP                               | N.D.                                                                                                                         | PAI-BOR, DERS, General emotion goals, Mental health condition diagnoses, Contextualized emotion goals                                        | Dificultad en la regulación emocional                                                                 | N.D.                      | N.D.                                                                                         |
| 41. Marco et al. (2021)     | 250 (94.3%)                                                                                           | 29.55 (10.40)                                                                                                               | Trastornos de la personalidad TLP | UFED, Bulimia nerviosa, ANR, ANP, BED, Depressive disorder, SRD, PTSD<br>OCD<br>Bipolar disorder<br>GAD, Panic disorder, UDD | SCID-I, SCID-II, ERQ, DERS, BSL-23                                                                                                           | Dificultad en la regulación emocional                                                                 | N.D.                      | N.D.                                                                                         |
| 42. Meaney et al. (2016)    | 2261 (72.62%)                                                                                         | 24.82 (8.05)                                                                                                                | TLP                               | Depresión Unipolar                                                                                                           | BSL-23, RTS, TAS-20, ERQ, DASS                                                                                                               | Dificultad en la regulación emocional, alexitimia, rumiación, autolesión, uso de sustancias, agresión | N.D.                      | N.D.                                                                                         |
| 43. Meares et al. (2011)    | Dividido en:<br>• CM: 29 (58.62%)<br>• TAU (tratamiento usual): 31 (51.61%)                           | Dividido en:<br>• CM: 27.9 (5.9)<br>• TAU: 29.7 (6.1)                                                                       | TLP                               | N.D.                                                                                                                         | WSS, BPD, Zung depression questionnaire                                                                                                      | Dificultad en la regulación emocional, depresión, alteración de la identidad, impulsividad            | Conversational Model (CM) | La CM fue efectiva para la mejora de la regulación emocional                                 |
| 44. Metcalfe et al. (2017)  | TLP<br>N=25 (64%)<br>HC<br>N= 30 (66.7%)                                                              | TLP<br>32.72 (9.55)<br>HC<br>30.07 (9.07)                                                                                   | TLP                               | N.D.                                                                                                                         | SCID-I, IPDE, Self-report, Heart rate (HR),Skin conductance level (SCL), Emotionally evocative images                                        | Dificultad en la regulación emocional                                                                 | N.D.                      | N.D.                                                                                         |
| 45. Miano et al. (2021)     | Dividido en:<br>• TLP: 60 (N.D.)<br>• Healthy Control (HC): 68 (N.D.)                                 | Dividido en:<br>TLP:<br>Mujeres = 30.1 (8.64)<br>Hombres=32.4 (9.18)<br>HC:<br>Mujeres = 27.4 (8.00)<br>Hombres=30.9 (8.74) | TLP                               | N.D.                                                                                                                         | SCID-II, MINI, PFB-K, OQCSP                                                                                                                  | Búsqueda excesiva de apoyo y cercanía, dificultad en la regulación emocional                          | N.D.                      | N.D.                                                                                         |
| 46. Niedtfeld et al. (2017) | Dividido en:<br>• DBT: 34 (N.D.)<br>• TAU: 18 (N.D.)<br>• HC: 19 (N.D.)                               | Dividido en:<br>• DBT: 27.71 (7.24)<br>• TAU: 25.06 (5.81)<br>• HC: 28.14 (8.35)                                            | TLP                               | N.D.                                                                                                                         | German Versions of the Structured Clinical Interview for DSM-IV, International Personality Disorder Examination, ZAN-BPD, BSL-23, DERS, fMRI | Regulación emocional, conducta autolesiva                                                             | DBT                       | La DBT fue efectiva para la mejora de la regulación emocional y el efecto calmante del dolor |

| Autor (año)                  | N (% de mujeres)                            | Media Edad (DT)                      | Tipo de trastorno de personalidad                                                                                  | Trastornos comórbidos                                                                                                                                                                                                                                             | Instrumentos                                                                                                                                        | Variables criterioales                                                                                                                                        | Terapias                                                  | Efectividad de la terapia                                                                                                 |
|------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 47. Peng et al. (2021)       | 619 (56.22%)                                | 24.96 (11.19)                        | TLP<br>Trastorno Depresivo Mayor<br>Trastorno de ansiedad<br>Trastorno de personalidad<br>Trastornos psiquiátricos | Trauma infantil.                                                                                                                                                                                                                                                  | PDQ-4+, BSL-23, CTQ, ASQ, CERQ, CES-D, STAI, SSES                                                                                                   | Dificultad en la regulación emocional, apego inseguro, trauma infantil                                                                                        | N.D.                                                      | N.D.                                                                                                                      |
| 48. Perez et al. (2016)      | 10 (100%)                                   | 27.8 (N.D.)                          | TLP                                                                                                                | Trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, ansiedad generalizada, abuso de alcohol, abuso de cannabis, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, dependencia del alcohol, trastorno de personalidad histriónico, evitativo y narcisista | Tareas con RMF GE SIGNA 3 Tesla, International Personality Disorder Examination, SCID-I, TFP Adherence and Competence Rating Scale, MPQ, ALS, OAS-M | Dificultad en la regulación emocional, impulsividad, labilidad afectiva                                                                                       | Transference-focused psychotherapy (TFP)                  | La TPF fue efectiva para mejorar la restricción conductual, la regulación emocional y la agresividad en pacientes con TLP |
| 49. Rosenstein et al. (2018) | 94 (57.1%)                                  | 39.7 (14.4)                          | TLP                                                                                                                | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                              | Childhood Trauma Questionnaire-Short Form, DERS                                                                                                     | Dificultad en la regulación emocional, abuso infantil                                                                                                         | N.D.                                                      | N.D.                                                                                                                      |
| 50. Sahlin et al. (2019)     | 95(100%)                                    | 25.1 (7.0)                           | TLP                                                                                                                | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                              | DSHI, C-SSRS, DERS, SCID-II                                                                                                                         | Autolesión deliberada no suicida (DSH)                                                                                                                        | La terapia de grupo de regulación de las emociones (ERGT) | La ERGT fue efectiva para reducir la autolesión deliberada no suicida                                                     |
| 51. Salgó et al. (2021)      | 129 (80.6%)                                 | 30.7 (11.1)                          | TLP                                                                                                                | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                              | CERQ, DERS, SCS, Five Facet Mindfulness Questionnaire                                                                                               | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                                         | N.D.                                                      | N.D.                                                                                                                      |
| 52. Schaich et al. (2021)    | Dividido en: TLP: 177 (N.D.) TD: 128 (N.D.) | TLP: 33.25 (10.57) TD: 41.34 (13.07) | TLP<br>Trastornos Depresivos (TD)                                                                                  | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                              | SCID-I, CTQ, DERS, BSI                                                                                                                              | Dificultad en la regulación emocional y maltrato infantil                                                                                                     | N.D.                                                      | N.D.                                                                                                                      |
| 53. Schramm et al. (2013)    | 208 (60.1%)                                 | 15.96 (1.39)                         | TLP                                                                                                                | N.D.                                                                                                                                                                                                                                                              | BPFSC, AFQ-Y, DERS, YSR                                                                                                                             | Dificultad en la regulación emocional                                                                                                                         | N.D.                                                      | N.D.                                                                                                                      |
| 54. Scott et al. (2014)      | 150 (65%)                                   | 44.85 (10.42)                        | TLP                                                                                                                | Trastorno de personalidad antisocial (ASPD)                                                                                                                                                                                                                       | SIDP-IV, DERS, NEO-PI-R, CTS2                                                                                                                       | Dificultades en la regulación emocional, impulsividad, agresión física y psicológica                                                                          | N.D.                                                      | N.D.                                                                                                                      |
| 55. Selby (2013)             | 5692 (N.D.)                                 | N.D.                                 | TLP                                                                                                                | Trastornos crónicos del sueño, trastorno depresivo mayor (TDM), distimia, episodio maniaco, dependencia de alcohol y drogas, trastorno de pánico (con y sin agorafobia), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de estrés posttraumático (TEPT)     | CIDI 3.0, IPDE, WHO-DAS II                                                                                                                          | Dificultad en la regulación emocional, rumiaciones, problemas de memoria, problemas en las relaciones sociales o en el autocuidado, pobreza del sueño, fatiga | N.D.                                                      | N.D.                                                                                                                      |

| Autor (año)                     | N (% de mujeres)                                                              | Media Edad (DT)                                                                           | Tipo de trastorno de personalidad | Trastornos comórbidos              | Instrumentos                        | Variables criterio                                                       | Terapias | Efectividad de la terapia                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 56. Southward y Cheavens (2020) | 8 (63%)                                                                       | 21.57 (3.05)                                                                              | TLP                               | N.D.                               | SCID-II-BPD, ADIS-5                 | Dificultades en la regulación emocional, ansiedad                        | N.D.     | N.D.                                                                                                                                                                                            |
| 57. Southward et al. (2020)     | 717 (60.4%)                                                                   | 36.36 (10.94)                                                                             | TLP                               | Trastorno de depresión mayor (TDP) | DBT-WCCL, PHQ-9, PAI-BOR            | Dificultades en la regulación emocional                                  | N.D.     | N.D.                                                                                                                                                                                            |
| 58. Winter et al. (2017)        | Dividido en:<br>• TLP + TDC: 31 (N.D.)<br>• TLP: 15 (N.D.)<br>• HC: 22 (N.D.) | Dividido en:<br>• TLP + DBT = 28.17 (7.47)<br>• TLP = 25.73 (5.90)<br>• HC = 27.95 (8.34) | TLP                               | N.D.                               | IPDE, SCID-I, ZAN-BPD, BSL-23, DERS | Dificultades en la regulación emocional, distracción, actividad neuronal | DBT      | La DBT fue efectiva para mejorar la regulación emocional y se mostraron cambios en áreas asociadas con la distracción emocional (giro supramarginal) y el control atencional automático (pgACC) |

Nota. N.D.: No hay dato; TLP: Trastorno límite de la personalidad; DBT: Dialectical behavioral therapy

y otros trastornos. De estos, cabe destacar que 23 artículos presentan una morbilidad asociada entre el TLP y otros trastornos, como son; los Trastornos del Estado de Ánimo (TEEA), el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el TDM, el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), el TOC, el Trastorno de personalidad por evitación concurrente (AVPD), el Trastorno de personalidad por evitación, el Trastorno de ansiedad social (TAS) y otros trastornos de Personalidad. También reflejó comorbilidad con Autolesión Deliberada (DSH), Autolesión No suicida (Non-suicidal self-injury (NSSI), trauma y Alcoholismo. 34 estudios no ofrecen datos sobre la presencia, en una misma persona, de dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo.

En cuanto al tratamiento, 16 artículos reportaron la utilización de intervenciones psicoterapéuticas. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC; Linehan, 1993) fue la más frecuentemente empleada, apareciendo en 10 estudios. Las terapias restantes fueron: Terapia Interpersonal Metacognitiva (MIT; Dimaggio et al., 2015), Terapia Grupal de Regulación Emocional (ERGT; Gratz y Roemer, 2014), Programa de Tratamiento Diurno (TDP; Joyce et al., 2017), Modelo Conversacional (CM; Meares, 2012), y Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP; Kernberg et al., 2008).

## Discusión y Conclusiones

La relación entre trastornos de personalidad y disregulación emocional está ampliamente reconocida en psicología, ya que estas dificultades constituyen una característica común. En este contexto, Kramer et al. (2017) aportan evidencia valiosa que muestra cómo la reducción temprana de comportamientos desadaptativos de afrontamiento, facilitada por intervenciones terapéuticas individualizadas y la respuesta activa del terapeuta, se vincula con mejoras significativas en el bienestar psicológico de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Este hallazgo resalta la importancia de focalizar los tratamientos en modificar estrategias específicas de regulación emocional para potenciar la eficacia

clínica, respaldando resultados previos y orientando futuras investigaciones hacia intervenciones personalizadas. La fuerte correlación entre disregulación emocional y trastornos de personalidad, especialmente el TLP, se confirma mediante la revisión bibliográfica, que identifica a este último como objeto de estudio en 48 artículos. Por ello, resulta fundamental abordar también la epidemiología del TLP.

“La prevalencia del TLP en la población general adulta se sitúa entre el 1,4 y el 5,9% y se considera el Trastorno de Personalidad (TP) más diagnosticado en los diferentes niveles asistenciales” (Vall d'Hebron Hospital Universitari, 2022), de tal manera que afecta alrededor del 30%-60% de las personas diagnosticadas con algún tipo de trastorno de la personalidad. Sin embargo, según Cervera et al. (2005), algunos autores argumentan que esto se podría deber a una sobreestimación de tales tasas de este trastorno en comparación con otros trastornos de la personalidad debido a que los pacientes diagnosticados con TLP tienden a buscar más atención médica que pacientes con otros trastornos de la personalidad tales como el Trastorno de Personalidad por Evitación.

Durante la revisión, el TLP es el trastorno más destacado, lo que verifica que sea uno de los más diagnosticados en el ámbito clínico. Además, uno de los aspectos diagnósticos de este trastorno en cuanto al sexo, es que “se diagnostica de forma predominante en las mujeres (aproximadamente un 75 %)” (APA, 2014). Y como se puede apreciar en los resultados, en la mayoría de los artículos había participantes femeninos y masculinos, pero el porcentaje de mujeres era notablemente mayor (45 artículos con más proporción de mujeres que de hombres).

Existen muchos debates sobre el motivo de por qué el TLP se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, y según la Fundación Regional Murciana de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad, “hay algunas teorías para explicar esta prevalencia del diagnóstico en mujeres: El abuso sexual, que puede ser un rasgo frecuente en la bibliografía de los TLP cuando ocurre sobre todo en mujeres.”

Es más, se cree que existe mayor incidencia en mujeres porque “el hombre con TLP a menudo acaba siendo erróneamente

diagnosticado de otros trastornos.” (Vall d'Hebron Hospital Universitari, 2022).

A parte de la población adulta, el TLP también se da en los adolescentes, donde tiene una prevalencia entre el 0,7 y el 2,7% (Vall d'Hebron Hospital Universitari, 2022). En el análisis de los estudios tan sólo encontramos dos que incluían a participantes menores de 18 años. Se cree que existe poca evidencia por cuatro motivos.

En primer lugar, porque el diagnóstico de TLP no es válido en la adolescencia. En segundo lugar, las características típicas del TLP, como inestabilidad afectiva o perturbación de la autoimagen, son una norma entre los adolescentes. En tercer lugar, el desarrollo de la personalidad está aún en proceso de cambio, y esto dificulta el diagnóstico. Y en cuarto lugar, y posiblemente más importante, el TLP es un término peyorativo, y los médicos desean proteger a sus pacientes de la estigmatización y las actitudes pesimistas (IntraMed, 2014).

A pesar de que el interés sobre el TLP está sobrerepresentado, esto no quiere decir que no haya relevancia de la regulación emocional (RE) sobre otros trastornos de personalidad. En este estudio se mencionan muchos otros que tienen relación con dificultades en la regulación de las emociones. Algunos de ellos son la Esquizofrenia, el Asperger o el trastorno de depresión.

A lo largo de esta revisión sistemática se ha podido observar que debido a la amplia gama de síntomas que presenta, es común que el TLP se presente junto con otros trastornos. Entre ellos se encuentran, en mayor medida, TEEA (con una comorbilidad del 93%), TUS (comorbilidad del 64%), TEPT (comorbilidad del 56%) y TCA (comorbilidad del 53%) (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2006).

En cuanto a las terapias, se observa que la más utilizada para el tratamiento del TLP fue la TDC, empleada en 10 de los artículos incluidos en esta revisión, ya que ha sido la primera forma de terapia diseñada específicamente para el TLP sobre la que se publicaron estudios que respaldan su eficacia (Vásquez-Dextre, 2016), mostrando ser efectiva en la reducción de las dificultades en la regulación emocional y las tendencias a las conductas suicidas y autolesivas recurrentes, características que se pueden observar en este trastorno. Sin embargo, otras terapias menos utilizadas como el TDP, el CM o la TFP también se mostraron efectivas para reducir la dificultad en la regulación emocional en los pacientes con TLP.

Seguidamente, se utilizaron 114 instrumentos para medir las variables criterio de cada artículo y la mayoría de estos instrumentos cuentan con una consistencia interna adecuada, reflejando la estabilidad de los resultados obtenidos.

Por otro lado, a pesar de encontrar suficientes artículos para realizar esta revisión sistemática, entre las limitaciones encontradas se presenta la escasa información que estos proporcionan con relación a sus características, desde el número total de participantes en las investigaciones, el porcentaje de mujeres o la información acerca de los instrumentos empleados.

Además, el bajo número de artículos incluido en esta revisión en comparación a los encontrados en la primera búsqueda se ha debido, en gran medida, a las pocas referencias en las que se podía acceder al texto completo y, en menor medida, a los artículos que no estaban escritos en inglés ni español.

En conclusión, se ha podido observar una clara correlación entre los trastornos de personalidad y las dificultades en la regulación

emocional, destacando especialmente el Trastorno Límite de la Personalidad como objeto de estudio prominente y en el que principalmente la TDC ha sido de gran utilidad para la mejora de los diversos síntomas de este trastorno.

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

### Referencias bibliográficas

Las referencias señaladas con un asterisco corresponden a los trabajos incluidos en la revisión sistemática.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- \* Aleva, A., Betts, J. K., Cotton, S. M., Laceulle, O. M., Hessels, C. J., van Aken, M. A. G., Nicol, K., y Chanen, A. M. (2023). Emotion dysregulation in young people with borderline personality disorder: One pattern or distinct subgroups? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(5), 567-578. <https://doi.org/10.1037/per0000617>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5.ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- \* Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., y Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535582>
- \* Baczkowski, B. M., van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Domes, G., Maier, S., Sprenger, A., Senft, A., Willenborg, B., Tüscher, O., Arntz, A., y van de Ven, V. (2017). Deficient amygdala-prefrontal intrinsic connectivity after effortful emotion regulation in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(6), 551-565. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0760-z>
- \* Bianchini, V., Cofini, V., Curto, M., Lagrotteria, B., Manzi, A., Navari, S., Ortenzi, R., Paoletti, G., Pompili, E., Pompili, P. M., Silvestrini, C., y Nicolò, G. (2019). Dialectical behaviour therapy (DBT) for forensic psychiatric patients: An Italian pilot study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 29(2), 122-130. <https://doi.org/10.1002/cbm.2102>
- \* Bonfils, K. A., y Lysaker, P. H. (2020). Levels of distress tolerance in schizophrenia appear equivalent to those found in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(9), 1668-1676. <https://doi.org/10.1002/jclp.22944>
- \* Bottesi, G., Tesini, V., Cerea, S., y Ghisi, M. (2018). Are difficulties in emotion regulation and intolerance of uncertainty related to negative affect in borderline personality disorder? *Clinical Psychologist*, 22(2), 137-147. <https://doi.org/10.1111/cp.12163>
- \* Bracken-Minor, K. L., y McDevitt-Murphy, M. E. (2014). Differences in features of non-suicidal self-injury according to borderline personality

- disorder screening status. *Archives of Suicide Research*, 18(1), 88-103. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.809040>
- Cascaes da Silva, F., Gonçalves, E., Valdivia Arancibia, B. A., Grazielle Bento, G., da Silva Castro, T. L., Soleman Hernandez, S. S., y da Silva, R. (2015). Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: el uso del coeficiente alfa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(1), 129-138. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000100019#:~:text=El%20coeficiente%20%CE%B1%2C%20descrito%20en,de%20un%20instrumento%20son%20correlacionados](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100019#:~:text=El%20coeficiente%20%CE%B1%2C%20descrito%20en,de%20un%20instrumento%20son%20correlacionados)
- Cervera, G., Haro, G., y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Editorial Médica Panamericana.
- \* Cheavens, J. S., Strunk, D. R., y Chriki, L. (2012). A comparison of three theoretically important constructs: What accounts for symptoms of borderline personality disorder? *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 477-486. <https://doi.org/10.1002/jclp.20870>
- \* Chen, Y., Fu, W., Ji, S., Zhang, W., Sun, L., Yang, T., He, K., y Zhou, Y. (2023). Relationship between borderline personality features, emotion regulation, and non-suicidal self-injury in depressed adolescents: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23, 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04800-1>
- \* Chugani, C. D., Ghali, M. N., y Brunner, J. (2013). Effectiveness of short term dialectical behavior therapy skills training in college students with cluster B personality disorders. *Journal of College Student Psychotherapy*, 27(4), 323-336. <https://doi.org/10.1080/87568225.2013.824337>
- Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)*. Quaderns de salut mental, 8. Edición CatSalut.
- \* Crespo-Delgado, E., Suso-Ribera, C., y García-Palacios, A. (2020). Comparing the contribution of affect, emotion regulation, and self-efficacy in emotional and behavioral outcomes of individuals with borderline personality disorder. *Behavioral Psychology*, 28(2), 193-208.
- \* Daros, A. R., Williams, G. E., Jung, S., Turabi, M., Uliaszek, A. A., y Ruocco, A. C. (2018). More is not always better: Strategies to regulate negative mood induction in women with borderline personality disorder and depressive and anxiety disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(6), 530-542. <https://doi.org/10.1037/per0000296.supp>
- \* De Panfilis, C., Schito, G., Generali, I., Gozzi, L. A., Ossola, P., Marchesi, C., y Grecucci, A. (2019). Emotions at the border: Increased punishment behavior during fair interpersonal exchanges in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(2), 162-172. <https://doi.org/10.1037/abn0000404>
- Dimaggio, G., Semerari, A., y Nicolò, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment guide*. Routledge.
- \* Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., y De los Reyes, A. (2015). Repertoires of emotion regulation: A person-centered approach to assessing emotion regulation strategies and links to psychopathology. *Cognition and Emotion*, 29(7), 1314-1325. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.983046>
- \* Dixon-Gordon, K. L., Whalen, D. J., Scott, L. N., Cummins, N. D., y Stepp, S. D. (2016). The main and interactive effects of maternal interpersonal emotion regulation and negative affect on adolescent girls' borderline personality disorder symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 381-393. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9706-4>
- Ekman, P., Friesen, W. V., y Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: Guidelines for research and an integration of findings*. Pergamon Press.
- Fernández-Abascal, E. G., y Jiménez Sánchez, M. P. (2010). *Psicología de la Emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Fitzpatrick, S., Dixon-Gordon, K. L., Turner, C. J., Chen, S. X., y Chapman, A. (2023). Emotion dysregulation in personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 25, 223-231. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01418-8>
- \* Fitzpatrick, S., Khoury, J. E., y Kuo, J. R. (2018). Examining the relationship between emotion regulation deficits and borderline personality disorder features: A daily diary study. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(1), 42-58.
- \* Fitzpatrick, S., Zeifman, R., Krantz, L., McMain, S., y Kuo, J. R. (2020). Getting specific about emotion and self-inflicted injury: An examination across emotion processes in borderline personality disorder. *Archives of Suicide Research*, 24(Suppl 1), 102-123. <https://doi.org/10.1080/1381118.2019.1586605>
- \* Fitzpatrick, S., y Kuo, J. R. (2021). Predicting the effectiveness of engagement and disengagement emotion regulation based on emotional reactivity in borderline personality disorder. *Cognition and Emotion*, 36(3), 473-491. <https://doi.org/10.1080/02699931.2021.2018291>
- \* Fitzpatrick, S., Varma, S., y Kuo, J. R. (2022). Is borderline personality disorder really an emotion dysregulation disorder and, if so, how? A comprehensive experimental paradigm. *Psychological Medicine*, 52(12), 2319-2331. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004225>
- Frías-Navarro, D. (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. España. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Fundación AMAI TLP (2016). *Claves para detectar el TLP en adolescentes*. <https://www.amaitlp.org/blog/claves-detectar-tlp-adolescentes/#:~:text=Se%20trata%20de%20un%20trastorno,por%20ejemplo%2C%20anorexia%20y%20bulimia>
- Fundación ARMAI-TLP (s.f.). *Qué es el TLP*. <https://www.fundacionarmaitlp.com/tlp.html#:~:text=Hay%20algunas%20teor%C3%ADas%20para%20explicar,m%C3%A1s%20mensajes%20inconsistentes%20e%20invalidadores>
- \* Gaher, R. M., Hofman, N. L., Simons, J. S., y Hunsaker, R. (2013). Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and borderline symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 466-475. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9515-y>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.
- \* Gordon-King, K., Schweitzer, R. D., y Dimaggio, G. (2019). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: The case of a man with obsessive-compulsive personality disorder and avoidant personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 49(1), 39-47. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9404-0>
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2014). *Emotion regulation group therapy: A skills-based intervention for deliberate self-harm in women with borderline personality disorder*. University of Cincinnati.
- \* Gratz, K. L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. M., Breetz, A. A., y Lejuez, C. W. (2013). Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a

- function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 304-314. <https://doi.org/10.1037/per0000020>
- \* Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., y Tull, M. T. (2014). Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 97-107. <https://doi.org/10.1037/per0000062>
- \* Gratz, K. L., Richmond, J. R., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., y Tull, M. T. (2019). Multimodal assessment of emotional reactivity and regulation in response to social rejection among self-harming adults with and without borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 395-405. <https://doi.org/10.1037/per0000334>
- \* Gratz, K. L., Myntti, W., Kiel, E. J., Kurtz, A. J., y Tull, M. T. (2024). Clarifying the relation between mother and adolescent borderline personality disorder symptoms: The roles of maternal and adolescent emotion regulation and maladaptive maternal emotion socialization. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 15(1), 84-93. <https://doi.org/10.1037/per0000629.suppl>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., y Ford, B. Q. (Eds.). (2024). *Handbook of emotion regulation* (3rd ed.). Guilford Press.
- \* Haeyen, S., y Noorthoorn, E. (2021). Validity of the Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). *PLoS ONE*, 16(3), e0248315. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248315>
- \* Halicz, L. A., Dixon-Gordon, K. L., Law, K. C., Anestis, M. D., Rosenthal, M. Z., y Chapman, A. L. (2020). Emotion regulation difficulties and borderline personality disorder: The moderating role of race. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(4), 280-289. <https://doi.org/10.1037/per0000355>
- \* Halicz, L. A., Woods, S. E., y Dixon-Gordon, K. L. (2021). Emotion regulation difficulties and interpersonal conflict in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(4), 347-353. <https://doi.org/10.1037/per0000436>
- \* Hall, K., Simpson, A., O'Donnell, R., Sloan, E., Staiger, P. K., Morton, J., Ryan, D., Nunn, B., Best, D., y Lubman, D. I. (2018). Emotional dysregulation as a target in the treatment of co-existing substance use and borderline personality disorders: A pilot study. *Clinical Psychologist*, 22(2), 112-125. <https://doi.org/10.1111/cp.12162>
- \* Hood, P., Maraun, M., McMain, S. F., Kuo, J. R., y Chapman, A. L. (2023). The role of mindfulness and emotion regulation in dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 15(2), 134-145. <https://doi.org/10.1037/per0000640>
- \* Howard, K. P., y Cheavens, J. S. (2023). Interpersonal emotion regulation in the context of social networks: A focus on borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(2), 182-195. <https://doi.org/10.1037/per0000566>
- IntraMed (2014). *Trastorno límite de la personalidad en la adolescencia*. <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=85871&pagina=1>
- \* Joyce, A. S., Fujiwara, E., Cristall, M., Ruddy, C., y Ogronczuk, J. S. (2013). Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. *Psychotherapy Research*, 23(6), 690-704. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.803628>
- Joyce, A. S., Ogronczuk, J. S., y Kealy, D. (2017). Intensive evening outpatient treatment for patients with personality dysfunction: Early group process, change in interpersonal distress, and longer-term social functioning. *Psychiatry*, 80(2), 184-195. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1230985>
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., y Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601-620. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x>
- \* Kramer, U., Keller, S., Caspar, F., de Roten, Y., Despland, J.-N., y Kolly, S. (2017). Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality disorder: A mediation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 530-535. <https://doi.org/10.1037/ccp0000196>
- \* Kramer, U., Pascual, L. A., Berthoud, L., De Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., Despland, J., y Page, D. (2016). Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour-informed skills training for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 189-202. <https://doi.org/10.1002/cpp.1956>
- \* Krause-Utz, A., Walther, J.-C., Lis, S., Schmahl, C., y Bohus, M. (2019). Heart rate variability during a cognitive reappraisal task in female patients with borderline personality disorder: The role of comorbid posttraumatic stress disorder and dissociation. *Psychological Medicine*, 49(11), 1810-1821. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002489>
- \* Kuo, J. R., Fitzpatrick, S., Krantz, L. H., y Zeifman, R. J. (2018). How do you choose and how well does it work?: The selection and effectiveness of emotion regulation strategies and their relationship with borderline personality disorder feature severity. *Cognition and Emotion*, 32(3), 632-640. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330254>
- \* Lin, T.-J., Ko, H.-C., Wu, J. Y.-W., Oei, T. P., Lane, H.-Y., y Chen, C.-H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- \* Lizeretti, N. P., Extremera, N., y Rodríguez, A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 407-418. <https://doi.org/10.1007/s11226-012-9211-9>
- \* López, P. B., Ambrona, T., y Gummerum, M. (2017). Interpersonal emotion regulation in Asperger's syndrome and borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 103-113. <https://doi.org/10.1111/bjc.12124>
- \* López, P. B., y McCagh, J. (2020). How do I want to feel? The link between emotion goals and difficulties in emotion regulation in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 96-114. <https://doi.org/10.1111/bjc.12235>
- \* Marco, J. H., Fernandez-Felipe, I., Fonseca, S., Garcia-Palacios, A., Baños, R., y Guillen, V. (2021). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Emotion Regulation Questionnaire in participants with personality disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1598-1606. <https://doi.org/10.1002/cpp.2605>

- \* Meaney, R., Hasking, P., y Reupert, A. (2016). Borderline personality disorder symptoms in college students: The complex interplay between alexithymia, emotional dysregulation and rumination. *PLoS ONE*, 11(6), e0248315. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157294>
- Meares, R. (2012). *Borderline Personality Disorder and the Conversational Model: A Clinician's Manual*. WW Norton & Company.
- \* Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J., y Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 214-222. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.551280>
- \* Metcalfe, R. K., Fitzpatrick, S., y Kuo, J. R. (2017). A laboratory examination of emotion regulation skill strengthening in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 237-246. <https://doi.org/10.1037/per0000156>
- \* Miano, A., Barnow, S., Wagner, S., Roepke, S., y Dziobek, I. (2021). Dyadic emotion regulation in women with borderline personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 45(6), 1077-1092. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10206-8>
- Moulds, M. L., y McEvoy, P. M. (2025). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic cognitive process. *Nature Reviews Psychology*, 4(2), 127-141. <https://doi.org/10.1038/s44159-024-00399-6>
- National Institute of Mental Health. (2022). *Trastorno límite de la personalidad* (Publicación de NIH Núm. 22-MH-4928S). Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad>
- \* Niedtfeld, I., Schmitt, R., Winter, D., Bohus, M., Schmahl, C., y Herpertz, S. C. (2017). Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: A longitudinal fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(5), 739-747. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw183>
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. *Inteligencia*, 1(1), 4-20.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
- \* Peng, W., Liu, Z., Liu, Q., Chu, J., Zheng, K., Wang, J., Wei, H., Zhong, M., Ling, Y., e Yi, J. (2021). Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Depression and Anxiety*, 38(1), 28-39. <https://doi.org/10.1002/da.23082>
- \* Perez, D. L., Vago, D. R., Pan, H., Root, J., Tuescher, O., Fuchs, B. H., Leung, L., Epstein, J., Cain, N. M., Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F., Levy, K. N., Silbersweig, D. A., y Stern, E. (2016). Frontolimbic neural circuit changes in emotional processing and inhibitory control associated with clinical improvement following transference-focused psychotherapy in borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1), 51-61. <https://doi.org/10.1111/pcn.12357>
- \* Rosenstein, L. K., Ellison, W. D., Walsh, E., Chelminski, I., Dalrymple, K., y Zimmerman, M. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the connection between childhood emotional abuse and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(6), 590-594. <https://doi.org/10.1037/per0000294>
- \* Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K. L., Tull, M. T., Hedman-Lagerlöf, E., Bjärehed, J., Jokinen, J., Lundh, L.-G., Hellner, C., y Ljótsson, B. (2019). Predictors of improvement in an open-trial multisite evaluation of emotion regulation group therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(4), 322-336. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1509119>
- \* Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., y Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PLoS ONE*, 16(3), e0248409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>
- \* Schaich, A., Assmann, N., Köhne, S., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Schweiger, U., Klein, J. P., y Faßbinder, E. (2021). The mediating effect of difficulties in emotion regulation on the association between childhood maltreatment and borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1934300. <https://doi.org/10.1080/2008198.2021.1934300>
- \* Schramm, A. T., Venta, A., y Sharp, C. (2013). The role of experiential avoidance in the association between borderline features and emotion regulation in adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 138-144. <https://doi.org/10.1037/a0031389>
- \* Scott, L. N., Stepp, S. D., y Pilkonis, P. A. (2014). Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 278-288. <https://doi.org/10.1037/per0000070>
- \* Selby, E. A. (2013). Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 941-947. <https://doi.org/10.1037/a0033201>
- \* Southward, M. W., y Cheavens, J. S. (2020). Quality or quantity? A multistudy analysis of emotion regulation skills deficits associated with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 24-35. <https://doi.org/10.1037/per0000357.supp>
- \* Southward, M. W., Semcho, S. A., Stumpp, N. E., MacLean, D. L., y Sauer-Zavala, S. (2020). A day in the life of borderline personality disorder: A preliminary analysis of within-day emotion generation and regulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(4), 702-713. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09836-1>
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Valenzuela, M. (2021). *Modelo Conversacional*. Psicólogos en Línea. <https://psicologosenlinea.net/1130-modelo-conversacional.html>
- Vall d'Hebron Hospital Universitari. (2021). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)*. <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/enfermedades/trastorno-limite-de-la-personalidad-tlp#:~:text=La%20prevalencia%20del%20TLP%20en,y%20el%202%2C7%25>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.
- Wenger, M. A., Jones, F. N., y Jones, M. H. (1962). *Physiological psychology*. Holt, Rinehart & Winston.
- \* Winter, D., Niedtfeld, I., Schmitt, R., Bohus, M., Schmahl, C., y Herpertz, S. C. (2017). Neural correlates of distraction in borderline personality disorder before and after dialectical behavior therapy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(1), 51-62. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0689-2>

Artículo

## La Muerte Como *Deadline* Existencial: Hacia una Psicoterapia Basada en la Filosofía y la Ciencia Contextual

Juanjo Macías<sup>1</sup> , Pedro Naranjo Cobo<sup>2</sup>  y Alejandro G. J. Peña<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de Burgos, España

<sup>2</sup> Universidad Internacional de La Rioja, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 26, 2025

Aceptado: Marzo 16, 2026

#### Palabras clave

Muerte  
Ansiedad ante la muerte  
Terapia de Aceptación y  
Compromiso (ACT)  
Psicoterapia existencial  
Valores

### RESUMEN

La muerte, lejos de constituir un desenlace biológico, configura la condición de posibilidad y da forma a la existencia humana. El presente artículo examina la procrastinación existencial como el aplazamiento de decisiones, vínculos y proyectos vitales bajo la suposición implícita de un tiempo ilimitado. Desde el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y en diálogo con la tradición existencial, se analiza el papel de la conciencia de la finitud en psicoterapia. En particular, se propone que la confrontación con la mortalidad puede favorecer procesos de clarificación de valores y ampliar la variabilidad del repertorio conductual. No obstante, la cultura contemporánea, caracterizada por la aceleración, el consumo y diversas formas de evitación experiencial, tiende a neutralizar la presencia de la muerte en la vida cotidiana. Esta negación cultural puede contribuir a formas de malestar como la hiperactividad, la ansiedad difusa, el vacío biográfico o la desconexión vital. Procesos clínicos como la aceptación, la defusión y el trabajo con valores permiten transformar la ansiedad ante la muerte en un contexto para el desarrollo de mayor flexibilidad psicológica y compromiso con acciones significativas. Desde esta perspectiva, integrar la mortalidad en el trabajo terapéutico puede contribuir a una vida menos postergada y más comprometida con lo que merece ser vivido antes de que el tiempo se agote.

### Death as an Existential Deadline: Towards a Psychotherapy Grounded in Philosophy and Contextual Science

### ABSTRACT

Death, far from constituting merely a biological endpoint, configures the very condition of possibility and gives shape to human existence. The present article examines *existential procrastination* as the postponement of decisions, relationships, and life projects under the implicit assumption of unlimited time. Drawing on the framework of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and in dialogue with the existential tradition, the paper analyzes the role of finitude awareness in psychotherapy. In particular, it proposes that confronting mortality may facilitate processes of values clarification and expand the variability of the behavioral repertoire. However, contemporary culture, characterized by acceleration, consumerism, and multiple forms of experiential avoidance, tends to neutralize the presence of death in everyday life. This cultural denial may contribute to forms of distress such as hyperactivity, diffuse anxiety, biographical emptiness, or existential disconnection. Clinical processes such as acceptance, cognitive defusion, and values-based work can transform death anxiety into a context for the development of greater psychological flexibility and commitment to meaningful action. From this perspective, integrating mortality into therapeutic practice may contribute to a life less postponed and more fully committed to what is worth living before time runs out.

#### Keywords

Death  
Finitude  
Death anxiety  
Existential psychotherapy  
Acceptance and Commitment  
Therapy (ACT)  
Values

Cómo citar: Macías, J., Naranjo, P., y Peña, A. G. J. (2026). La muerte como *deadline* existencial: hacia una psicoterapia basada en la filosofía y la ciencia contextual. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 47(3), 207-213. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2026.47.22>

Autor de correspondencia: Juanjo Macías [jjmacias@ubu.es](mailto:jjmacias@ubu.es) 

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

## Introducción

### De la Procrastinación Conductual a la Existencial

La procrastinación ha sido definida como la tendencia a posponer tareas aun conociendo las consecuencias negativas de dicho aplazamiento (Steel, 2007). Este fenómeno no es exclusivamente humano, también se observa en otras especies. Mazur (1996), en su clásico estudio *Procrastination by Pigeons*, demostró que las palomas, al igual que los seres humanos, tendían a posponer una tarea exigente, comprometiéndose con un esfuerzo mayor en el futuro, en lugar de afrontar de inmediato una tarea más sencilla. Estos hallazgos sugieren que la procrastinación responde a principios básicos de aprendizaje y motivación, vinculados a la evaluación temporal de los costes y beneficios de las acciones.

Si trasladamos esta evidencia al plano existencial, la dinámica excede la gestión de tareas cotidianas y alcanza la manera en que las personas se relacionan con su propia vida. La postergación vital implica asumir que siempre habrá un momento más oportuno para comenzar a vivir. En el terreno clínico, esta expectativa aparece condensada en frases recurrentes de los consultantes: “empezaré a disfrutar mi vida cuando el trabajo disminuya”, “cuando las circunstancias mejoren” o “cuando surja una oportunidad más favorable”. Sin embargo, ese futuro nunca está garantizado. La ilusión de un tiempo ilimitado favorece el aplazamiento de decisiones significativas y dificulta el compromiso con formas de vida valiosas. Esta procrastinación ontológica encierra así la paradoja de que mientras evitamos lo que percibimos como costoso o difícil, sacrificamos vidas no vividas. Lo que en psicología experimental se explica por la ciencia de las consecuencias adquiere aquí un peso existencial. La pregunta ya no es cuándo realizar una tarea, sino qué estamos esperando para comenzar a vivir. Tal y como expresaba un consultante en sesión: «Un día tras otro, durante veinte, treinta, cuarenta años... hasta que un día me miro al espejo y no me reconozco con setenta años». Esta vivencia refleja cómo la repetición mecánica de una vida sin dirección puede desembocar en ansiedad y depresión, hoy entre los malestares más prevalentes (World Health Organization, 2023).

La literatura y la filosofía también han explorado la dimensión de las consecuencias desde un nivel distinto de reflexión, aunque apuntando a un mismo patrón. Albert Camus, en *El mito de Sísifo*, sugiere que el tiempo puede revelarse como un enemigo íntimo. Aunque el ser humano sabe que no permanecerá siempre, suele relegar esta certeza a un pensamiento vago o evitado. El castigo de Sísifo, condenado a repetir indefinidamente una tarea absurda, simboliza así la amenaza de un *sinsentido* cotidiano cuando la vida se automatiza y la existencia se reduce a mera costumbre sin proyecto (Camus, 2012). De modo análogo, Simone de Beauvoir analiza en *El segundo sexo* la inmanencia y la circularidad asignadas históricamente a las tareas domésticas, mostrando cómo la reiteración de lo mismo puede convertirse en una forma de renuncia lenta y en una alienación que desgasta silenciosamente la vida (Beauvoir, 2011). En *El proceso*, Franz Kafka muestra cómo los engranajes de la burocracia pueden vaciar de sentido la experiencia individual, hasta el punto de que la vida del sujeto termina tratándose como un caso administrativo dentro de un procedimiento incomprensible (Kafka, 2013).

Desde la literatura hasta la clínica, la experiencia de una vida percibida como estancada puede derivar en formas intensas de

desesperanza, como ocurre en la conducta suicida adolescente. Fonseca Pedrero et al. (2022) describen este fenómeno complejo y señalan la necesidad de intervenciones preventivas multidimensionales que amplíen las posibilidades de acción.

El sufrimiento puede emerger del desfase entre proyecto y existencia, es decir, entre las direcciones de acción que organizan la vida y las contingencias que gobiernan la conducta presente. Desde el contextualismo-funcional que sustenta ACT, los valores se conciben más bien como direcciones de acción históricamente configuradas cuya función se actualiza en el entramado de contingencias que disponen la conducta en el presente (Macías et al., 2023). Por ello, el lenguaje de los valores en ACT debe entenderse menos como una tesis axiológica sobre qué hace valiosa una vida que como una estrategia pragmática enfocada en ampliar la agencia y la responsabilidad en la construcción de una vida con dirección. Introducir criterios normativos externos que jerarquicen los valores conlleva el riesgo opuesto de reinstaurar una normatividad difícilmente compatible con el pragmatismo del enfoque contextual. La psicoterapia se sitúa precisamente en esa zona de fricción entre la historicidad del comportamiento, su inscripción cultural y la posibilidad de reorganizarlo, en ausencia de fundamentos normativos universales que determinen qué direcciones vitales deben privilegiarse.

Bajo este prisma, el miedo a la muerte no se reduce al temor al final, sino a la constatación de que la vida puede quedar confinada en repertorios que se reproducen por inercia mientras otras trayectorias permanecen procrastinadas. La psicoterapia sería un punto de inflexión donde se examina cómo se articula la conducta en el presente y qué posibilidades de reorientación se abren desde ese análisis.

Quizá el dolor de vivir no provenga tanto de saber que moriremos como de advertir que la propia biografía puede quedar absorbida por dinámicas que no ensanchan la vida que se habita. La conciencia de la finitud introduce entonces una pregunta clínica decisiva que dirige este trabajo y que se tratará de dar respuesta: ¿qué direcciones de acción merecen desplegarse antes de que el tiempo se agote?

### La Negación Cultural de la Muerte

Todo ser humano sabe intelectualmente que morirá, pero no todos saben del morir. Esta diferencia puede entenderse como distintos grados de conciencia de muerte. Un nivel mínimo, universal, que reconoce la finitud de forma abstracta, y otro más profundo que implica habitar la existencia bajo la certeza de su carácter irrepetible. Este segundo grado no consiste simplemente en lamentar “no haber vivido”, sino en integrar la muerte como horizonte constitutivo de la vida.

El autor Byung-Chul Han en *Caras de la Muerte* reflexiona sobre esta negación cultural: «la sociedad que pretende prescindir de la muerte se convierte en una sociedad mortal» (Han, 2020, p. 31). La evasión cultural de la finitud produce efectos visibles como la hiperactividad y una búsqueda compulsiva de experiencias que intentan compensar el vacío, donde asoma la muerte (Han, 2017). En una cultura dominada por la histeria de la supervivencia, se termina por generar sujetos incapaces tanto de vivir como de morir. A ello se suma la industria del entretenimiento, que trivializa la muerte y la transforma en mercancía cultural: «produce la risa a costa de la muerte y de los muertos [...] en ella se transparenta un horror

reprimido» (Han, 2020, p. 32). En la misma línea de pensamiento, Rosi Braidotti reflexiona cómo la mortalidad ha quedado capturada por la dinámica del infotretreimiento convirtiéndola en un objeto más de consumo (Braidotti, 2015, p. 137).

Cuanto más se oculta o trivializa la muerte, más reaparece de forma indirecta en la cultura, en duelos no elaborados, proyectos abandonados o identidades que se descartan con la rapidez de la moda. Allí donde la vida se intenta prolongar mediante consumo, rendimiento y placer inmediato, terminan proliferando formas de “muerte en vida” con sujetos exhaustos e historias incapaces de despegar.

Hartmut Rosa denomina aceleración social a un régimen temporal en el que la vida se experimenta como una carrera permanente donde cada novedad envejece al instante y lo único que crece es la sensación de vacío (Rosa, 2016). La modernidad desplaza la muerte del ritual comunitario a los márgenes institucionales. Lo que antes atravesaba la vida cotidiana se ha vuelto un tabú higienizado y casi clandestino. La muerte que antes circulaba por las calles, ha sido relegada a tanatorios periféricos y cementerios apartados. Se ha invisibilizado como si su sola presencia pudiera perturbar la mirada pública y el ritmo del consumo.

### Mortalidad y Subjetividad Contemporánea

En el *Fedón*, Sócrates rememoraba a Simmias que «los que de verdad filosofan se ejercitan en morir, y el estar muertos es para estos individuos mínimamente temible» (Platón, 1988, p. 46). Para algunas corrientes de la filosofía griega, vivir era prepararse para morir. Platón defendía que filosofar es ejercitarse en morir, y la tradición estoica desarrolló esta reflexión como una práctica cotidiana. En las *Cartas a Lucilio*, Séneca (2000) recomendaba ensayar la muerte en la vida diaria, recordando la fragilidad del tiempo para vivir cada jornada con el fin de ordenar la existencia y liberarla del miedo. En contraste, la contemporaneidad ha transformado ese entrenamiento en entretenimiento. Estímulos constantes, urgencias artificiales, novedades que disuelven la experiencia de la finitud en una corriente incesante de distracción. Miguel de Unamuno en *Del Sentimiento Trágico de la Vida*, fue un precursor obsesionado con el límite antropológico de la muerte. Para él, la conciencia no era un privilegio, sino una enfermedad: «el hombre, por ser hombre, por tener conciencia, es ya, respecto al burro o a un cangrejo, un animal enfermo» (Unamuno, 1982, p. 39). Esta hiperreflexividad que introduce Pérez-Álvarez (2008) en el terreno de la psicología; trágica y desbordada, constituye una condición de la subjetividad, que también encierra la imposibilidad de escapar al saber de la propia finitud. Este concepto ha sido retomado como un factor de vulnerabilidad clínica en algunos de los trastornos más prevalentes de la sociedad contemporánea, especialmente en procesos rumiativos (Nolen-Hoeksema, 2000).

De forma más actualizada, la psicología social ha aportado evidencias que refuerzan este diagnóstico cultural. La Teoría del Manejo del Terror (TMT) ha mostrado que la conciencia de la mortalidad, cuando no se afronta explícitamente, se canaliza en defensas culturales y conductas de evitación que buscan preservar la identidad y la pertenencia al grupo (Greenberg et al., 1986). Estas defensas, en vez de disolver la ansiedad de fondo, tiende a desplazarla. Estudios recientes muestran que la supresión de la

conciencia tanática intensifica la vulnerabilidad al estrés y la reactividad emocional (Pyszczynski et al., 2015). Diversos estudios han relacionado la ansiedad ante la muerte con diferentes problemas psicológicos, interpretándola como expresión de la conciencia de finitud (Major et al., 2016; Menzies et al., 2019). Desde la tradición existencial, sin embargo, este temor no se considera una patología, sino un rasgo inherente a la propia condición humana. En *La náusea*, Jean-Paul Sartre evoca este vértigo ante el abismo: «Me acerco al abismo y mis miradas me buscan en su fondo a mí» (Sartre, 2013, p. 77). Søren Kierkegaard (2008) habló de la “enfermedad mortal”, mientras que Irvin D. Yalom dividió este horizonte en cuatro preocupaciones fundamentales: muerte, libertad, aislamiento y *sinsentido* (Yalom, 1984).

### Despertar Existencial y Reorganización de la Vida

El ritmo vertiginoso y la fragmentación de la modernidad líquida intensifican este desafío. En palabras de Dienstag (2006): «vivir en el fluir del tiempo significa que todo cuanto existe está siempre precipitándose en la no existencia del pasado» (p. 22). En un contexto dominado por vínculos volátiles, experiencias obsoletas y evitación del deterioro, la vida corre el riesgo de disolverse en una sucesión de instantes inconexos (Bauman, 2005). Este escenario cultural alimenta la negación de la vejez y de la muerte, debilitando la posibilidad de construir narrativas vitales con continuidad temporal (Han, 2023).

Desde esta perspectiva, la psicoterapia implica cultivar una relación distinta con la muerte y, por extensión, con la existencia. Una práctica centrada exclusivamente en el alivio sintomático corre el riesgo de reducirse a técnicas y dejar intactos los núcleos decisivos de la biografía del consultante. La muerte, por tanto, no es un tabú ni una anomalía, sino un horizonte que estructura la vida. Como sugiere Eugene Thacker: «¿y si el “horror” tiene menos que ver con el miedo a la muerte y más con el miedo a la vida?» (Thacker, 2015, pp. 109-110).

El encuentro con la muerte constituye uno de los núcleos irreductibles de la experiencia humana y puede desencadenar lo que Weisman y Worden (1976) denominaron *existential plight*: una intensificación de la reflexión sobre la vida y la muerte que irrumpe como un “golpe existencial”. Estos momentos de despertar radical suelen acompañarse de angustia, al poner de relieve la fragilidad de la existencia y la transitoriedad de los vínculos, la salud y los proyectos personales. Esta experiencia describe un movimiento oscilante entre sufrimiento y crecimiento o una conciencia fluctuante de la mortalidad que, si bien puede generar desasosiego, también abre la posibilidad de un sentido renovado de conexión consigo mismo y con los demás (Tarbi y Meghani, 2019). De hecho, múltiples estudios han subrayado que, cuando la confrontación con la muerte se aborda de manera explícita y acompañada, puede favorecer mecanismos de afrontamiento, autonomía y lo que algunos autores han denominado “salud existencial” (Rosa et al., 2022).

En este contexto, la consulta puede convertirse en un espacio para ensayar un despertar existencial o para examinar bajo qué variables se sitúa la conducta. Karl Jaspers introdujo el concepto de *situaciones límite* para referirse a experiencias como el sufrimiento, la culpa o la muerte, capaces de quebrar la ilusión de autosuficiencia y revelar la fragilidad de la existencia (Jaspers, 1993, p. 222). En

ese punto emergen preguntas decisivas para la psicoterapia: ¿qué vida se está viviendo y cuál permanece aplazada? La finitud puede actuar entonces como una brújula que reordena prioridades vitales.

### La Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Existencial

La Ciencia Conductual Contextual (CBS), y en particular la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), ha desplazado el foco de la psicoterapia más allá del manejo de síntomas. La vida adquiere sentido por el compromiso con aquello que se considera significativo incluso bajo condiciones adversas. En este modelo, los valores no se entienden como metas alcanzables ni como mandatos externos, sino como direcciones vitales que sitúan la acción cotidiana (Hayes et al., 2012).

La psicoterapia existencial en diálogo con ACT parten de la premisa de que terapeuta y consultante comparten la misma herida de finitud. Por ello, la práctica clínica no puede reducirse a una relación asimétrica donde el terapeuta posee las respuestas, sino a un encuentro intersubjetivo en el que ambos participan en la tarea de dar forma a la existencia a través de preguntas y consecuencias generadas desde la propia interacción. En esta línea, Macías et al. (2025) han descrito esta convergencia como una praxis de coexistencia donde existencialismo, filosofía y conductismo se entrelazan como una metodología para la clínica. Desde este marco contextual-existencial, el sufrimiento se concibe como señal de una vida en tensión con su propia contingencia. La tarea terapéutica consiste así en reconciliar determinismo y libertad, técnica y sentido, contexto y elección.

La evidencia empírica muestra que las intervenciones existenciales reducen la ansiedad ante la muerte y fortalecen el sentido vital (Breitbart et al., 2015; Vos et al., 2019). Asimismo, los valores personales actúan como amortiguadores de la ansiedad, favoreciendo así indicadores de salud mental (Routledge y Juhl, 2010; Taubman, 2011). Estos hallazgos respaldan lo señalado por Neimeyer et al. (2010): la construcción de sentido es un núcleo que cohesiona la psicoterapia existencial.

La evitación experiencial de la muerte perpetúa dinámicas de sufrimiento que pueden cronificarse, mientras que su aceptación en el planteamiento de los valores personales abre la posibilidad de una mayor prosperidad psicológica (Ciarrochi et al., 2022; Jiang et al., 2024).

Como aplicaciones clínicas de ACT para el trabajo con el duelo, Russ Harris (2010) propone dos estrategias clave: (a) defusión, que permite observar los pensamientos tanáticos como eventos mentales transitorios, y (b) el tránsito desde una postura de control del malestar hacia una postura de aceptación, donde se aprende a convivir con la inevitabilidad de la muerte sin quedar paralizado. A estas estrategias se suman metáforas y ejercicios experienciales como el del epitafio o la visualización del propio funeral. Este recurso funciona como un dispositivo de clarificación de valores: confrontar simbólicamente la muerte permite repensar la escala de valores y traducir la finitud en pasos y acciones concretas.

Si analizamos estos procedimientos de ACT, encuentran resonancia en la tradición existencial. La defusión puede vincularse con la descripción kierkegaardiana de la angustia como vértigo de la libertad, mientras que la aceptación se aproxima a la idea de Jean-Paul Sartre de que toda elección implica cerrar otras

posibilidades: «la existencia humana es elección y elegir, así pues, es aniquilar posibilidades» (Sartre, 1993, p. 415).

La simbiosis entre psicoterapia y filosofía ofrece el andamiaje para comprender la muerte como espacio liminal, mientras la psicoterapia aporta procedimientos concretos: distanciamiento psicológico, aceptación o ejercicios como el funeral o el epitafio, que sistematizan estas reflexiones en prácticas clínicas con un *rationale* sólido. La filosofía nombra el vértigo de la libertad; la psicoterapia entrena formas pragmáticas de sostenerlo. Allí donde la filosofía ofrece profundidad y contexto antropológico, la psicoterapia asegura aplicabilidad y rigor metodológico; y donde la psicoterapia corre el riesgo de quedarse en técnica instrumental, la filosofía le devuelve horizonte y tracción.

Dentro de esta intersección entre ACT y la psicoterapia existencial aparece la experiencia de los consultantes. Uno de ellos confesaba: «Quizás el miedo a la muerte me venga de mi incapacidad por no haber tomado las decisiones que he querido». No temía solo dejar de existir, sino no haber existido lo suficiente. Como señala Peña (2024) y en armonía con Sartre, «uno muere con cada elección, pues se cierran puertas que jamás se abrirán de nuevo» (p. 41). En este sentido, el miedo a la muerte puede surgir también como duelo por las vidas no vividas sin caer en la insatisfacción de la modernidad. Este, es un terreno fértil para la clínica, donde interviene clarificando valores y abriendo posibilidades de acción en el presente (Cázares-Blanco, 2024).

Estos procedimientos muestran cómo la confrontación con la muerte puede suponer una ética aplicada dentro de la convergencia contextual-existencial. De este modo, ACT no debe entenderse como un simple repertorio técnico, sino como una *paidéia* (pedagogía) de la finitud dentro de una psicoterapia concebida como ciencia humana, más que tecnológica (Pérez-Álvarez, 2019).

### ¿Qué Hace que una Vida sea Valiosa?

Desde el paradigma aristotélico de bienestar eudaimónico, los valores no remiten simplemente al placer o al alivio, sino a una forma de estar-en-el-mundo coherente con lo que se reconoce como digno de ser perseguido. La eudaimonía describe una vida examinada y sostenida en continuidad narrativa, donde el sufrimiento puede integrarse en un proyecto vital más amplio (Ryan et al., 2008; Waterman, 1993).

Desde el contextualismo-funcional, las elecciones valiosas afloran en la intersección entre historia personal, prácticas sociales y contextos de significado compartidos. Hablar de valores elegidos no implica que cualquier dirección vital sea igualmente valiosa, sino que las personas pueden evaluar las orientaciones que organizan su conducta a la luz de sus consecuencias en la vida vivida.

Esta cuestión introduce un problema filosófico relevante. Si todo valor se reduce a preferencia individual, la idea de vida valiosa pierde contenido; pero si se imponen criterios normativos sustantivos sobre lo que debe considerarse una vida buena, se abandona el terreno pragmático del contextualismo. En este punto resulta útil recuperar la misma tradición aristotélica: la discriminación entre formas de vida depende de una sabiduría práctica (*phronesis*) capaz de integrar valores, emociones y deliberación en contextos concretos. Bajo esta óptica, lo valioso se define por su contribución a la salud mental en situaciones particulares. Investigaciones recientes en psicología moral han

## Conclusiones

comenzado a operacionalizar esta idea mostrando que la *phronesis* actúa como una metavirtud integradora que coordina percepción moral, identidad, emoción y deliberación práctica (McLoughlin et al., 2025).

Por este motivo, la psicoterapia no prescribe de antemano qué valores deben guiar la vida, pero tampoco se limita a validar cualquier preferencia individual. Más bien acompaña a la persona en la búsqueda de este criterio de vida y en cómo ciertas acciones vitales generan mayor coherencia y continuidad biográfica que otras.

La confrontación con la finitud puede favorecer esta clarificación práctica. Reconocer la muerte supone impedir que la vida no se diluya en una sucesión de distracciones que aplazan indefinidamente aquello que otorga dirección y densidad a la existencia.

### Temporalidad y Conciencia Trágica de la Existencia

Como contrapunto a lo anterior, la figura del filósofo trágico que no se refugia en ilusiones de trascendencia, sino que encara lo real en su desnudez contradictoria, efímero y exuberante, adquiere otra particular resonancia terapéutica digna de mención (Rosset, 1976). Para esta figura, la alegría de vivir es, en última instancia, impensable, pues carece de justificación racional y no puede derivarse de ningún fundamento último. Sin embargo, precisamente por ello, el filósofo trágico se esfuerza en pensar hasta el extremo esa prodigalidad sin causa para dejarla aparecer en toda su contingencia. Esta perspectiva conecta con la psicoterapia existencial, donde el vivir no se reduce a prolongar la biología, sino a apropiarse de la existencia bajo la tenue luz de la finitud, reconociendo que el júbilo vital, aunque irracional e injustificable, sigue siendo posible incluso frente a la certeza de la muerte. Vivir bajo la luz de la finitud es asumir que no habrá nunca un momento ideal para empezar dado que la existencia puede no conceder prórrogas.

El júbilo vital, cuando aparece, tampoco obedece a planes ni a garantías, sino que irrumpe como un accidente, sin justificación y sin aviso. Una psicoterapia que trabaja con la muerte no busca neutralizar esta intemperie, sino ayudar a que el consultante aprenda a habitarla con cierta dignidad, sabiendo que cada elección implica pérdida, y que la vida merece ser afirmada. Lo verdaderamente trágico no es morir, sino aplazar indefinidamente el hecho de estar vivos. En este punto, resulta pertinente introducir la noción de límite temporal. En términos existenciales, la muerte constituye ese horizonte ineludible que Heidegger (2003) denominó la “posibilidad más propia” del *Dasein*: la única certeza que, al ser asumida, abre la posibilidad de una vida más auténtica. Por el contrario, Theodor W. Adorno, en *La jerga de la autenticidad*, cuestionó la ontología de Martin Heidegger al sostener que el “ser para la muerte” transforma la finitud en un destino individual abstracto y deshistorizado (Adorno, 2009). Frente a la idea de asumir la muerte como horizonte constitutivo de la existencia, Adorno había destacado que la experiencia de la finitud se encuentra mediada por condiciones sociales concretas como la explotación, la violencia o la catástrofe. Así, frente a la “propiedad” heideggeriana de la muerte, Adorno propuso que la verdad filosófica exige reconocer la historicidad de la negatividad, entendida como las formas de sufrimiento, violencia e injusticia inscritas en la vida social.

La muerte constituye el desenlace de la vida biológica, pero también orienta la vida biográfica, pues obliga a discernir entre lo esencial y lo superfluo. La conciencia de que el tiempo es limitado ofrece una métrica existencial y deshace la ilusión de que todo puede postergarse en una cultura que oscila entre el *carpe diem* conquistador y el eterno “mañana”.

Esta conciencia del límite temporal actúa también como principio de clarificación práctica en el eterno retorno de Nietzsche en *La gaya ciencia*: «¿Qué ocurriría si un día o una noche un demonio se deslizara furtivamente hasta tu más solitaria soledad y te dijera: “Esta vida, tal como la vives ahora y la has vivido, tendrás que vivirla otra vez y aun innumerables veces...”?» (Nietzsche, 1990, p. 273). Esta conciencia de finitud constituye la condición existencial del sentido de la vida, en la medida en que es precisamente el límite temporal lo que confiere urgencia y dirección a los proyectos vitales (García-Haro et al., 2018).

Lo que en Martin Heidegger aparece como la “posibilidad más propia” del *Dasein*, es decir, la conciencia de la finitud como condición estructural de la existencia, se traslada en la clínica contemporánea como un desafío práctico. ¿Cómo ayudar al consultante a inscribir la muerte en su biografía sin quedar paralizado por ella? Desde esta perspectiva, la ACT no pretende ofrecer una ontología del ser humano ni una teoría metafísica de la muerte. Su fundamento filosófico, el contextualismo-funcional, adopta deliberadamente una posición a-ontológica, centrada no en describir qué es la realidad en sí misma, sino en analizar qué procesos amplían o restringen la vida de las personas en contextos concretos. Sin embargo, precisamente por su conceptualización pragmática hacia la acción y la experiencia vivida, ACT termina operando en un terreno limítrofe con la ontología existencial. Procesos como la aceptación, la atención plena y la clarificación de valores permiten que la conciencia del límite temporal deje de funcionar como una amenaza paralizante y pase a actuar como un criterio que guíe la conducta (Gloster et al., 2020).

Ejercicios como el epitafio, el funeral imaginado o determinadas metáforas ejemplifican cómo operacionalizar lo que la filosofía ha formulado como “aprender a morir para poder vivir” (Lewis, 2014). Desde este punto de vista, trabajar con la muerte en psicoterapia no significa inducir fatalismo, sino abrir un espacio de clarificación: si el tiempo es finito, ¿qué vínculos, proyectos y elecciones merecen ocuparlo? La muerte deja de ser un enemigo abstracto y se convierte en una maestra que guía cada decisión. La aceptación existencial supone estar dispuesto a la contradicción de reconocer que la vida es frágil, limitada y que precisamente, en esa delicadeza reside su sentido.

Retomando de nuevo postulados humanistas, la confluencia entre filosofía, clínica y literatura se cruzan para nutrir el repertorio de la psicoterapia. Borges, con su ironía metafísica, lo pudo plasmar en *El inmortal*, incluido en *El Aleph*: «Nadie es alguien, un solo hombre inmortal es todos los hombres» (Borges, 1949, p. 21). En una clave distinta pero convergente, Simone de Beauvoir exploró este mismo problema en *Todos los hombres son mortales* (Beauvoir, 1995). En la novela, la inmortalidad aparece como experiencia que acaba vaciando la vida de urgencia y de sentido, poniendo de relieve que es precisamente la mortalidad la que confiere peso a las

decisiones humanas. La inmortalidad disolvería el valor de lo vivido en una repetición indefinida; la mortalidad, en cambio, nos singulariza y otorga gravedad a cada instante.

En última instancia, la psicoterapia no prolonga la vida cronológica, pero sí la vida de esa cronología, enseñando el arte de no desperdiciarla. La muerte, asumida como *deadline*, nos recuerda que no habrá segundas convocatorias en septiembre ni secuelas de la saga. Por lo que, quien ha aprendido a morir ha desaprendido a servir (Montaigne, 2007).

Mirar a la muerte a los ojos no conduce a una obsesión mórbida, sino a una conciencia clarificadora. Cuando esa mirada ha cumplido su tarea, la muerte deja de ocupar el centro de la escena y se vuelve lateral. Permanece ahí, en el borde silencioso del camino, pero ya no tiene influencia. Entonces ocurre una contradicción aparente: cuanto más asumida está la muerte, menos necesitamos pensar en ella. Vivimos. Y vivir, en ese sentido profundo, significa disfrutar el tiempo con decisión, cuidando, reparando los vínculos y encarnando los valores propios en la acción cotidiana. Por eso Baruch Spinoza pudo escribir que «el hombre libre en nada piensa menos que en la muerte; su sabiduría es meditación de la vida» (Spinoza, 2000).

Y si la vida no concede prórrogas, ¿qué sentido tiene seguir procrastinando el momento perfecto para empezar a vivir?

### Conflicto de Intereses

Los autores del presente trabajo declaran la ausencia de la existencia de cualquier conflicto de intereses.

### Referencias

- Adorno, T. W. (2009). *La jerga de la autenticidad: Sobre la ideología alemana*. Akal. (Obra original publicada en 1964).
- Bauman, Z. (2005). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Beauvoir, S. de. (2011). *El segundo sexo*. Cátedra. (Obra original publicada en 1949).
- Beauvoir, S. de. (1995). *Todos los hombres son mortales*. Edhasa. (Obra original publicada en 1946).
- Borges, J. L. (1949). *El Aleph*. Losada.
- Braidotti, R. (2015). *Lo posthumano*. Gedisa.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., y Olden, M. (2015). "Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer". *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749-754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Camus, A. (2012). *El mito de Sísifo*. Alianza. (Obra original publicada en 1942).
- Cázarez Blanco, R. (2024). Grief over the death of a non-human animal. *Agora. Papeles de Filosofía*, 43(2). <https://doi.org/10.15304/ag.43.2.9230>
- Ciarrochi, J., Hayes, L. L., Hofmann, S. G., y Bailey, A. (2022). *Process-Based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger.
- Dienstag, J. F. (2006). *Pessimism: Philosophy, ethic, spirit*. Princeton University Press.
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., y Al-Halabi, S. (2022). Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 173-184. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3000>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., y González González, M. (2018). Meditaciones psicológicas sobre la muerte. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 123-145. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i109.233>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., y Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., y Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. En R. F. Baumeister (ed.), *Public self and private self*. Nueva York: Springer, pp. 189-212.
- Han, B.-C. (2017). *Topología de la violencia*. Herder.
- Han, B.-C. (2023). *La crisis de la narración*. Herder.
- Han, B.-C. (2020). *Caras de la muerte. Investigaciones filosóficas sobre la muerte*. Herder.
- Harris, R. (2010). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Heidegger, M. (2003). *Ser y tiempo*. Trotta. (Obra original publicada en 1927).
- Jaspers, K. (1993). *Filosofía II: Existencia*. Revista de Occidente. (Obra original publicada en 1932).
- Jiang, X., Sun, J., Song, R., Wang, Y., Li, J., y Shi, R. (2024). Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 15, 1457832. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253266>
- Kafka, F. (2013). *El proceso*. Alianza. (Obra original publicada en 1925).
- Kierkegaard, S. (2008). *La enfermedad mortal*. Trotta. (Obra original publicada en 1849).
- Lewis, A. M. (2014). Terror Management Theory Applied Clinically: Implications for Existential-Integrative Psychotherapy. *Death Studies*, 38(6), 412-417. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.753557>
- McLoughlin, S., Thoma, S., y Kristjánsson, K. (2025). Was Aristotle right about moral decision-making? Building a new empirical model of practical wisdom. *Plos One*, 20(1), e0317842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317842>
- Macías, J.; González J.- Peña, A. y Naranjo Cobo, P. (2025). Los problemas psicológicos como dilemas filosóficos: un viaje hacia la eudaimonía y la felicidad dentro de la infelicidad. *Thémata. Revista de Filosofía*, (71), 141-166. <https://doi.org/10.12795/themata.2025.i71.07>
- Macías-Morón, J., Ruiz-García, A., y Valero-Aguayo, L. (2023). Validación y propiedades psicométricas del "Cuestionario de valores de vida" (VLQ) para población española. *Psicología Conductual*, 31(2), 247-267. <https://doi.org/10.51668/bp.8323202s>
- Major, B., Whelton, A., y Deutsch, M. (2016). Death anxiety as an antecedent of anxiety and depression: A review and integration. *Current Opinion in Psychology*, 5, 82-86.
- Mazur, J. E. (1996). Procrastination by pigeons: Preference for larger, more delayed work requirements. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 65(2), 159-171. <https://doi.org/10.1901/jeab.1996.65-159>
- Menzies, R. E., Sharpe, L., y Dar-Nimrod, I. (2019). The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 452-467. <https://doi.org/10.1111/bjc.12229>
- Montaigne, M. de. (2007). *Ensayos completos* (Libro I, cap. 20). Cátedra. (Obra original publicada en 1580).

- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., y van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- Nietzsche, F. (1990). *La gaya ciencia*. Alianza. (Obra original publicada en 1882).
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Peña, A. G. J. (2024). *El arte de vivir la muerte*. Almuzara.
- Pérez-Álvarez, M. P. (2008). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*, (0), 17-43.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Platón. (1988). *Diálogos III: Fedón, Banquete, Fedro* (C. García Gual, Trad.). Gredos. (Obra original publicada ca. 380 a. C.).
- Pyszczynski, T., Solomon, S., y Greenberg, J. (2015). Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. *Advances in Experimental Social Psychology*, 52, 1-70. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2015.03.001>
- Rosset, C. (1976). *La filosofía trágica*. Taurus.
- Rosa, H. (2016). *Alienación y aceleración*. Katz.
- Rosa, W. E., Chochinov, H. M., Coyle, N., Hadler, R. A., y Breitbart, W. S. (2022). Attending to the existential experience: Dignity and meaning amid awareness of death. *JCO Global Oncology*, 8, e2200105. <https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.22.00038>
- Routledge, C., y Juhl, J. (2010). When death thoughts lead to death fears: Mortality salience increases death anxiety for individuals low in personal meaning. *Motivation and Emotion*, 34, 354-362. <https://doi.org/10.1080/02699930902847144>
- Ryan, R. M., Huta, V., y Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 139-170. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>
- Sartre, J.-P. (1993). *El ser y la nada*. Losada. (Obra original publicada en 1943).
- Sartre, J.-P. (2013). *La náusea*. Alianza. (Obra original publicada en 1938).
- Séneca, L. A. (2000). *Cartas a Lucilio*. Gredos. (Obra original publicada ca. 65).
- Spinoza, B. (2000). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1677).
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133(1), 65-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>
- Tarbi, E. C., y Meghani, S. H. (2019). Existential experience in adults: A concept analysis. *Nursing Outlook*, 67(5), 540-547. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.03.006>
- Taubman-Ben-Ari, O. (2011). Is the meaning of life also the meaning of death? *Journal of Humanistic Psychology*, 51(2), 173-186. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9201-2>
- Thacker, E. (2015). *In the dust of this planet: Horror of philosophy*, vol. 1. Winchester: Zero Books.
- Unamuno, M. de (1913/1982). *Del sentimiento trágico de la vida*. Espasa-Calpe.
- Vos, J., Craig, M., y Cooper, M. (2019). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 611-629. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Weisman, A. D., y Worden, J. W. (1976). The existential plight: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1), 1-15. <https://doi.org/10.2190/UQ2G-UGV1-3PPC-6387>
- World Health Organization (2023). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Ginebra: OMS.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Herder. (Obra original publicada en 1980).

Artículo

## Psicología y Tardofranquismo (1968-1975)

Juan Carlos Duro Martínez 

Servicio Madrileño de Salud, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Febrero 2, 2026

Aceptado: Mayo 19, 2026

#### Palabras clave

Psicología  
Tardofranquismo  
Publicaciones críticas  
Secciones de Psicología

### RESUMEN

El objetivo del artículo es dar a conocer las relaciones entre la psicología en España y el tardofranquismo en el ámbito universitario y en el inicio del desarrollo asociativo profesional. Se señalan las principales teorías psicológicas emergentes y las prácticas profesionales más relevantes. En el ámbito universitario comienzan a formarse nuevas generaciones de jóvenes profesionales en las recién creadas Secciones de Psicología dentro de la Facultades de Filosofía y Letras. Sus líderes crean las Secciones de Psicólogos dentro de los Colegios de Doctores y Licenciados. Reivindicaciones políticas junto a peticiones de cambio de los planes de estudio y creación de puestos de trabajo forman el corpus de lo que será el Colegio de Psicólogos y las Facultades independientes de Psicología. Se dan a conocer nuevas teorías en torno al psicoanálisis y marxismo, el conductismo y la psicología soviética, importadas de otros países a través de publicaciones críticas y editoriales progresistas. Las escasas prácticas existentes mantienen a los psicólogos en un papel subalterno de otros profesionales y con funciones exclusivamente de ‘pasadores de test’.

## Psychology and Late Francoism (1968-1975)

### ABSTRACT

The aim of this article is to present the relationships between psychology in Spain and the late Francoist period, both in the university setting and in the early stages of professional association development. The main emerging psychological theories and the most relevant professional practices are highlighted. In the university setting, new generations of professionals began their training in the newly created psychology sections within the faculties of philosophy and letters. Their leaders established the psychology departments within the professional associations of doctors and graduates. Political demands, along with requests for changes to curricula and the creation of jobs, formed the core of what would later become the Spanish Psychological Association and independent faculties of psychology. New theories surrounding psychoanalysis and Marxism, behaviorism, and Soviet psychology were introduced, imported from other countries through critical publications and progressive publishing houses. The few practices that existed kept psychologists in a subordinate role to other professionals, and with functions limited exclusively to ‘test administrators’.

#### Keywords

Psychology  
Late francoism  
Critical publications  
Psychology sections

Cómo citar: Duro, J. C. (2026). Psicología y tardofranquismo (1968-1975). *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 47(3), 214-222.

<https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2026.47.23>

Autor de correspondencia: Juan Carlos Duro Martínez [jcduro@cop.es](mailto:jcduro@cop.es) 

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

## Contexto Político

A finales de los años 60 comenzaron a extenderse en España las movilizaciones sociales contra la dictadura, siendo especialmente relevantes las movilizaciones protagonizadas por el movimiento estudiantil en lucha por la libertad y la democracia.

El 21 de septiembre de 1967, Franco nombra vicepresidente del Gobierno a Luis Carrero Blanco que se convirtió, de hecho, en el jefe del Gobierno y que encarnaba la posible continuidad del franquismo cuando falleciera el dictador.

La consigna de esos años de “*Obreros y estudiantes contra la dictadura*” muestra la conjunción de sectores sociales en pro de la democracia a pesar de la fuerte represión social que el régimen llevó a cabo en esos años en el conjunto de la sociedad y especialmente en la Universidad.

Así, el 10 de enero de 1968 entró en servicio en las facultades la nueva Policía de Orden Universitario, en teoría al servicio de decanos y rectores, pero en la práctica a las órdenes de la autoridad gubernativa, lo que no impidió que se celebrase, el 18 de mayo de 1968, el Recital de Raimon en la Facultad de Ciencias Políticas y Económicas en la Universidad Complutense de Madrid, hito histórico en la lucha del movimiento estudiantil.

Un ejemplo paradigmático de la represión franquista lo constituyó el asesinato por la policía del estudiante de Derecho y militante del Frente de Liberación Popular (FELIPE) Enrique Ruano Casanova el 20 de enero de 1969 (Domínguez, 2011). Margot, una de sus hermanas, cursaba el primer año de la especialidad de Psicología. Su novia Dolores González Ruiz fue herida en 1977 en la matanza de los abogados de Atocha en la que murió su pareja Francisco Javier Sauquillo (Padilla, 2019). Las movilizaciones en los días siguientes fueron masivas hasta el punto de que el día 24 de enero se imponía por un periodo de tres meses el primer estado de excepción en todo el territorio nacional.

El 27 de febrero fueron cerradas por tiempo indefinido las universidades de Valencia y Madrid, y en marzo la de Sevilla. Tras una nueva irrupción policial en la Complutense el 28 de marzo, el Gobierno ordenó el cierre indefinido de todos los recintos universitarios de Madrid, cuya reapertura universitaria se retrasó al 6 de mayo. La universidad española se mantuvo en un estado de tensión permanente en la batalla contra el franquismo desde mediados de los años sesenta hasta después de muerto el dictador (González Calleja, 2020).

Continuando con el propósito de dejar todo ‘*atado y bien atado*’, Franco nombra como su sucesor a Juan Carlos de Borbón a título de rey, el 22 de julio de 1969.

A finales de marzo de 1970 se celebró el juicio de Burgos, contra miembros de ETA, que terminó con cinco condenas a muerte que finalmente fueron conmutadas por cadena perpetua, pero que enfrentó a los dirigentes políticos del país con una enorme oposición interior y sobre todo exterior.

En el mes de diciembre de 1973, el mismo día que comenzaba el denominado Proceso 1001 contra las Comisiones Obreras, principal organización sindical en la clandestinidad, fue asesinado por ETA el vicepresidente Carrero Blanco en un espectacular atentado.

La oposición democrática constituyó, en abril de 1974, la Junta Democrática en la que se agruparon diversas personalidades independientes, muchas de ellas del entorno de Don Juan de

Borbón, junto con el Partido Comunista de España, el Partido Socialista del Interior y la Alianza Socialista de Andalucía. Se incorporarían el Partido del Trabajo de España, el Partido Carlista, Comisiones Obreras y otras organizaciones. En junio de 1975 el Partido Socialista Obrero Español (PSOE), junto con independientes democristianos, liberales y socialdemócratas, funda la Plataforma de Convergencia Democrática.

Como ‘broche de oro’ represivo a la trayectoria del dictador, el 27 de septiembre de 1975 fueron fusilados dos militantes de ETA y tres del Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico (FRAP), poco antes de ‘morir en la cama’, el 20 de noviembre (20-N).

## Ámbito Universitario y Movimiento Estudiantil

En el ámbito universitario, en lo que respecta a los estudios de Psicología, existía desde 1953 en Madrid la Escuela de Psicología y Psicotecnia (Bandrés y Llavona, 1994), único centro vinculado a la Universidad donde se podía obtener un Diploma en Psicología. Se exigía ser licenciado universitario en cualquier carrera y constaba de dos años académicos, uno de formación básica y otro de especialización en una de tres Secciones: clínica, pedagógica o industrial.

En 1964 se crea en la Escuela de Psicología en la Universidad de Barcelona con tres años de estudios y dos especialidades: pedagógica e industrial. La especialidad de Psicología clínica se hacía en la Escuela de Psicología Clínica en la Facultad de Medicina (Siguán, 1975).

En 1966 se creó la Escuela Superior de Psicología en la Universidad Pontificia de Salamanca y, posteriormente, la de Deusto en Bilbao.

Si bien en estas Escuelas se podía obtener el Diploma de Psicología no es hasta 1968 cuando podemos hablar que la Psicología adquiere rango de titulación universitaria (Universidades Españolas, 2005).

En el curso 1968-69 dentro de Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Central de Madrid (que en 1970 pasó a llamarse Universidad Complutense de Madrid), con más de trescientos alumnos matriculados, se crea la Sección de Psicología. Se cursaban dos años de comunes de Filosofía y Letras y 3 años de especialidad en Psicología. (Orden de 15 de julio de 1969). Simultáneamente comienzan los estudios de psicología en la Universidad de Barcelona (Orden de 26 de junio de 1969).

En la Universidad Autónoma de Madrid, aún dentro de Facultad de Filosofía y Letras, se hacen ya los 5 años de carrera con mayor contenido de psicología (Orden de 17 de septiembre de 1971). En 1972 se crea la Sección de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional a Distancia (UNED) (Decreto 2310/1972, de 18 de agosto).

En 1973, las Facultades de Filosofía y Letras se separaron en Facultades de Filosofía y Ciencias de la Educación, Filología, y Geografía e Historia (Decreto 1974/1973). Las Secciones de Psicología pasaron a formar parte de las Facultades de Filosofía y Ciencias de la Educación en las que se cursaba un primer curso común y cuatro de la especialidad de Psicología. Ese mismo año se crean, como parte de las Facultades de Filosofía y Ciencias de la Educación, las Secciones de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona y Santiago de Compostela. En 1974 las de la Universidad de Salamanca, Granada, Pontificia de Salamanca,

Sevilla, Valencia, Pontificia de Comillas y La Laguna (Siguán, 1978; Blanco y Botella, 1995).

Respecto al movimiento estudiantil, en la UCM, en los dos cursos “de comunes” de Filosofía y Letras, en los que se toleró el funcionamiento del a-legal Sindicato Democrático de Estudiantes, los alumnos comenzaban a organizarse. En el acto de presentación a los alumnos de los recién creados estudios un grupo de estudiantes, liderado por César Gilolmo, leyó lo que sería la primera “tabla reivindicativa” que no eludía la crítica por lo que había de improvisación en el plan de estudios, la falta de concreción y una sobrecarga de asignaturas de “letras” y se pedía con firmeza reforzar el carácter científico y aplicado de los estudios en la perspectiva de facilitar salidas profesionales y de investigación (Gilolmo, 2020).

En las dos primeras promociones de psicología de la Complutense, predomina la Agrupación de Psicólogos del Partido Comunista de España (PCE) de la que formaban parte, entre otros, César Gilolmo, Juan José Aparicio, Agustín Arbesú, José Antonio Madruga, Miguel Costa, Martín Serrano, Mario Carretero y Pablo del Río (Travieso et al., 2001). A partir de la 3ª promoción abundan diversos grupos maoístas (Joven Guardia Roja del Partido de los Trabajadores de España-PTE, Organización Revolucionaria de Trabajadores-ORT y Organización Comunista de España-Bandera Roja) y trotskistas (Liga Comunista Revolucionaria-LCR, Liga Comunista-LC). Además, hay una tradición unitaria representada en los Comités de Curso, en los que junto a militantes de estos partidos, hay mucha gente independiente (Hernández Gordillo, 2001; Carrillo-Linares, 2006). Desde todas esas organizaciones, los psicólogos articularon su antifranquismo con reivindicaciones profesionales e institucionales, en consonancia con la radicalización política de las universidades en Europa y una expansión universitaria en España que se mantuvo durante toda la transición (Rosa y Travieso, 2002).

### Los Grupos de Trabajo de Psicología Crítica

La curiosidad por nuevas teorías más acordes con los vientos de cambio (psicoanálisis crítico, antipsiquiatría, conductismo, reflexología, etc.) llevó a los inquietos estudiantes de la Complutense a mirar allende nuestras fronteras tanto físicas como intelectuales interesándose por enfoques cercanos al marxismo y a los países de régimen socialista, ya que en los círculos intelectuales y políticos de la izquierda ambos eran los referentes del momento. Junto a la tendencia ‘izquierdista’ de esta mirada intelectual, lo que se produjo principalmente fue una apertura al exterior, una búsqueda de saber actualizada, una ‘modernización’ de los conocimientos existentes generados después de la guerra civil, a partir de los años 40 y 50 (Duro, 2001a).

Para dar cauce a estas inquietudes, algunos estudiantes madrileños de la 3ª promoción de la especialidad “*Julián, que trabajaba en los Servicios de Documentación de Presidencia del Gobierno, y su mujer Conchita, Miguel García Sánchez, periodista de Nuevo Diario y yo mismo. Alejandro Ávila los distribuiría en el turno de noche*” (Hernández Gordillo, 2001, pág. 8), forman en 1971, los Grupos de Trabajo de Psicología Crítica que editan dos tipos de publicaciones autofinanciados y vendidas en las Facultades de Madrid y abiertas a todas las corrientes psicológicas: *Documentos* y *Complementos* (Anexo 1). Su contenido estaba compuesto por materiales de muy diversa procedencia (de revistas o apuntes de

clases de Argentina, de traducciones, etc.). Su primer número *Psicología ¿profesión en el aire?* muestra las preocupaciones por un futuro cuando menos incierto.

En el curso 1972-73, ya en el nuevo campus de Somosaguas, se produjo la primera huelga en la Sección de Psicología de la UCM por un Plan de Estudios alternativo elaborado por una comisión mixta de estudiantes y profesores, básicamente no numerarios (PNNs), muchos de los cuales se habían curtido políticamente en el movimiento estudiantil y militaron en partidos de la oposición. Con los PNNs la actitud contestataria y reivindicativa entraba en los departamentos y juntas de Facultad y reforzaba el débil, hasta la fecha, movimiento de los profesores contra el franquismo (Aragónés, 2020). De allí surgió un frente de enseñantes muy característico durante la transición política a la democracia origen, por ejemplo, del Sindicato de Trabajadores de la Enseñanza (Fernández Buey, 1991). Estas reivindicaciones son ignoradas por las autoridades académicas del momento que provenían del campo de la filosofía y la medicina principalmente y estaban agrupados en la Sociedad Española de Psicología.

El humorista Dátile en 1972 escribía: “*Es difícil calificar el curso 1971-72. Ha sido un curso raro (...) Las horas de asamblea han sido más que las de clase. Es posible que se hayan pronunciado más discursos que en las Cortes durante el mismo periodo*” (Carrillo-Linares, 2015, pág. 61).

En el curso 1973-74, las publicaciones de los Grupos de Trabajo de Psicología Crítica pasarán a llamarse *Cuadernos de Psicología*, cuyo último número a multicopista se distribuyó en mayo de 1974 por parte de un grupo de jóvenes inconformistas que compaginaban su militancia política en organizaciones de izquierda dentro del movimiento estudiantil (partidos políticos, comités de curso, etc.) y en el incipiente movimiento de profesionales.

Ese mismo año, algunos integrantes de los Grupos de Trabajo de Psicología Crítica, que hacen un grupo de psicoterapia y un estudio sobre sexualidad con adolescentes con Nicolás Caparrós, psiquiatra crítico español con estrechos vínculos con la psicología argentina ya que su primo Antonio Caparrós era Catedrático de Psicología en la Universidad de Argentina (Hernández Gordillo, 2001), junto con otros jóvenes licenciados y estudiantes, inician el primer curso de formación en lo que será, a partir de 1975, el Grupo Quipú de Psicoterapia.

En 1974 los estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid organizan una Semana Cultural e invitan a Armando Bauleo, uno de los psicoanalistas argentinos de izquierda más destacados y a Nicolás Caparrós. En plena climax del movimiento estudiantil antifranquista ambos protagonizan un multitudinario acto estudiantil de marcado carácter político reivindicativo (Irazábal, 2021).

Desde 1974, y como consecuencia de una huelga estudiantil el año anterior en la Universidad Complutense de Madrid, se eliminó la posibilidad de acceso a la Escuela de Psicología y Psicotecnia a otros licenciados que no fueran licenciados en Psicología. Éstos nuevos licenciados solo podían cursar un año en una de las tres Secciones ya mencionadas.

En abril de 1975 los estudiantes madrileños siguen moviéndose y, como Asociación El Grupo Cultural de Psicología, organizan un II Symposium de Psicología sobre La Psicología en España con participación de las Comisiones de Psicología de la Sección de Psicología del CDLM, algún invitado como Adolfo Hernández

Gordillo, en ese momento PNN de Psicología social en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la UCM y una exposición de libros, tests, presentados por Técnicos Especialistas Asociados (TEA) y aparatos utilizados en Psicología, presentados por Material y Ediciones Psicotécnicas S. A. (MEPSA) (Gómez et al., 2025).

Desde 1952, fundada por José Germain, se editaba la *Revista Española de Psicología General y Aplicada*, única revista específica de Psicología existente durante el franquismo de carácter más general y abierto y por una nueva psicología científica, académica y profesional (Tortosa, 1989; Alcaín y Ruíz-Gálvez, 1998; Tortosa y Civera, 2001). Ahora, vinculadas a departamentos universitarios habían nacido revistas como el *Anuario de Psicología* del Departamento de Psicología de la Universidad de Barcelona en 1969 dirigido por Miquel Siguán, 1975 los *Cuadernos de Psicología* del Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona dirigidos por Silverio Barriga (Sáiz y Sáiz, 2009) o, ese mismo año, *Análisis y Modificación de Conducta* en la Universidad de La Laguna, dirigida por Vicente Pelechano (Pérez et al., 1989; Pelechano, 2013).

### Desarrollo Corporativo

El desarrollo corporativo, que culminará con la creación del Colegio de Psicólogos en 1980 (Padilla, 2008; Tortosa-Pérez et al., 2021) ya comenzó con la actividad reivindicativa llevada a cabo por los estudiantes críticos de la Sección de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras.

En abril de 1972 en Salamanca estos jóvenes ya licenciados, y algunos estudiantes acuden como grupo organizado, a la Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología (SEP), verdadero Simposio Profesional casi improvisado y paralelo a las jornadas científicas de la SEP. Allí se realizaron asambleas y reuniones de contenido específico en las que participaron unas cien personas entre profesionales, profesores de Psicología y algunos estudiantes. En ese contexto, se aprobó promover la Sección de Psicólogos en el Colegio de Doctores y Licenciados de Madrid (CDLM) frente a la propuesta de creación de una organización sindical dentro del Sindicato vertical. La SEP se autoexcluyó de esta propuesta. A su vez se constituyeron los primeros grupos de trabajo entre los recién licenciados de Madrid, Barcelona y Sevilla con la intención de actuar en adelante coordinadamente.

En abril de 1973 los grupos de trabajo constituidos en Salamanca acuden con varias ponencias al IV Congreso Nacional de Psicología que la SEP celebraba ese año en Barcelona. No sin ciertas dificultades se acaban incorporando las reivindicaciones de dichos grupos a las conclusiones del Congreso. Se aprueba un escrito, aprobado por la SEP, que fue enviado al Ministerio de Educación.

Las reivindicaciones eran:

1. Creación de puestos de trabajo específicos para psicólogos con:
  - a. reconocimiento de la categoría profesional
  - b. inclusión de la especialidad de psicología clínica en la sanidad pública
  - c. aprobación de los gabinetes de orientación en los centros escolares.
2. Configuración de un Estatuto Profesional
3. Creación de un Colegio de Psicólogos autónomo.

La creación de un Colegio de Psicólogos específico no constituía ni mucho menos el objetivo principal para aquellos primeros profesionales que lo concebían más bien como un instrumento para avanzar hacia un desarrollo profesional satisfactorio. Paralelamente había una fuerte implicación en la búsqueda, individual o en grupos, de espacios en los que dar comienzo a una práctica profesional socialmente comprometida, transformadora y aplicada a muy diversos campos.

### La Sección de Psicología en el Colegio de Doctores y Licenciados de Madrid (CDLM)

La constitución de la Sección en el CDLM, cuyas elecciones fueron ganadas por los grupos de izquierda del sector de la enseñanza, se aprueba provisionalmente el 26 de junio de 1973 con el profesor de la Complutense Víctor García-Hoz Rosales, como Diputado representante de la Sección en la Junta del CDLM y una comisión gestora provisional. En aquel primer momento hubo 300 inscritos en la Sección. Se elaboran los estatutos y se ratifica oficialmente la constitución de La Sección en Junta General del CDLM en mayo de 1974. Finalmente, el 23 de febrero de 1975 se celebran las primeras elecciones formales a la Comisión Permanente de la Sección en las que es elegido presidente César Gilolmo (Anexo 2).

El programa se resumía en los siguientes objetivos:

1. por una Psicología científica y crítica al servicio de toda la población,
2. por la independencia y la dignificación profesional,
3. por un Colegio Oficial de Psicólogos,
4. por una Facultad independiente de Psicología (Candidatura para la Comisión Permanente de la Sección de Psicólogos, 1974).

En 1975 también se creó la Sección de Psicólogos en el Colegio de Doctores y Licenciados de Barcelona (Infocop, 2005).

Los días 4 y 5 de abril de 1975 tuvo lugar en Madrid, la primera Reunión Nacional de Psicólogos de las Secciones de Madrid, Barcelona, Sevilla y Galicia (estas dos en trámites). También se le denominó Tercer Simposio Profesional. Se constituye así una Comisión Coordinadora a nivel estatal (García García, 2005). El 23 de mayo, se celebra en el CDLM de Madrid la primera reunión de la que se denominó inicialmente “Junta Coordinadora de Agrupaciones de Psicólogos” para poder incluir a otras entidades como la SEP. Ese mismo mes se hizo la primera petición formal de creación del Colegio Profesional mediante un ruego al Gobierno en las Cortes Franquistas presentado el 15 de octubre de 1975 por Ezequiel Puig, procurador por el tercio familiar (Puig, 1976) con la entrega de más de 1000 instancias personales al Presidente del gobierno mediante una cola en las dependencias del Ministerio de Presidencia. Se enviaron cartas al Ministro de Educación y al Director General de la Seguridad Social, se tuvieron diversas entrevistas en distintas dependencias de la administración con escasa o nula receptividad.

Es interesante señalar la realización, ese mismo año, de una mesa redonda con el fin de esclarecer el papel del psicólogo clínico y recabar datos para un informe a entregar al Director General de la Seguridad Social como proyecto de inclusión del psicólogo en los

Hospitales y Dispensarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad (Carrobes, et al., 1976).

En la Sección de Psicología del CDLM además de las tres clásicas Comisiones de Clínica, Educativa e Industrial se crea la Comisión de Psicología en los Barrios en la que participaron, entre otros, Paloma Gascón, Antonio Murcia y Eduardo Crespo. La comisión de barrios tuvo en este sentido un interesante carácter innovador al poner en contacto a muchos psicólogos con asociaciones vecinales y Ayuntamientos a los que acababan ofreciendo sus servicios. Miembros de dicha Comisión participan en el Primer Seminario Interprofesional sobre Problemática de la Estructura Urbana de Madrid organizado por el Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid (Comisión de Barrios de la Sección de Psicología del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid, 1975; Álvarez-Monteserín y Campos, 1982) y será un antecedente de la posterior Comisión de Psicología y Municipios creada en 1981 en la Delegación de Madrid del ya creado Colegio Oficial de Psicólogos.

### Teorías Psicológicas Emergentes

Las teorías en las que se basaba la psicología 'oficial', impartida en las recién creadas Secciones de Psicología, se enmarcaban en una universidad de raíces filosófico-tomistas y metafísicas (García-Hoz y Del Val, 1976) en la que se enseñaba una Psicología psicométrica, individualista y descontextualizada.

Las aportaciones teóricas de relevantes psicólogos, referentes de la Psicología española (Carpintero, 1994; Bandrés, 2020) sobre los que se asentó la creación de los primeros estudios universitarios en Psicología en los años 70 como Pinillos (1965; 1975), Tortosa y Calatayud (1987), Carpintero (1987), Yela (1957) y Siguán (1948) se mostraban insuficientes para los estudiantes curtidos en la crítica a lo establecido.

Este panorama provocaba la búsqueda de nuevas teorías más allá de nuestras fronteras, ya fuera 'importándolas' de países anglosajones, europeos, latinoamericanos (argentinos principalmente en lo que supuso un cierto 'retorno' del psicoanálisis a la psicología española (Buzzaqui y Duro, 2000), de la psicología soviética, o con la 'emigración' a algunos de esos países de psicólogos recién licenciados.

Teniendo como punto de partida común la crítica a la psicología académica van emergiendo en el panorama psicológico español dos modelos o formas de entender la intervención psicológica en general, y en particular en lo referido al campo de la clínica y a 'lo social': por un lado, las aproximaciones entre psicoanálisis y marxismo y por otro la autodenominada psicología científica, que incluía tanto el conductismo americano como los enfoques de la psicología soviética. Esta división entre modelos no era sino la particularización que adquiría en nuestro contexto tardofranquista las dos grandes orientaciones de la psicología a nivel mundial: el psicoanálisis y el conductismo (Duro, 2001b).

Otras teorías con menor influencia en el campo de la Psicología fueron el psicoanálisis freudiano (Gutiérrez Terrazas, 1984; Bermejo, 1994), el psicoanálisis lacaniano con presencia de Lacan en un Congreso en Barcelona en 1972 (Druet, 2014), la psicología humanista/gestáltica (Arias y Lafuente, 1989) y, en el campo educativo, las teorías piagetianas (Sos et al., 1997) o reichianas (Balbuena et al., 1996).

El acceso a estas 'nuevas' teorías emergentes en nuestro contexto, además de las publicaciones de los *Grupos de Trabajo de Psicología Crítica*, también fue posible por los libros editados por algunas editoriales ya que el franquismo, en sus estertores, relajó parcialmente la censura a los medios de comunicación. Esto permitió la circulación de materiales 'de izquierda' y así, los psicólogos, movilizados políticamente y profesionalmente, constituyeron un nuevo público para las editoriales (Nicolás, 2015), unas ya consolidadas como Paidós, Marova, Trillas, Morata, Fondo de Cultura Económica y Alianza Editorial, y otras más recientes como Fundamentos, Narcea, Blume, Fontanella, Taller Ediciones JB y Pablo del Río editores, quien junto con Amelia Álvarez, y por consejo de Zazzo, organizaron una editorial dirigida principalmente al ámbito educativo. Estas editoriales comenzaron a traducir textos de psicólogos soviéticos, en particular los de Luria, de conductistas americanos y a publicar a psicólogos españoles como Ramón Bayés (1974) (Anexo 3).

### Prácticas en Ámbitos Profesionales

Ni que decir tiene que la inserción de psicólogos en ámbitos profesionales en el final del franquismo era prácticamente inexistente.

En la Psicología industrial las prácticas profesionales eran escasas a pesar de que era frecuente encontrar a algunos de los principales psicólogos españoles de la segunda mitad del siglo XX como Yela, Siguán y Forteza, trabajando, por ejemplo, en el Departamento de psicología y recursos humanos de Standard Eléctrica, S.A., en Madrid (Alcover de la Hera, 2000), simultaneando el contexto académico con el trabajo en empresas (Peiró, 1985) o realizando actividades de formación en temas de selección de personal (Alcover de la Hera y Thomas, 2013).

En Navarra existía el Instituto de Psicología Aplicada y Psicotecnia, enmarcado dentro del Gobierno Foral y que dedicaba sus actividades a la selección de personal, la psicología escolar, los test psicotécnicos para conductores, etc. (Campanero, 2001).

Las primeras, y escasas, prácticas de psicología educativa, se centraban, desde un enfoque psicotécnico, en actuaciones de aplicación de pruebas, informes estandarizados, orientación en cursos claves y ocasionalmente en actividades de reeducación. Los protagonistas eran psicólogos que independientemente o en grupo ofrecen sus servicios y establecen relaciones laborales irregulares con asociaciones de padres de alumnos (Álvarez y del Río, 1976; Fernández Barroso, 1998). Al mismo tiempo perviven la psicología escolar aplicada desde empresas vinculadas a la edición de test, los gabinetes de psicología en algunos grandes centros escolares privados y algunos gabinetes de psicología en centros de educación especial (Gilolmo, 1988).

En Barcelona comienzan a ponerse en marcha Servicios Psicopedagógicos Municipales en Cornellá y Esplugues del Llobregat que tendrán su máximo desarrollo en la siguiente década (Bassedas y Hugret, 1983).

En las instituciones sanitarias públicas los escasos psicólogos existentes dependían de Psiquiatría y su función no pasaba de ser meros auxiliares de los psiquiatras en su gran mayoría con dedicación parcial y generalmente como asistentes voluntarios, sin percibir salario alguno.

En 1972, sustituyendo al Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) que había sido creado en 1955, se crea la

Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN) (Decreto-ley 13/1972), donde trabajan algunos psicólogos como funcionarios interinos y/o a tiempo parcial.

En algunos Hospitales Psiquiátricos de Madrid como el Hospital Alonso Vega, Ciempozuelos o San Juan de Dios, Barcelona como la Clínica Mental de Santa Coloma y el Hospital del Niño Dios, el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias y el de Navarra que dependían, o estaban concertados, con las Diputaciones provinciales también había algunos psicólogos con funciones psicodiagnósticas.

Por otro lado, en 1974, comenzaron a incorporarse psicólogos en algún Servicio de Psiquiatría de hospitales de la Seguridad Social y en otros Servicios hospitalarios (Anexo 4).

También en las cárceles hay algunos psicólogos funcionarios y, en 1974, se convocan 7 plazas para el Cuerpo Técnico de Instituciones Penitenciarias.

Como fruto de la demanda social relacionada con la atención en planificación familiar y psicosexual, surgen los primeros Centros de Planificación Familiar vinculados a Asociaciones de Vecinos/ Mujeres en los barrios de Aluche, Vallecas y San Blas (Martín, 1995). Desde la propia e incipiente organización colegial se apoyaban estas iniciativas y se comenzaba a reivindicar este campo como una de las parcelas de intervención de los psicólogos en el campo de la salud, específicamente en cuanto consejo psicológico aplicado a los problemas de pareja (Prieto, 1979).

### Agradecimientos

Agradezco las aportaciones de César Gilolmo, Adolfo Hernández Gordillo, Serafín Lemos y Carmen Bragado.

### Conflicto de Intereses

El autor no tiene conflicto de intereses.

### Referencias

- Alcáin Partearroyo, M. D., y Ruíz-Gálvez Papí, M. (1998). Evolución de las revistas españolas de Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 70, 35-42. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=785>
- Alcover de la Hera, C. M. (2000). La Psicología del Trabajo y de las Organizaciones en España: una aproximación a través de los manuales y textos introductorios. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(1), 91-126. [https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero\\_salida20210910141958706000.pdf](https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20210910141958706000.pdf)
- Alcover de la Hera, C. M., y Thomas Currás, H. (2013). La contribución de Rafael Thomas Mendaza (1915-2000) a la institucionalización de la Psicología en España en la segunda mitad del siglo XX. *Revista de Historia de la Psicología*, 34(2), 31-46. [https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero\\_salida20220923111328363000.pdf](https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20220923111328363000.pdf)
- Álvarez, A., y del Río, P. (1976). Otra psicología escolar en España. En Varios autores, *Psicología Servicio Público*. Pablo del Río, editor.
- Álvarez-Monteserín, M. A., y Campos, J. (1982). Los grupos de trabajo en Psicología de Barrios e Industrial. *Papeles del Psicólogo*, 53, 79.
- Aragónés, J. L. (2020). Un profesorado reivindicativo: los profesores no numerarios PNNs. En Varios autores. 1980-2020. 40º aniversario de la Facultad de Psicología. <https://psicologia.ucm.es/data/cont/media/www/807/40%20a%C3%B1os%20de%20la%20facultad%20de%20psicologia%20-%20Varios%20Autores.pdf>
- Arias, J., y Lafuente, E. (1989). La introducción de la psicología humanista en España: el proceso de institucionalización. *Revista de Historia de la Psicología*, 17(3-4), 95-101. [https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero\\_salida20220923111505173000.pdf](https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20220923111505173000.pdf)
- Arranz, P. (1982). Un psicólogo en un Servicio de hemofilia. *Papeles del Psicólogo*, 4-5(17-19). <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=63>
- Balbuena, F., Sánchez-Barranco, A., de Dios, J. F., y Sánchez-Barranco, P. (1996). Vera Schmidt y Alexander S. Neill: pioneros de la psicología de la educación infantil en el marco de la doctrina reichiana. *Revista de Historia de la Psicología*, 17(3-4). <https://journals.copmadrid.org/historia/art/85353d3b2f39b9c9b5ee3576578c04b7>
- Bandrés, J. (2020, January 30). History of Spanish Psychology, 1800-2000. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-672>
- Bandrés, J., y Llavona, R. (1994). La Escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad de Madrid. *Psicothema*, 16(2), 173-180. <https://www.psicothema.com/pdf/1179.pdf>
- Bassedas i Ballus, E., y Hugret i Comelles, T. (1983) Los Equipos Psicopedagógicos en Cataluña. *Papeles del Psicólogo*, 12, 13-15. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=133>
- Bayés, R. (1974). *Introducción al método científico en Psicología*. Editorial Fontanella
- Bermejo Frigola, V. (1994). La institucionalización del psicoanálisis en España en el marco de la API. *Revista de Historia de la Psicología*, 15(3-4), 49-62. <https://journals.copmadrid.org/historia/art/aa2a77371374094fe9e0bc1de3f94ed9>
- Blanco, A., y Botella, J. (1995). La enseñanza de la psicología en España a la luz de los nuevos planes de estudio. *Papeles del Psicólogo*, 62, 29-47. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=672>
- Buzzaqui, A., y Duro, J. C. (2000). Ángel Garma y el 'retorno' del psicoanálisis a la psicología española. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(2-3), 659-672. [https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero\\_salida20220923111020762000.pdf](https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20220923111020762000.pdf)
- Campanero, D. (2001). Historia de la delegación de Navarra del COP. *Papeles del Psicólogo*, 80, 63-68. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=877>
- Candidatura para la Comisión Permanente de la Sección de Psicólogos (1974). *Declaración programática de la Candidatura para la Comisión Permanente de la Sección de Psicólogos*. Madrid. <https://historiadelcolegio.copmadrid.org/es/documento/programa-de-candidatura-y-declaraci%C3%B3n-program%C3%A1tica-para-las-elecciones-comisi%C3%B3n-permanente>
- Carpintero, H. (1987). José Luis Pinillos. *Papeles del Psicólogo*, 28-29, 41-46. <https://www.papelesdelpsicologo.es/abstract?pii=309>
- Carpintero, H. (1994). *Historia de la Psicología en España*. Eudema.
- Carrillo-Linares, A. (2006). Movimiento estudiantil antifranquista, cultura política y transición política a la democracia. Pasado y Memoria. *Revista de Historia Contemporánea*, 5, 149-170. <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/df9f7b7-270c-40dc-bc04-a6a5515d9e6f/content>
- Carrillo-Linares, A. (2015). Universidades y transiciones políticas: el caso español en los años 60-70. *Espacio, Tiempo y Educación*, 2(2), 49-75. doi: <https://doi.org/10.14516/ete.2015.002.002.004>
- Carrobbles, J. A., y otros. (febrero de 1976). Suplemento Dossier Clínica. *Boletín de la Sección de Psicólogos del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid*. <https://historiadelcolegio.copmadrid.org/es/publicacion/suplemento-al-bolet%C3%ADn-de-la-secci%C3%B3n-profesional-de-psic%C3%B3logos-del-ilustre-colegio>

- Comisión de Barrios de la Sección de Psicología del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid. (1975). *La Psicología en los barrios*. <https://historiadeldelcolegio.copmadrid.org/es/documento/la-psicolog%C3%ADa-en-los-barrios-ponencia-elaborada-por-la-comisi%C3%B3n-de-barrios-de-la-secci%C3%B3n>
- Decreto-ley 13/1972, de 29 de diciembre, por el que se modifica la administración institucional de la Dirección General de Sanidad, del Ministerio de la Gobernación. *BOE*, núm. 9, de 10 de enero de 1973, 488-490. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-28>.
- Decreto 2310/1972, de 18 de agosto, por el que se crea la Universidad Nacional de Educación a Distancia. *BOE*, núm. 217, de 9 de septiembre de 1972, 16506-16507. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1972-1309](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1972-1309)
- Decreto 1974/1973, de 12 de julio, por el que se autoriza la reestructuración de las actuales Facultades de Filosofía y Letras. *BOE*, 201, de 22 de agosto de 1973, 16950-16951. <https://www.boe.es/boe/dias/1973/08/22/pdfs/A16950-16951.pdf>
- Domínguez, A. (2011). *Enrique Ruano: Memoria viva de la impunidad del franquismo*. Editorial Complutense.
- Druet, A. (2014). La psiquiatría española y Jaques Lacan antes de 1975. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 66(1), 1-10. <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/588>
- Duro, J. C. (2001a). *Discursos y prácticas profesionales de psicología social en salud comunitaria: (1970-1995)*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. <https://www.psicomundo.com.ar/salamandra/articulos/tesis.htm>.
- Duro, J. C. (2001b). Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática. Monografías profesionales. *Clínica y Salud*, 12 (número extraordinario), 5-175. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/98f13708210194c475687be6106a3b84>
- Fernández Barroso, A. (1998). Desarrollo y situación actual de la intervención del psicólogo educativo en España. *Papeles del Psicólogo*, 71(3-8) <https://www.psychologistpapers.com/resumen?pii=791>
- Fernández Buey, F. (1991). Estudiantes y profesores universitarios contra Franco. De los Sindicatos Democráticos Estudiantiles al Movimiento de Profesores No Numerarios (1966-1975). En Carreras Ares, J. J., y Ruiz Carnicer, M. A. (Eds.), *La Universidad española bajo el régimen de Franco (1939-1975)* (pp. 469-496). Zaragoza: Institución Fernando El Católico.
- García García, E. (2005). Una década de transición de la psicología en España. *Revista de Historia de la Psicología*, 26(1), 101-117. <https://journals.copmadrid.org/historia/art/8a3363abe792db2d8761d6403605aeb7>
- García-Hoz, V., y Del Val, J. (1976). ¿Es posible empeorar la enseñanza de la Psicología? *Cuadernos de Psicología* 3 (5), 28-33.
- Gilolmo, C. (1988). Psicología escolar. La evolución profesional en los últimos años. *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 90-95 <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=383>
- Gilolmo, C. (2020). *Sobre los orígenes del Colegio Oficial de Psicólogos: un testimonio personal*. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. [https://historiadeldelcolegio.copmadrid.org/sites/default/files/cesargilolmo\\_testimonios.pdf](https://historiadeldelcolegio.copmadrid.org/sites/default/files/cesargilolmo_testimonios.pdf)
- Gómez, R., Irazábal, E., y Lorenzo, L. (2025). Los años previos a 1977. En *El Grupo Operativo y la Concepción Operativa de Grupo. Cincuenta años de historia del pensamiento de Enrique Pichon Rivière y Armando Bauleo en España*. <https://area3.org.es/libro/>
- González Calleja, E. (2020). La represión de la protesta estudiantil durante el franquismo (1936-1976). *CIAN-Revista de Historia de las Universidades*, 23(1), 21-54. DOI: <https://doi.org/10.20318/cian.2020.5427>
- Gutiérrez Terrazas, J. (1984). Apuntes para un estudio sobre la historia del psicoanálisis en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4(10), 207-221. <https://doaj.org/article/e75b9a7e26494f6b9968970a4e78bcbe>
- Hernández Gordillo, A. (2001). Prólogo. Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática. Monografías profesionales. *Clínica y Salud*, 12 (número extraordinario), 7-12. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/98f13708210194c475687be6106a3b84>
- Infocop (03 Mar 2005). *Entrevista a Jaume Almenara, Decano del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña*. <https://www.infocop.es/entrevista-a-jaume-almenara-decano-del-colegio-oficial-de-psicologos-de-cataluna/>
- Irazábal, E. (2021). Nicolás Caparros. Para él o sobre él. Varios autores En *In Memoriam: Nicolás Caparrós Sánchez (1941-2021)*. *Clínica e Investigación Relacional*, 15(1), 298-314. [https://www.researchgate.net/publication/350801001\\_In\\_Memoriam\\_Nicolas\\_Caparros\\_Sanchez\\_1941-2021](https://www.researchgate.net/publication/350801001_In_Memoriam_Nicolas_Caparros_Sanchez_1941-2021)
- Martín, P. (1995). La atención en Planificación Familiar en la Comunidad de Madrid. *Sexpol*, 21, 8-15.
- Nicolás García, L. (2015). La «canonización» de Vigotski en España y Argentina (1978-1991). *Revista de Historia de la Psicología*, 36(2), 7-30. [https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero\\_salida20210913103104952000.pdf](https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20210913103104952000.pdf)
- Orden de 26 de junio de 1969 por la que se crean en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Barcelona (Sección de Filosofía) dos Subsecciones de Filosofía y de Psicología, y se aprueba el plan de estudios de esta última. *BOE*, 152, de 26 de junio de 1969, 10094. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1969-10111>
- Orden de 17 de septiembre de 1971 por la que se aprueba provisionalmente el Plan de Estudios de la Facultad de Filosofía y Letras de la Nueva Universidad Autónoma de Madrid. *BOE*, 274, de 16 de noviembre de 1971, 18454-18458. <https://www.boe.es/boe/dias/1971/11/16/pdfs/A18454-18458.pdf>
- Padilla, J. (2008). Apuntes para la historia del Colegio Oficial de Psicólogos. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(3-4), 137-143. [https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero\\_salida20220923111251472000.pdf](https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20220923111251472000.pdf)
- Padilla, J. (2019). *A finales de enero*. Tusquets Editores.
- Peiró, J. M. (1985). Perspectivas históricas y situación actual de la psicología del trabajo y de las organizaciones. *Informació Psicològica*, 23, 9-28. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1638/1583>
- Pelechano, V. (2013). Vicente Pelechano Barberá (1943- ). Autobiografía. *Revista de Historia de la Psicología*, 34(2), 47-74. [https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero\\_salida20220923111328796000.pdf](https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20220923111328796000.pdf)
- Pérez, A., Tortosa, F., y Carpintero, H. (1989). Una aproximación socio-institucional a la Historia de la Psicología en España: el caso de las revistas especializadas. *Revista de Historia de la Psicología*, 10(1-4), 213-224. <https://journals.copmadrid.org/historia/art/c559da2ba967eb820766939a658022c8>
- Pinillos, J. L. (1975). *Principios de psicología*. Alianza Editorial.
- Pinillos, J. L. (1965). *La mente humana*. Salvat Editores.
- Prieto, J. M. (1979). Psicología y Planificación Familiar. *Boletín de la Sección de Psicólogos del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid*, 1, 12.
- Puig, E. (1976). Ruego a las Cortes sobre la profesión de psicólogo. *Cuadernos de Psicología* 3 (2), 28.
- Rosa, A., y Travieso, D. (2002). La psicología académica madrileña en el tardofranquismo y la transición democrática: organización académica y productividad científica. *Revista de Historia de la Psicología*. 23(3-4),

- 553-567. [https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero\\_salida20220923111102498000.pdf](https://journals.copmadrid.org/historia/archivos/fichero_salida20220923111102498000.pdf)
- Sáiz, M., y Sáiz, D. (2009). La psicología en la Universidad Autónoma de Barcelona a través de “Cuadernos/Quaderns de Psicología”. *Quaderns de Psicología*, 11(1/2), 61-83. <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v11-n1-2-saiz1-saiz2>
- Sos, R., Molero, C., Civera, C., y Esteban, C. (1997). Las aportaciones de Jean Piaget en el ámbito de la educación española. *Revista de Historia de la Psicología*, 18(1-2), 367-377. <https://journals.copmadrid.org/historia/art/65d2ea03425887a717c435081cfc5dbb>
- Siguán, M. (1948). *Problemas Humanos del trabajo industrial*. Rialp.
- Siguán, M. (1975). La Psicología en España. *Anuario de Psicología*. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9572/12423>
- Siguán, M. (1978). La enseñanza universitaria de la psicología en España. Notas para su historia. *Anuario de Psicología*, 19, 125-138.
- Tortosa, F. (1989). La Psicología en España a través de algunas de sus revistas. *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 79-82. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=381>
- Tortosa, F., y Civera, C. (2001) Revistas y disciplina psicológica. Cien años de encuentro. *Papeles del Psicólogo*, 79, 3-14. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=858>
- Tortosa, F., y Calatayud, C. (1987) Impacto de la obra de José Luis Pinillos sobre la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 28-29. 46-51. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=310>
- Tortosa-Pérez, M., Santolaya Prego de Oliver, J., Santolaya, F., y Tortosa, F. (2021). Psicología y profesión en España. Los primeros años del Colegio Oficial de Psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 105-118. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2961>
- Travieso, D., Rosa, A., y Duro, J. C. (2001). Los comienzos de la institucionalización profesional de la psicología en Madrid. *Papeles del Psicólogo*, 80, 14-31. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=870>
- Universidades Españolas (2005). *Libro Blanco de la Psicología*. <https://www.infocoponline.es/pdf/libroblanco.pdf>
- Yela, M. (1957). *La técnica del análisis factorial, un método de investigación en psicología y pedagogía*. Biblioteca Nueva.

## Anexo 1. Publicaciones de los Estudiantes de Psicología (Madrid)

| Grupos de Trabajo de Psicología Crítica |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1971                                    | <b>Documentos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicología ¿profesión en el aire?</li> <li>• ¿Qué es la Psicología moderna?</li> <li>• Pornografía y Psicología</li> <li>• Metapsicología: inconsciente, instintos</li> <li>• Frustración y agresividad</li> <li>• Reich: antología de un heterodoxo</li> <li>• Lo cultural y lo biológico</li> <li>• Psicoanálisis: ¿ciencia o coartada?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento y lenguaje</li> <li>• La motivación</li> <li>• Reich en España</li> <li>• Educación anti-autoritaria</li> <li>• Nace una ciencia: la Psicoecología</li> <li>• Aprendizaje y personalidad</li> <li>• Mente y cerebro</li> </ul>                                                                                     |
| 1972                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wallon: ontogénesis de la personalidad</li> <li>• La televisión como agente de socialización primaria</li> <li>• Nuevas perspectivas terapéuticas</li> <li>• El psicólogo en la empresa</li> <li>• Tecnología de la conducta ¿todo el mundo en una caja? Manifiesto Skinner</li> </ul>                                                                                  | <b>Complementos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basaglia, M. Mannoni, Racamier. Psicoanalistas y Antipsiquiatría.</li> <li>• La fatiga</li> <li>• El psicoanálisis como institución</li> <li>• La labor teórica y práctica de la Psicología en España</li> <li>• La Enseñanza superior breve, ¿es una amenaza o un cambio para la universidad?</li> </ul> |
| 1973                                    | Cuadernos de Psicología                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Antipsiquiatría</li> <li>• ¿Qué es la Terapia de conducta?</li> <li>• Psicoanálisis y materialismo dialéctico</li> <li>• El origen de la actividad consciente en el hombre —Luria—</li> <li>• Perspectivas de la Psicología y Psiquiatría en Rusia, Cuba y China</li> </ul>                                                                                          | <b>Suplementos de Psicología:</b><br>En busca de una identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## Anexo 2. Juntas Directivas de la Organización Colegial

| SECCIÓN DE PSICOLOGÍA DEL COLEGIO DE DOCTORES Y LICENCIADOS EN FILOSOFÍA Y LETRAS DE MADRID |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1973                                                                                        | <b>Comisión Gestora (Provisional)</b><br>César Gilolmo (Cali) —coordinador—, Agustín Arbesú (Tino), Víctor García-Hoz Rosales, Matilde Fernández, Emilio Gamo, Antonio García Madruga, Adolfo Hernández Gordillo, Africa Melis y M <sup>a</sup> . Jesús Mohedano.      |
| 1975                                                                                        | <b>Vocal/Diputado en la Junta de Gobierno del Colegio:</b> Víctor García-Hoz Rosales.<br><b>Comisión Permanente (Elegida)</b><br><b>Presidente:</b> César Gilolmo.<br>Agustín Arbesú, Pilar Domínguez Bidagor, Emilio Gamo, Adolfo Hernández Gordillo y Paloma Gascón. |

**Anexo 3. Libros Editados**

| Editorial                     | Título y autor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fundamentos</b>            | <i>Curar con Freud</i> . S. Nacht. 1972<br><i>Psicoterapia y psicoanálisis existenciales</i> . Varios autores 1973<br><i>Lenguaje y comportamiento</i> . A. Luria. 1974<br><i>Introducción a Piaget</i> . P. G. Richmond. 1974<br><i>Terapias de la pareja y de la familia</i> . Varios autores. 1974<br><i>A partir de Marx y Freud</i> . J. F. Lyotard. 1975<br><i>Psicología y Sociología de grupo</i> . N. Caparrós y otros. 1975 |
| <b>Fontanella</b>             | <i>Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta</i> . R. P. Liberman. 1974<br><i>Introducción al método científico en Psicología</i> . Ramón Bayés. 1974<br><i>La conducta de los organismos</i> . B. F. Skinner. 1975<br><i>Sobre el conductismo</i> . B. F. Skinner. 1975<br><i>Fundamentos de psicología</i> . S. F. Keller, y W. N. Schoenfeld. 1975                                                                       |
| <b>Narcea</b>                 | <i>Textos de psicología del niño y del adolescente</i> . J. Leif y P. Juif. 1975                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Blume</b>                  | <i>Psicología Contemporánea (Selecciones de Scientific American)</i> . Varios autores. 1975                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Laia</b>                   | <i>Procesos de maduración en el niño</i> . D. W. Winnicott. 1975                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Taller Ediciones JB</b>    | <i>Pequeño libro de una gran memoria</i> . AR. Luria. 1973<br><i>Introducción a la investigación en psicopatología</i> . B. Maher. 1974<br><i>Psicología del aprendizaje aplicada a la enseñanza</i> . B. Richard. Bugelski. 1974<br><i>Ensayos críticos al psicoanálisis</i> . S. Rachmann. 1975<br><i>Terapia de conducta</i> . H. R. Beech. 1975                                                                                   |
| <b>Pablo del Río editores</b> | <i>El diagnóstico de la debilidad mental: débiles normales débiles patológicos</i> . 1973                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Anexo 4. Centros Públicos y Profesionales**

| Centros de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1971-1975</b>                                                         | Instituto Médico-Pedagógico Fray Bernardino, luego Hospital Psiquiátrico Infantil Fray Bernardino (Madrid). 1 psicólogo.<br>Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés (Madrid). Pedro Pérez García.<br>Dispensario Antiepiléptico de Madrid. Vicente Pelechano y Carmen Bragado.<br>Centro de Conducta de Maudes (Madrid). Teresa Monsalve Aulestiarre (Jefe de Sección), Pilar Jimeno Moreno y M <sup>a</sup> Amor Fernández Álvarez.<br>Servicio de Investigación. M <sup>a</sup> . Dolores Ramírez Cutillas.<br>3 Dispensarios Antialcohólicos de Madrid. Rosa Calvo en el de Francisco Silvela y Carmen Solano en el de Vallecas.<br>Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica a razón de uno por ciudad en toda España (Madrid tenía 5). |
| <b>Otros Servicios de Hospitales públicos</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>1973-75</b>                                                           | Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias. Serafín Lemos como Jefe de Servicio y Carlos Peña Martín como psicólogo adjunto.<br>Servicio de Psiquiatría del Hospital de La Paz de Madrid. Rosa Calvo.<br>Servicio de Hematología y Hemoterapia de Hospital de La Paz. Pilar Arranz (1982).<br>Departamento de Medicina Psicosomática y Psicología en el Gran Hospital de Madrid. Miguel Costa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Artículo

# Deterioro Cognitivo Subjetivo Como Marcador Preclínico de Demencia: una Revisión Teórica y Marco Conceptual de Estudios Longitudinales en Adultos Mayores

Vanesa Pérez<sup>1,2</sup> , Daniela Batallas<sup>1</sup> , Vanesa Hidalgo<sup>1,3</sup>  y Alicia Salvador<sup>1,4</sup> 

<sup>1</sup> Laboratorio de Neurociencia social cognitiva, Departamento de Psicobiología, IDOCAL, Universidad de Valencia, Valencia, España

<sup>2</sup> Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Logroño, La Rioja, España

<sup>3</sup> Departamento de Psicología y Sociología, Area de Psicobiología, Universidad de Zaragoza, Teruel, España

<sup>4</sup> Red Española de Investigación en Salud Mental CIBERSAM, Madrid, España

## INFORMACIÓN

Recibido: Octubre 2, 2025

Aceptado: Febrero 20, 2026

### Palabras clave

Envejecimiento

Adultos mayores

Deterioro cognitivo subjetivo

Estudios longitudinales

## RESUMEN

El deterioro cognitivo subjetivo (DCS) es la percepción persistente de un declive cognitivo, particularmente de la memoria, en ausencia de déficits objetivos. La evidencia respalda su papel como posible marcador preclínico dentro del continuo de la enfermedad de Alzheimer (EA). En los últimos años, el campo ha crecido e impulsado el desarrollo de nuevos marcos de investigación y enfoques metodológicos. Esta revisión teórica sintetiza los avances más recientes y las principales contribuciones en áreas clave. Se incluyeron exclusivamente estudios longitudinales, lo que permite establecer relaciones temporales entre la presencia de DCS y la progresión hacia deterioro cognitivo. Se destacan investigaciones que analizan la asociación entre el DCS y el rendimiento en pruebas cognitivas objetivas, así como variables sociodemográficas y psicosociales, incluyendo diferencias por sexo y grupo étnico. Asimismo, se revisan hallazgos recientes que exploran la relación del DCS con biomarcadores neurobiológicos obtenidos mediante técnicas de neuroimagen y análisis de fluidos biológicos. A partir de esta evidencia, se propone una guía preliminar de evaluación integral orientada a la práctica profesional con el objetivo de mejorar la detección temprana. En conjunto, estos hallazgos perfilan el DCS como un marcador temprano de riesgo dentro del continuo de la EA. Así, resulta crucial avanzar hacia criterios más homogéneos y enfoques integradores que consideren variables clínicas, biológicas, cognitivas y psicosociales, con el fin de mejorar su valor diagnóstico y pronóstico.

## Subjective Cognitive Decline as a Preclinical Marker of Dementia: A Theoretical Review and Conceptual Framework of Longitudinal Studies in Older Adults

## ABSTRACT

Subjective cognitive decline (SCD) refers to a persistent self-perception of deteriorating cognitive function, particularly in memory, despite normal performance on standardized neuropsychological assessments. Increasing evidence supports its role as a potential preclinical marker of the Alzheimer's disease (AD) continuum. In recent years, the field has witnessed substantial growth, prompting the development of novel research frameworks and methodological approaches. This theoretical study synthesizes recent advances and key findings from longitudinal studies, which offer critical insights into the temporal relationship between SCD and progression to clinically defined stages of cognitive impairment. The literature consistently reports associations between SCD and subtle declines in objective cognitive performance, as well as the influence of sociodemographic and psychosocial factors, including differences related to sex and ethnicity. Additionally, emerging data link SCD with alterations in neurobiological biomarkers assessed through neuroimaging and fluid-based analyses, reinforcing its relevance as an early indicator of pathological aging. Based on this body of evidence, a preliminary comprehensive evaluation framework for clinical practice is proposed to improve early detection. Together, these findings underscore the need for standardized diagnostic criteria and integrative models that encompass the clinical, biological, cognitive, and psychosocial domains to enhance the predictive and diagnostic value of SCD in the context of neurodegenerative disease.

### Keywords

Aging

Older adults

Subjective cognitive decline

Longitudinal studies

Cómo citar: Pérez, V., Batallas, D., Hidalgo, V., y Salvador, A. (2026). Deterioro cognitivo subjetivo como marcador preclínico de demencia: una revisión teórica y marco conceptual de estudios longitudinales en adultos mayores. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 47(3), 223-231. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2026.47.24>

Autor de correspondencia: Vanesa Pérez [joana.v.perez@uv.es](mailto:joana.v.perez@uv.es) 

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC-ND

## Envejecimiento Poblacional y Detección Temprana del DCS: Criterios, Controversias y Actualizaciones

Actualmente, más de 55 millones de personas en todo el mundo viven con demencia. Esta cifra podría triplicarse para el año 2050 como consecuencia de los cambios previstos en la estructura demográfica global (OMS, 2021). Dado que actualmente no existe ningún tratamiento efectivo, los esfuerzos se centran en frenar el desarrollo de la enfermedad e incrementar la calidad de vida de quienes afrontan esta condición. En este contexto, el deterioro cognitivo subjetivo (DCS) ha adquirido relevancia como posible marcador temprano del deterioro cognitivo leve (DCL), con implicaciones clave para la detección temprana y la intervención preventiva (Marafioti et al., 2025).

El DCS se caracteriza por una disminución auto-percibida y constante en la capacidad cognitiva en comparación con un estado cognitivo previamente normal (Jessen et al., 2020). Los criterios estandarizados para el DCS fueron establecidos en 2014 por el grupo de Iniciativa de Deterioro Cognitivo Subjetivo destacando una percepción personal de declive en la capacidad cognitiva que abarcan diversos dominios cognitivos más allá de la memoria, junto con un rendimiento normal en pruebas estandarizadas utilizadas para diagnosticar el DCL (Jessen et al., 2014). Desde entonces, se han propuesto mejoras a estos criterios, como la inclusión de cuestionarios de autoinforme y de informantes, así como una mayor atención al DCS en personas con alta reserva cognitiva, considerando variables como el nivel educativo (Molinuevo et al., 2017).

A pesar de estos avances, el término DCS a menudo se emplea de manera inconsistente en distintos estudios, utilizando diferentes denominaciones como quejas subjetivas de memoria, quejas subjetivas cognitivas o deterioro de la memoria subjetiva (Jessen et al., 2020; Molinuevo et al., 2017). Aunque persiste cierto debate en la literatura científica sobre si el DCS constituye un estado prodromico del DCL o de la demencia, investigaciones recientes han identificado correlatos clínicos y neurobiológicos que respaldan esta hipótesis (para una revisión ver Pérez-Blanco et al., 2022). Esta controversia se debe, en parte, a la naturaleza transversal de muchos estudios, que limita la posibilidad de establecer relaciones causales. En este sentido, los estudios longitudinales resultan esenciales para establecer relaciones temporales entre la presencia de DCS y la progresión hacia estadios clínicos de deterioro, lo que permite evaluar con mayor precisión su valor como marcador temprano (An et al., 2024).

Desde esta perspectiva, una revisión sistemática que analizó 32 estudios longitudinales en adultos mayores cognitivamente sanos observó que tanto la combinación de síntomas como la intensidad del DCS, medida por la frecuencia o cantidad de quejas, se asociaban de forma más robusta con el riesgo de progresión clínica que los síntomas individuales, independientemente del instrumento utilizado para su evaluación (Robertson y Jacova, 2023). En la misma línea, otra revisión que incluyó 46 estudios longitudinales con más de 74.000 participantes concluyó que el DCS representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de DCL y enfermedad de Alzheimer (EA) (Pike et al., 2022).

En este contexto, este trabajo tiene como objetivo sintetizar la evidencia más reciente proveniente de estudios longitudinales que han evaluado la relación entre el DCS y el riesgo de progresión hacia demencia. Para ello, se revisan investigaciones que han

incorporado medidas objetivas de rendimiento neuropsicológico, factores psicosociales, biomarcadores y hallazgos de neuroimagen. Este enfoque multidimensional permite examinar el valor predictivo del DCS desde distintas perspectivas y valorar su posible papel como manifestación inicial dentro del continuo de la EA.

## Factores Neuropsicológicos y Riesgo de Deterioro en Personas con DCS

Diversos estudios han analizado cómo ciertos factores neuropsicológicos influyen en la progresión del deterioro cognitivo en personas con DCS, identificando perfiles de riesgo. En este contexto, el estudio longitudinal de Pereiro et al. (2021) realizado con 253 personas de entre 50 y 87 años mostró que los adultos mayores con DCS más severo presentaban una mayor probabilidad de progresar hacia DCL o hacia un empeoramiento general del estado cognitivo. El análisis predictivo, basado en el aprendizaje automático, indicó que un punto de corte bajo resultaba más eficaz para discriminar riesgo de progresión. Las variables predictivas más relevantes fueron el rendimiento en memoria, la reserva cognitiva, el estado de salud general y la estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo.

En la misma línea, Brundage y Holtzer (2023) evaluaron a 454 personas con una edad media de 75,6 años mediante entrevista telefónica bimensual. Clasificaron el DCS como persistente (más de dos quejas reportadas) o no persistente (una o dos quejas). Ambos tipos se asociaron significativamente con un mayor riesgo de desarrollar DCL en comparación con quienes no reportaron quejas. Estos hallazgos se refuerzan con el estudio de Numbers et al. (2021) quienes, en una cohorte de 873 personas con una edad media de 78,6 años, hallaron que un aumento progresivo del DCS durante seis años se vinculó con un mayor deterioro en la cognición global, incluso controlando por edad, estado de ánimo y personalidad. Un incremento anual de un punto en el DCS se asoció con un riesgo casi cuatro veces mayor de desarrollar demencia en un plazo de diez años. Ampliando esta evidencia, Li et al. (2022) analizaron una muestra combinada de 1.010 adultos con DCS y 535 sin DCS con una edad media de 70 años. En el análisis transversal, los participantes con DCS mostraron un rendimiento cognitivo menor, especialmente en memoria y funciones ejecutivas. Longitudinalmente, el DCS inicial se asoció con un mayor riesgo de deterioro cognitivo objetivo, incluso controlando variables sociodemográficas y emocionales.

En otro estudio, Liu et al. (2024) investigaron el impacto del deterioro de memoria informado por un informante en adultos con DCS con edad media de 69,5 años durante un seguimiento de siete años. El 41 % de los 90 participantes presentó deterioro de memoria informada por un informante al inicio. Este grupo mostró mayor sintomatología depresiva y peor rendimiento en diversas pruebas cognitivas como la evaluación cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment/MoCA), la prueba de dígitos en orden directo, razonamiento y emparejamiento visual, y la subprueba de compleción de imágenes de la WAIS-PC. A lo largo del seguimiento, el 54 % del grupo con deterioro de memoria informada por un informante progresó a DCL o demencia, frente al 22,6 % del grupo que no tuvo informantes.

Estos resultados se alinean con otras investigaciones que subrayan el valor pronóstico de factores neuropsicológicos y psicosociales. Por ejemplo, Yun et al. (2021) realizaron una

evaluación neuropsicológica exhaustiva de 107 adultos mayores sanos durante cinco años. De ellos, 61 desarrollaron demencia. Un mejor desempeño en tareas de memoria se asoció con menor riesgo de conversión. Además, la menor participación social también se relacionó con mayor riesgo de demencia. En contraste con estos hallazgos, [Sabatini et al. \(2022\)](#) analizaron a 1.531 adultos mayores con una edad media de 73 años y encontraron que un mayor DCS no predijo cambios objetivos en la cognición global ni en memoria remota o reciente, pero sí se asociaron con puntuaciones más bajas en tareas de aprendizaje.

Los estudios revisados coinciden en señalar que, en adultos mayores con DCS, determinados factores neuropsicológicos y psicosociales desempeñan un papel relevante en la predicción de la progresión hacia el DCL. Entre las variables con mayor poder predictivo se encuentran el bajo rendimiento en tareas de memoria, una menor reserva cognitiva, la presencia de sintomatología depresiva y la persistencia o validación externa de las quejas cognitivas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar evaluaciones longitudinales y enfoques multifactoriales que permitan una identificación más precisa y temprana de los perfiles de riesgo. Sin embargo, la evidencia no es completamente homogénea. Por ejemplo, [Sabatini et al. \(2022\)](#) reportaron una ausencia de asociación entre la presencia de DCS y el deterioro cognitivo objetivo, lo que pone de manifiesto la heterogeneidad clínica del constructo DCS. Estas discrepancias ponen de manifiesto la necesidad de utilizar instrumentos neuropsicológicos más sensibles, así como períodos de seguimiento más prolongados, que permitan detectar cambios cognitivos sutiles no captados por evaluaciones cognitivas globales.

En esta línea, el estudio de [Elkana et al. \(2015\)](#) aporta evidencia empírica relevante al demostrar que, incluso en adultos mayores con alto nivel educativo, ciertos instrumentos neuropsicológicos como el test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey, la fluidez verbal semántica, la copia la figura compleja de Rey y el test de evaluación cognitiva MoCA son más sensibles que otras pruebas generales para detectar deterioro cognitivo incipiente en un seguimiento de 12 meses. Los autores subrayan la importancia de seleccionar pruebas con alta sensibilidad y de considerar la reserva cognitiva al interpretar los resultados, dado que los individuos con alta educación pueden mantener un rendimiento dentro de rangos normales pese a presentar cambios neurodegenerativos subyacentes.

En manera conjunta, los datos revisados respaldan la relevancia de una caracterización integral del perfil neuropsicológico, el monitoreo longitudinal del DCS y la inclusión de factores psicosociales para optimizar la precisión diagnóstica y pronóstica. Estos enfoques resultan fundamentales para la detección precoz de individuos con mayor probabilidad de conversión a DCL o demencia, y para el diseño de estrategias preventivas personalizadas en etapas clínicas tempranas.

### Factores Sociodemográficos y Psicosociales Asociados al DCS

Diversos factores sociodemográficos (p. ej., antecedentes familiares de demencia, sexo, etnia) y psicosociales (p. ej., estatus social percibido, rasgos de personalidad, depresión, ansiedad), así como características clínicas como la persistencia de los síntomas de DCS a lo largo del tiempo, han mostrado influir en la relación entre el DCS y el riesgo de desarrollar DCL o demencia.

Un ejemplo de esto lo aporta un estudio que llevó a cabo un análisis transversal y longitudinal en una muestra poblacional de 3.256 participantes con una edad media de 79,6 años, durante un periodo de seguimiento de hasta 13 años. En el análisis transversal, los participantes con DCS mostraron una mayor probabilidad de reportar antecedentes familiares de demencia. Por otro lado, el análisis longitudinal reveló que dichos antecedentes familiares se asociaron significativamente con el desarrollo posterior de demencia, pero únicamente en el grupo con DCS, y no en aquellos sin DCS ([Heser et al., 2023](#)). Complementando esta evidencia [Liew \(2020a\)](#) realizó un estudio longitudinal con 5.661 personas con una edad media 75 años e identificó 3 trayectorias del DCS basado en 4 visitas anuales. Sin DCS (aquellos que no reportaron DCS en ninguna de las 4 visitas anuales), DCS intermitente (aquellos que reportaron DCS en aproximadamente 1 a 2 visitas anuales), y DCS persistente (aquellos que reportaron DCS en aproximadamente 3 a 4 visitas anuales). En comparación con aquellos sin DCS, el DCS intermitente se asoció con un mayor riesgo de DCL y demencia, mientras que el DCS persistente presentó el riesgo más elevado de todos los grupos.

En relación con el sexo, un estudio con 3.019 adultos mayores sanos evaluó la trayectoria cognitiva y la conversión a DCL o demencia durante un seguimiento de 4,5 años. Las personas con DCS presentaron una mayor tasa de conversión a DCL o demencia, siendo esta asociación más marcada en mujeres. En mujeres, el DCS se asoció con un declive significativo en dominios cognitivos como la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Además, las mujeres con DCS mostraron un mayor riesgo de progresión clínica que los hombres, incluso tras controlar por factores genéticos y psicológicos ([Oliver et al., 2022](#)).

En cuanto a la etnia, [Chapman et al. \(2023\)](#) realizaron un estudio longitudinal con 1.237 adultos mayores sanos con edad promedio de 69 años de diversas etnias. Durante los años de seguimiento, encontraron que el DCS se asociaban con mayor riesgo de desarrollar DCL o demencia, incluso tras ajustar por factores sociodemográficos, la presencia del alelo APOE ε4, comorbilidades médicas y síntomas depresivos. Esta asociación fue consistente en todos los grupos étnicos del estudio (blancos no latinos, negros no latinos y latinos). Además, el DCS se asoció con un deterioro objetivo del rendimiento cognitivo a lo largo del tiempo, especialmente cuando era reportado de manera persistente en el tiempo. En la misma línea, [Boza-Calvo et al. \(2024\)](#) evaluaron la progresión de DCS a DCL en 188 adultos hispanos y blancos no hispanos, en dos momentos: al inicio y tras dos años. Las personas hispanas mostraron mayor riesgo de desarrollar DCL, junto con más síntomas depresivos desde el inicio, los cuales se intensificaron con el tiempo. También reportaron más DCS, especialmente en concentración, memoria pasada y funcionamiento diario. En cuanto al rendimiento cognitivo objetivo, la etnia hispana se asoció con un mayor deterioro en pruebas como el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), MoCA, Trail Making test A y B, y el recuerdo diferido del párrafo de Guild.

En relación con factores psicosociales, [Hopper et al. \(2023\)](#), en un estudio con 12.694 participantes, encontraron que factores como la depresión, el estatus social percibido y los rasgos de personalidad se relacionan significativamente con el DCS. El estudio sugiere que el DCS no solo refleja cambios cognitivos, sino también aspectos de la salud mental. Un mayor afecto negativo se asoció con una

percepción más negativa del propio funcionamiento cognitivo. Además, quienes percibían un estatus social más alto reportaron menos DCS, lo que indica un posible efecto protector del entorno psicosocial. En cuanto a la personalidad, los cinco grandes rasgos se asociaron con menor riesgo de DCS, siendo la escrupulosidad y la estabilidad emocional los factores más fuertemente vinculados a una menor prevalencia.

La ansiedad también se ha vinculado al DCS en adultos mayores. En un estudio con 14.066 personas sanas mayores de 50 años, [Liew \(2020b\)](#) encontró que tanto la ansiedad como el DCS se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de desarrollar DCL o demencia. El riesgo fue especialmente alto en quienes presentaban ambos factores coexistentes (ansiedad y DCS), pues aumentaron la probabilidad de progresión a DCL o demencia al 25 % en un promedio de 3,1 años, en comparación con 8,2 años en quienes no presentaban ninguno de los dos.

Los hallazgos revisados indican que el DCS constituye un marcador clínico relevante del riesgo de progresión a DCL y demencia, especialmente cuando se presenta en combinación con ciertos factores individuales. Entre estos, destacan los antecedentes familiares de demencia, la persistencia del DCS en el tiempo, el sexo femenino y la pertenencia a grupos étnicos minoritarios. Estos últimos enfrentan desafíos adicionales relacionados con el DCS, posiblemente influenciados por factores estresantes externos, barreras culturales y desigualdades en el acceso a servicios de salud, lo que podría limitar una detección e intervención tempranas.

Además, condiciones de salud mental como la depresión y la ansiedad se asocian de forma consistente con un mayor riesgo de conversión clínica. Asimismo, factores psicosociales como la percepción del estatus social y ciertos rasgos de personalidad como la escrupulosidad y la estabilidad emocional parecen modular la expresión y evolución del DCS, lo que sugiere la existencia de un componente afectivo-cognitivo subyacente en su manifestación.

En suma, estos resultados subrayan la importancia de considerar el DCS desde un enfoque multidimensional, que integre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, para una identificación más precisa de perfiles de riesgo. La identificación temprana, especialmente en poblaciones vulnerables, junto con estrategias de prevención culturalmente sensibles, representa una vía clave para mitigar el riesgo de progresión a demencia.

### **Biomarcadores Plasmáticos, Genéticos y Neuroimagen en la Progresión del DCS**

Un estudio realizado por [Hong et al. \(2022\)](#) analizó las trayectorias cognitivas durante 24 meses en adultos mayores con DCS, comparando a quienes presentaban carga amiloide positiva ( $A\beta+$ ) con aquellos con carga negativa ( $A\beta-$ ). Se incluyeron 47 participantes de 50 años o más, quienes se sometieron a pruebas neuropsicológicas, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones (PET) para medir la carga de amiloide y los volúmenes cerebrales regionales. Los resultados mostraron que el grupo  $A\beta+$ DCS presentó un deterioro más acelerado de la memoria verbal en comparación con el grupo  $A\beta-$ DCS, incluso después de ajustar por edad. Aunque las diferencias en la disminución de puntuaciones en el MMSE no fueron estadísticamente significativas, la tendencia fue más marcada en el grupo  $A\beta+$ DCS. Además, tanto la carga

amiloide como el rendimiento inicial en memoria se asociaron con un mayor deterioro cognitivo. Ampliando la evidencia sobre el papel de los biomarcadores en la evolución del DCS, [Hong et al. \(2023\)](#) realizaron un estudio longitudinal con 120 adultos mayores de 60 años o más, con un seguimiento de 24 meses. De los participantes, 107 completaron las evaluaciones de seguimiento y un subgrupo (18,5 %) fue  $A\beta+$ . Este subgrupo era significativamente mayor y presentaba una mayor proporción de portadores de APOE  $\epsilon 4$  en comparación con los participantes  $A\beta-$ . Aunque no se observaron diferencias cognitivas en la línea basal, el grupo  $A\beta+$  mostró puntuaciones más bajas en el Seoul Verbal Learning Test. Tras dos años, este grupo presentó niveles plasmáticos elevados de p-tau181 y reducciones de volumen en regiones cerebrales clave, incluido el hipocampo, la corteza entorrinal y el globo pálido, lo que se asoció con mayores descensos en la memoria verbal y las funciones ejecutivas.

En consonancia con estos hallazgos, [Ebenau et al. \(2022\)](#) realizaron un estudio de cohorte longitudinal que incluyó a 401 personas con DCS, con un seguimiento medio de  $4 \pm 3$  años. Estos investigadores destacaron el valor de integrar biomarcadores moleculares con medidas estructurales obtenidas por neuroimagen para mejorar la predicción del curso clínico en individuos con DCS. En su análisis de cinco biomarcadores (t-tau en líquido cefalorraquídeo, atrofia del lóbulo temporal medial, volumen hipocampal, neurofilamento de cadena ligera [NfL] y proteína ácida fibrilar glial [GFAP]), todos mostraron capacidad predictiva, aunque solo el volumen hipocampal, NfL y GFAP ofrecieron un valor adicional más allá de los marcadores clásicos de amiloide y tau. Concretamente, niveles basales más altos de NfL y GFAP, así como una reducción del volumen hipocampal, se asociaron con un mayor riesgo de conversión a DCL o demencia. Complementando esta evidencia, otro estudio centrado en biomarcadores estructurales desarrolló un modelo predictivo para estimar el riesgo de progresión del DCS a DCL a lo largo de un seguimiento de siete años. El estudio incluyó a 76 adultos mayores, de los cuales 24 progresaron a DCL mientras que 52 permanecieron cognitivamente estables. El modelo multivariante integró variables clínicas, puntuaciones en pruebas cognitivas y medidas de neuroimagen, incluyendo el volumen hipocampal y el espesor cortical en regiones clave. Los predictores más sólidos de progresión a DCL fueron un bajo nivel educativo, una puntuación basal baja en MoCA, una amígdala izquierda reducida y una sustancia blanca aumentada en los bordes del surco temporal superior derecho ([Yue et al., 2021](#)).

Los estudios revisados refuerzan la relevancia de integrar biomarcadores plasmáticos con técnicas de neuroimagen para una caracterización más precisa de los procesos neurodegenerativos en el DCS. Esta aproximación permite una detección más sensible de alteraciones estructurales, funcionales y moleculares, y constituye una estrategia prometedora para mejorar la predicción de la progresión clínica hacia etapas más avanzadas del deterioro cognitivo.

Además de los hallazgos de estudios que emplean neuroimagen y biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, investigaciones recientes han destacado la relevancia de biomarcadores plasmáticos y los factores genéticos para mejorar la estratificación del riesgo y predecir la progresión clínica en personas con DCS. En esta línea, [Perna et al. \(2023\)](#) llevaron a cabo un estudio longitudinal de gran escala que siguió a 6.357 adultos con una edad media de 62 años

durante 17 años. Los resultados indicaron que la presencia de DCS persistente, junto con niveles elevados de la GFAP en sangre y la presencia del alelo APOE  $\epsilon 4$ , se asoció con un mayor riesgo de desarrollar demencia por cualquier causa.

La acumulación de A $\beta$  en el cerebro, cuando coexiste con DCS, también se ha vinculado con una progresión acelerada hacia el deterioro cognitivo. En un estudio multinacional, [Shao et al. \(2024\)](#) evaluaron a 821 participantes de cohortes alemanas y chinas, encontrando que las personas con DCS y A $\beta$ + experimentaban un deterioro más rápido que aquellas pero sin acumulación de A $\beta$ , independientemente del instrumento de evaluación o del contexto cultural. En esta misma línea, [Stockmann et al. \(2020\)](#) analizaron muestras de plasma de 203 personas con DCS con una edad media de 61 años y observaron que el mal plegamiento de la proteína de A $\beta$  predecía con alta precisión la progresión a DCL o demencia. Este es un proceso en el que la proteína adopta una conformación patológica que favorece su agresión en placas. En combinación con el cociente A $\beta$ 42/40, un indicador cuyo descenso se asocia con mayor depósito cerebral de amiloide, se logró una mayor capacidad predictiva. Este resultado resalta la utilidad de combinar propiedades estructurales y cuantitativas del amiloide en sangre como marcadores predictivos.

Diversos estudios han puesto de manifiesto el papel modulador de los factores genéticos en el riesgo asociado al DCS. [Kang et al. \(2024\)](#), en una cohorte comunitaria de 3.585 adultos mayores con una edad media de 68 años seguidos durante 12 años, encontraron que el DCS antecedía en promedio al DCL por 4,4 años, a la EA por 6,8 años y a la demencia por 6,9 años. Los análisis multivariados mostraron asociaciones significativas entre el DCS y la progresión a DCL, EA y demencia, incluso tras ajustar por el alelo APOE  $\epsilon 4$  y la puntuación poligénica de riesgo. De forma complementaria, [Liew \(2022\)](#) analizó datos de una cohorte de 16.221 personas con una edad media de 71 años y concluyó que la combinación de DCS y presencia del alelo APOE  $\epsilon 4$  incrementaba significativamente el riesgo de conversión a DCL o demencia, especialmente en mujeres mayores de 70 años.

Finalmente, el estudio longitudinal de [Amariglio et al. \(2024\)](#) siguió a 1.147 adultos cognitivamente sanos, pero con niveles elevados de A $\beta$  cerebral. Se evaluó la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo mediante autoinforme y evaluación de un acompañante, junto con medidas objetivas como el Preclinical Alzheimer Cognitive Composite. Ambos tipos de informe reflejaron un deterioro funcional progresivo; sin embargo, la asociación entre los informes subjetivos y el deterioro objetivo fue más fuerte en los reportes de los acompañantes, particularmente en aquellos participantes con mayor carga amiloide basal. Estos resultados sugieren que los observadores externos pueden captar con mayor sensibilidad los cambios funcionales sutiles que podrían pasar desapercibidos para el propio individuo.

Aunque los biomarcadores plasmáticos y de neuroimagen estructural como la carga amiloide, atrofia hipocampal, grosor cortical y presencia del alelo APOE  $\epsilon 4$ , han demostrado ser poderosos predictores de progresión del DCS a DCL, su elevada complejidad y costo limitan su implementación rutinaria en entornos clínicos y comunitarios. En este contexto, métodos alternativos más asequibles como la electroencefalografía (EEG) se presentan como instrumentos prometedores. El uso de EEG ofrece beneficios significativos ya que es no invasivo, portátil, de

bajo coste y capaz de detectar cambios funcionales antes de que aparezcan síntomas clínicos ([Babiloni et al., 2020](#)). No obstante, se necesitan estudios longitudinales de mayor alcance que respalden su capacidad predictiva, ya que el EEG tiene el potencial de convertirse en una herramienta valiosa para la detección temprana del deterioro cognitivo en personas con DCS, especialmente si se valida en combinación con otros biomarcadores.

### **Propuesta de Procedimiento de Evaluación del DCS en la Práctica Profesional**

A partir de la evidencia analizada en la presente revisión, y con el propósito de dotar al profesional de la Psicología de herramientas diagnósticas, se propone un modelo preliminar de evaluación integral. Esta propuesta no constituye un protocolo diagnóstico cerrado, sino una guía estructurada para la toma de decisiones clínicas, basada en la integración de la evidencia procedente de los estudios longitudinales revisados.

#### ***Fase 1. Evaluación Estandarizada de la Queja Cognitiva Subjetiva***

La evaluación debe iniciarse superando la mera pregunta abierta sobre la memoria ¿Tiene usted problemas de memoria? Se recomienda utilizar instrumentos psicométricos estandarizados que permitan cuantificar la percepción del paciente y su entorno cercano mediante puntos de corte validados. En esta línea, se propone el uso del Subjective Cognitive Decline Questionnaire (SCD-Q; [Rami et al., 2014](#)), que evalúa el declive percibido en los últimos dos años, tanto por el sujeto como por un informante fiable. Puntuaciones superiores a 7 en el autoinforme y superior a 5 para el reporte del informante indican un nivel de riesgo que justifica seguimiento clínico.

Complementariamente, se recomienda el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE-30), validado en población española ([Lozoya-Delgado et al., 2012](#)). Una puntuación superior a 36 permite identificar una repercusión funcional significativa en la vida cotidiana, contribuyendo a diferenciar el DCS de los fallos mnésicos benignos asociados al envejecimiento.

#### ***Fase 2. Validación Externa de la Queja Cognitiva Subjetiva***

Dada la naturaleza del DCS, la evaluación no debe basarse solo en la autopercepción. La inclusión de un informante fiable (familiar, cónyuge o cuidador) resulta clave para validar la persistencia, frecuencia y repercusión funcional de las quejas cognitivas. La evidencia revisada indica que el reporte del informante aporta un valor predictivo adicional sobre la progresión clínica, especialmente cuando confirma el declive percibido por el propio sujeto ([Jessen et al., 2014](#); [Molinuevo et al., 2017](#); [Rami et al., 2014](#)).

#### ***Fase 3. Evaluación Neuropsicológica Sensible al Deterioro Incipiente***

En presencia de DCS clínicamente relevante, se recomienda la administración de una batería neuropsicológica sensible, evitando únicamente pruebas de cribado global. Deben priorizarse instrumentos con capacidad para detectar cambios sutiles en

memoria episódica, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y fluidez verbal.

La interpretación del rendimiento cognitivo debe realizarse teniendo en cuenta la reserva cognitiva del individuo, dado su papel modulador en la expresión clínica del deterioro cognitivo. En este sentido, se recomienda la utilización de la Escala de Reserva Cognitiva (León et al., 2014), que evalúa la frecuencia de participación en actividades cognitivamente estimulantes a lo largo de la vida. La escala consta de 24 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: actividades de la vida diaria, formación/Información, Ocio/Aficiones y vida social. Asimismo, se recomienda el uso del Cuestionario de Reserva Cognitiva (Rami et al., 2011), compuesto por ocho ítems que miden diversos aspectos de la actividad intelectual de la persona a lo largo de la vida. De manera complementaria, pueden incorporarse medidas proxy de reserva cognitiva, como los años de escolaridad y el nivel educativo alcanzado.

La interpretación de los resultados debe apoyarse en puntos de corte normativos ajustados por edad y nivel educativo, así como en el análisis del perfil cognitivo global priorizando patrones de funcionamiento y cambios longitudinales sobre déficits aislados.

#### **Fase 4. Evaluación de Factores Emocionales, Sociodemográficos y Psicosociales**

La evaluación del DCS debe integrar variables emocionales y psicosociales, dado su papel modulador en la expresión de la queja cognitiva. Se recomienda valorar síntomas de depresión y ansiedad, nivel de participación social y soledad percibida, estatus social percibido, antecedentes familiares de demencia y características

sociodemográficas relevantes (sexo, nivel educativo, contexto cultural).

#### **Fase 5. Integración de Biomarcadores**

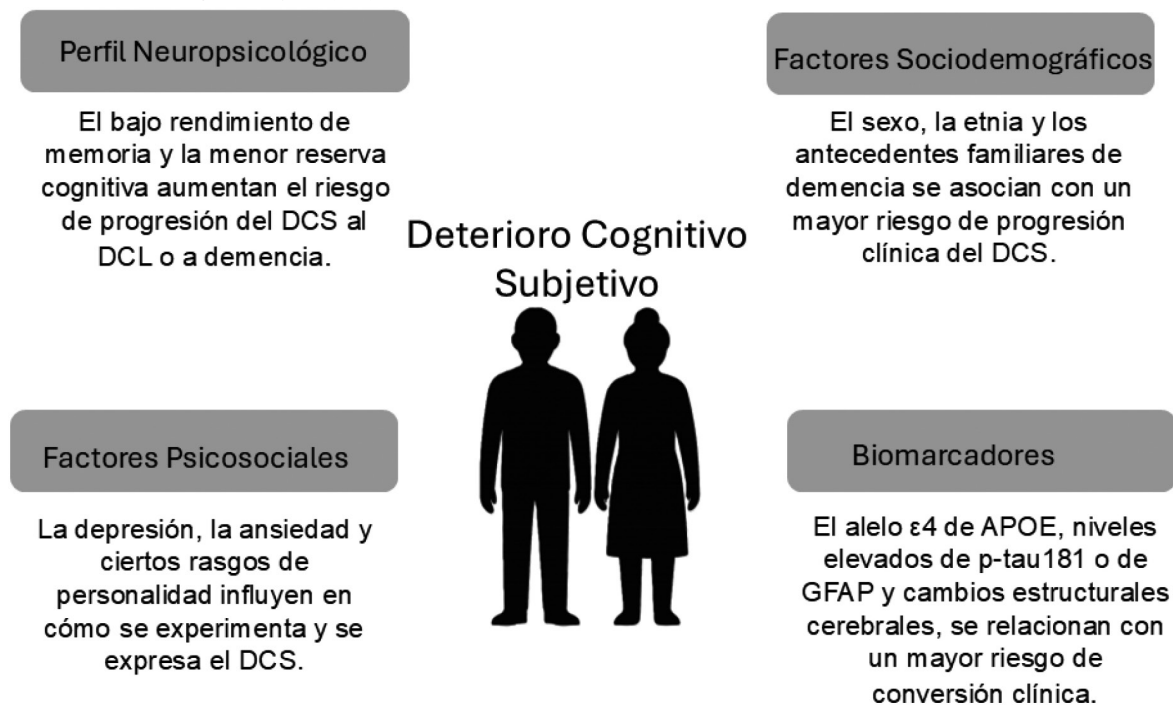
En contextos clínicos, y cuando los recursos lo permitan, la incorporación de biomarcadores genéticos, plasmáticos o de neuroimagen puede mejorar la estratificación del riesgo de EA. No obstante, dada su limitada accesibilidad, estos indicadores deben considerarse complementarios y no sustitutivos de la evaluación clínica y neuropsicológica en la fase de DCS.

#### **Perspectivas y Líneas Futuras de Investigación y Avances en la Evaluación del DCS**

El DCS es reconocido cada vez más como un fenómeno clínicamente relevante dentro del continuo de la EA, con un cuerpo creciente de evidencia que respalda su papel como marcador temprano de riesgo. Los estudios longitudinales muestran de forma consistente que el DCS se asocia con una mayor probabilidad de progresión a DCL y demencia, especialmente cuando coexiste con factores como la acumulación de amiloide, cambios estructurales cerebrales, biomarcadores plasmáticos anómalos y el genotipo APOE  $\epsilon 4$  (Figura 1).

No obstante, persisten varios retos metodológicos y conceptuales. A pesar de los esfuerzos notables por establecer una definición estandarizada, en particular los liderados por el SCD Initiative Working Group (Jessen et al., 2014), continúa habiendo una variabilidad considerable en los criterios diagnósticos y operativos

**Figura 1**  
Factores Asociados al Deterioro Cognitivo Subjetivo (DCS)



*Nota:* Representación esquemática de los principales factores implicados en la progresión del DCS según la evidencia actual. DCS: Deterioro cognitivo subjetivo; DCL: deterioro cognitivo leve; APOE  $\epsilon 4$ : alelo epsilon 4 de la apolipoproteína E; p-tau181: tau fosforilada en 181; GFAP: proteína ácida fibrilar glial.

empleados entre estudios. Avanzar hacia un modelo conceptual unificado es esencial para mejorar la consistencia en la caracterización y permitir comparaciones significativas entre investigaciones.

Además, hay áreas que requieren mayor exploración, como el impacto de la reserva cognitiva, las diferencias culturales en la percepción y el reporte del DCS, y el valor clínico de las observaciones de informantes para detectar el deterioro funcional temprano. Estas dimensiones pueden resultar críticas para refinar la evaluación de personas mayores que presentan quejas cognitivas subjetivas. La integración de indicadores clínicos, neuropsicológicos, genéticos, neurobiológicos, psicosociales y culturales representa una dirección prometedora para mejorar la precisión diagnóstica y la estratificación del riesgo. Este enfoque integral no solo mejora la identificación de individuos en etapas preclínicas de neurodegeneración, sino que también apoya el desarrollo de intervenciones preventivas más oportunas y eficaces.

Cabe destacar que no todas las personas con DCS desarrollarán EA. Sin embargo, un subgrupo presenta un riesgo significativamente mayor de progresión clínica. En este contexto, una evaluación integral del DCS permite analizar con mayor profundidad la naturaleza, persistencia y repercusión funcional de los síntomas experimentados y, en consecuencia, contribuye a diferenciar a las personas con riesgo de transición hacia DCL o demencia de aquellas que presentan cambios cognitivos atribuibles al envejecimiento normal o cambios que pueden ser transitorios por estados depresivos (Figura 2).

A partir de la evidencia longitudinal revisada, se propone un modelo de evaluación integral que persigue un doble objetivo. En primer lugar, identificar a adultos mayores con una alta probabilidad de patología subyacente de la EA, facilitando el acceso oportuno a estrategias de seguimiento e intervención temprana. En segundo lugar, proporcionar una guía técnica para la toma de decisiones clínicas, permitiendo al profesional discriminar con mayor rigor las preocupaciones cognitivas propias del envejecimiento saludable de aquellas que representan un riesgo clínico real.

De forma conjunta, la integración de indicadores clínicos, neuropsicológicos, genéticos, neurobiológicos, psicosociales y

culturales representa una dirección especialmente prometedora tanto para la investigación futura como para la práctica profesional.

### Financiación

Este estudio fue financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España (PID2020-119406GB-I00/AEI/ <https://doi.org/10.13039/501100011033>) y por la Red Española de Investigación sobre el Estrés RED2022-134191-T, financiada por el MCIN/AEI/ <https://doi.org/10.13039/501100011033>, así como por la Generalitat Valenciana (PROMETEU 2022, CIPROM/2021/082). Además, la contribución de V. Hidalgo ha sido financiada por el Gobierno de Aragón (Departamento de Ciencia, Universidad y Sociedad del Conocimiento) a través del grupo de investigación S31\_23R.

### Conflicto de Intereses

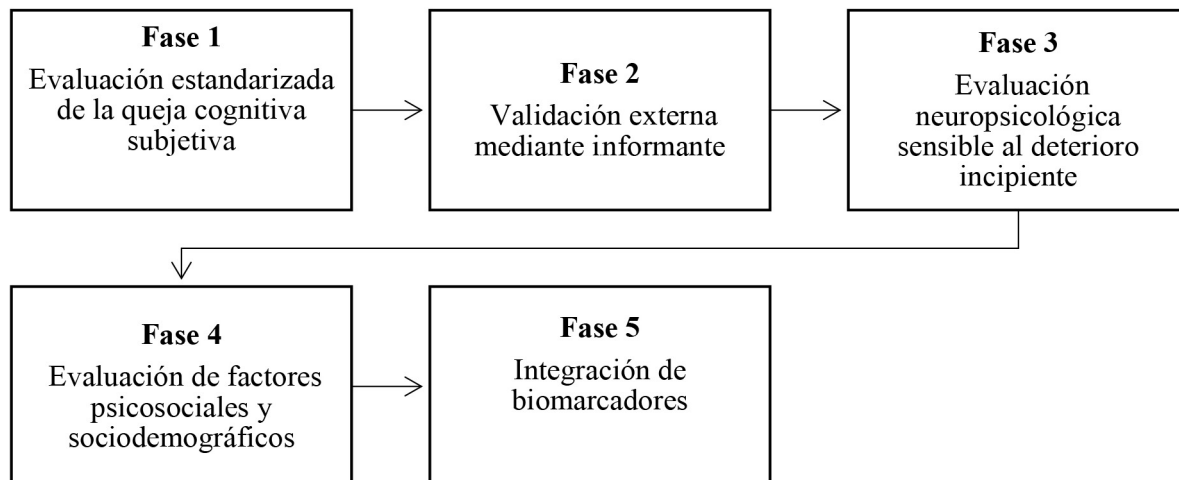
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Referencias

- Amariglio, R. E., Grill, J. D., Rentz, D. M., Marshall, G. A., Donohue, M. C., Liu, A., Aisen, P. S., y Sperling, R. A. (2024). Longitudinal trajectories of the cognitive function Index in the A4 study. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 11(4), 838-845. <https://doi.org/10.14283/JPAD.2024.125>
- An, R., Gao, Y., Huang, X., Yang, Y., Yang, C., y Wan, Q. (2024). Predictors of progression from subjective cognitive decline to objective cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 149, 104629. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104629>
- Babiloni, C., Barry, R. J., Başar, E., Blinowska, K. J., Cichocki, A., Drinkenburg, W. H. I. M., Klimesch, W., Knight, R. T., Lopes da Silva, F., Nunez, P., Oostenveld, R., Jeong, J., Pascual-Marqui, R., Valdes-Sosa, P., y Hallett, M. (2020). International Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) - EEG research workgroup: Recommendations on frequency and topographic analysis of resting state EEG rhythms.

**Figura 2**

*Procedimiento de Evaluación Integral del Deterioro Cognitivo Subjetivo (DCS)*



*Nota.* El diagrama representa las cinco fases secuenciales del modelo propuesto para la evaluación del DCS en la práctica profesional.

- Part 1: Applications in clinical research studies. *Clinical Neurophysiology*, 131(1), 285-307. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2019.06.234>
- Boza-Calvo, C., Faustin, A., Zhang, Y., Briggs, A. Q., Bernard, M. A., Bub, O. M., Rao, J. A., Gurin, L., Tall, S. O., Osorio, R. S., Marsh, K., Shao, Y., y Masurkar, A. V. (2024). Two-Year Longitudinal Outcomes of Subjective Cognitive Decline in Hispanics Compared to Non-hispanic Whites. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 38(1), 23-31. <https://doi.org/10.1177/08919887241263097>
- Brundage, K., y Holtzer, R. (2023). Presence and persistence of perceived subjective cognitive complaints and incident mild cognitive impairments among community-residing older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(12), 1140-1148. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.07.001>
- Chapman, S., Renteria, M. A., Dworkin, J. D., Garriga, S. M., Barker, M. S., Avila-Rieger, J., Gonzalez, C., Joyce, J. L., Vonk, J. M. J., Soto, E., Manly, J. J., Brickman, A. M., Mayeux, R. P., y Cosentino, S. A. (2023). Association of Subjective Cognitive Decline with progression to dementia in a cognitively unimpaired multiracial community sample. *Neurology*, 100(10), E1020-E1027. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000201658>
- Ebenau, J. L., Pelkmans, W., Verberk, I. M. W., Verfaillie, S. C. J., Van Den Bosch, K. A., Van Leeuwenstijn, M., Collij, L. E., Scheltens, P., Prins, N. D., Barkhof, F., Van Berckel, B. N. M., Teunissen, C. E., y Van Der Flier, W. M. (2022). Association of CSF, Plasma, and Imaging Markers of Neurodegeneration with Clinical Progression in People with Subjective Cognitive Decline. *Neurology*, 98(13), E1315-E1326. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200035>
- Elkana, O., Eiskovits, O. R., Oren, N., Betzale, V., Giladi, N., y Ash, E. L. (2015). Sensitivity of neuropsychological tests to identify cognitive decline in highly educated elderly individuals: 12 months follow up. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49(3), 607-616. <https://doi.org/10.3233/JAD-150562>
- Heser, K., Kleindam, L., Wagner, M., Lupp, M., Löbner, M., Wiese, B., Oey, A., König, H. H., Bretschneider, C., Van Der Leeden, C., Van Den Bussche, H., Fuchs, A., Pentzek, M., Weyerer, S., Werle, J., Bickel, H., Scherer, M., Maier, W., Ramirez, A., y Riedel-Heller, S. G. (2023). Family History of Dementia in old-age participants with subjective memory complaints predicts own risk for dementia in a longitudinal multi-center cohort study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 96(2), 579-589. <https://doi.org/10.3233/JAD-230410>
- Hong, Y. J., Ho, S. H., Jeong, J. H., Park, K. H., Kim, S. Y., Wang, M. J., Choi, S. H., y Yang, D. W. (2023). Impacts of baseline biomarkers on cognitive trajectories in subjective cognitive decline: the CoSCo prospective cohort study. *Alzheimer's Research and Therapy*, 15(1), 132. <https://doi.org/10.1186/S13195-023-01273-Y>
- Hong, Y. J., Park, J. W., Lee, S. B., Kim, S. H., Kim, Y., Ryu, D. W., Park, K. W., y Yang, D. W. (2022). The Influence of Amyloid Burden on Cognitive Decline over 2 years in Older Adults with Subjective Cognitive Decline: A Prospective Cohort Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 50(5), 437-445. <https://doi.org/10.1159/000519766>
- Hopper, B., Hammond, N. G., Taler, V., y Stinchcombe, A. (2023). Biopsychosocial correlates of subjective cognitive decline and related worry in the canadian longitudinal study on aging. *Gerontology*, 69(1), 84-97. <https://doi.org/10.1159/000524280>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Buckley, R. F., van der Flier, W. M., Han, Y., Molinuevo, J. L., Rabin, L., Rentz, D. M., Rodriguez-Gomez, O., Saykin, A. J., Sikkes, S. A. M., Smart, C. M., Wolfgruber, S., y Wagner, M. (2020). The characterisation of subjective cognitive decline. *The Lancet Neurology*, 19(3), 271-278. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30368-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30368-0)
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., Dubois, B., Dufouil, C., Ellis, K. A., Van Der Flier, W. M., Glodzik, L., Van Harten, A. C., De Leon, M. J., McHugh, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., Mosconi, L., Osorio, R. S., Perrotin, A., ... Wagner, M. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia : The Journal of the Alzheimer's Association*, 10(6), 844-852. <https://doi.org/10.1016/J.JALZ.2014.01.001>
- Kang, M., Li, C., Mahajan, A., Spat-Lemus, J., Durape, S., Chen, J., Gurnani, A. S., Devine, S., Auerbach, S. H., Ang, T. F. A., Sherva, R., Qiu, W. Q., Lunetta, K. L., Au, R., Farrer, L. A., y Mez, J. (2024). Subjective Cognitive Decline Plus and Longitudinal Assessment and Risk for Cognitive Impairment. *JAMA Psychiatry*, 81(10), 993-1002. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2024.1678>
- León, I., García-García, J., y Roldán-Tapia, L. (2014). Estimating cognitive reserve in healthy adults using the Cognitive Reserve Scale. *PLOS ONE*, 9(7), e102632. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102632>
- Li, W., Yue, L., y Xiao, S. (2022). Subjective cognitive decline is associated with a higher risk of objective cognitive decline: A cross-sectional and longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 950270. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.950270>
- Liew, T. M. (2020a). Trajectories of subjective cognitive decline, and the risk of mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer's Research and Therapy*, 12(1), 135. <https://doi.org/10.1186/S13195-020-00699-Y>
- Liew, T. M. (2020b). Subjective cognitive decline, anxiety symptoms, and the risk of mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer's Research and Therapy*, 12(1), 107. <https://doi.org/10.1186/S13195-020-00673-8>
- Liew, T. M. (2022). Subjective cognitive decline, APOE e4 allele, and the risk of neurocognitive disorders: Age- and sex-stratified cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(12), 1664-1675. <https://doi.org/10.1177/00048674221079217>
- Liu, Y., Su, N., Li, W., Hong, B., Yan, F., Wang, J., Li, X., Chen, J., Xiao, S., y Yue, L. (2024). Associations between informant-reported cognitive complaint and longitudinal cognitive decline in subjective cognitive decline A 7-year longitudinal study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 39(4), 409-417. <https://doi.org/10.1093/ARCLIN/ACAD096>
- Lozoya-Delgado, P., Ruiz-Sánchez de León, J. M., y Pedrero-Pérez, E. J. (2012). Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Revista Neurología*, 54(3), 137-150. <https://doi.org/10.33588/rn.5403.2011283>
- Marafioti, G., Culicetto, L., Latella, D., Marra, A., Quartarone, A., y Lo Buono, V. (2025). Neural correlates of subjective cognitive decline in Alzheimer's disease: a systematic review of structural and functional brain changes for early diagnosis and intervention. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 17, 1549134. <https://doi.org/10.3389/FNAGI.2025.1549134>
- Molinuevo, J. L., Rabin, L. A., Amariglio, R., Buckley, R., Dubois, B., Ellis, K. A., Ewers, M., Hampel, H., Klöppel, S., Rami, L., Reisberg, B., Saykin, A. J., Sikkes, S., Smart, C. M., Snitz, B. E., Sperling, R., van der Flier, W. M., Wagner, M., y Jessen, F. (2017). Implementation of subjective cognitive decline criteria in research studies. *Alzheimer's & Dementia*, 13(3), 296-311. <https://doi.org/10.1016/J.JALZ.2016.09.012>
- Numbers, K., Lam, B. C. P., Crawford, J. D., Kochan, N. A., Sachdev, P. S., y Brodaty, H. (2021). Increased reporting of subjective cognitive complaints over time predicts cognitive decline and incident dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(11), 1739-1747. <https://doi.org/10.1002/GPS.5594>

- Oliver, M. D., Morrison, C., Kamal, F., Graham, J., y Dadar, M. (2022). Subjective cognitive decline is a better marker for future cognitive decline in females than in males. *Alzheimer's Research and Therapy*, 14(1), 197. <https://doi.org/10.1186/S13195-022-01138-W>
- Pereiro, A. X., Valladares-Rodríguez, S., Felpete, A., Lojo-Seoane, C., Campos-Magdaleno, M., Mallo, S. C., Facal, D., Anido-Rifón, L., Belleville, S., y Juncos-Rabadán, O. (2021). Relevance of complaint severity in predicting the progression of subjective cognitive decline and mild cognitive impairment: A machine learning approach. *Journal of Alzheimer's Disease*, 82(3), 1229-1242. <https://doi.org/10.3233/JAD-210334>
- Pérez-Blanco, L., Felpete, A., Patten, S. B., Mallo, S. C., Pereiro, A. X., Campos-Magdaleno, M., y Juncos-Rabadán, O. (2022). Do informant-reported subjective cognitive complaints predict progression to mild cognitive impairment and dementia better than self-reported complaints in old adults? A meta-analytical study. *Ageing Research Reviews*, 82, 101772. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101772>
- Perna, L., Stocker, H., Burow, L., Beyer, L., Trares, K., Kurz, C., Gürsel, S., Holleczek, B., Tatò, M., Beyreuther, K., Mons, U., Gerwert, K., Perneczky, R., Schöttker, B., y Brenner, H. (2023). Subjective cognitive complaints and blood biomarkers of neurodegenerative diseases: a longitudinal cohort study. *Alzheimer's Research and Therapy*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/S13195-023-01341-3>
- Pike, K. E., Cavuoto, M. G., Li, L., et al. (2022). Subjective Cognitive Decline: Level of Risk for Future Dementia and Mild Cognitive Impairment, a Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Neuropsychol Rev*, 32, 703-735. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09522-3>
- Rami, L., Mollica, M. A., García-Sánchez, C., Saldafia, J., Sanchez, B., Sala, I., Valls-Pedret, C., Castellví, M., Olives, J., y Molinuevo, J. L. (2014). The Subjective Cognitive Decline Questionnaire (SCD-Q): a validation study. *Journal of Alzheimer's Disease : JAD*, 41(2), 453-466. <https://doi.org/10.3233/JAD-132027>
- Rami, L., Valls-Pedret, C., Bartres-Faz, D., Caprile, C., Solé-Padullés, C., Castellví, M., et al. (2011). Cognitive reserve questionnaire. Scores obtained in a healthy elderly population and in one with Alzheimer's disease. *Rev. Neurol.*, 52, 195-201. <https://doi.org/10.33588/rn.5204.2010478>
- Robertson, F. E., y Jacova, C. (2023). A Systematic Review of Subjective Cognitive Characteristics Predictive of Longitudinal Outcomes in Older Adults. *Gerontologist*, 63(4), 700-716. <https://doi.org/10.1093/GERONT/GNAC109>
- Sabatini, S., Woods, R. T., Ukoumunne, O. C., Ballard, C., Collins, R., y Clare, L. (2022). Associations of subjective cognitive and memory decline with depression, anxiety, and two-year change in objectively-assessed global cognition and memory. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 29(5), 840-866. <https://doi.org/10.1080/13825585.2021.1923634>
- Shao, K., Hu, X., Kleindam, L., Stark, M., Altmstein, S., Amthauer, H., Boecker, H., Buchert, R., Buerger, K., Butryn, M., Cai, Y., Cai, Y., Cosma, N. C., Chen, G., Chen, Z., Daamen, M., Drzezga, A., Düzel, E., Essler, M., ... Kuhn, E. (2024). Amyloid and SCD jointly predict cognitive decline across Chinese and German cohorts. *Alzheimer's and Dementia*, 20(9), 5926-5939. <https://doi.org/10.1002/ALZ.14119>
- Stockmann, J., Verberk, I. M. W., Timmesfeld, N., Denz, R., Budde, B., Lange-Leifhelm, J., Scheltens, P., van der Flier, W. M., Nabers, A., Teunissen, C. E., y Gerwert, K. (2020). Amyloid- $\beta$  misfolding as a plasma biomarker indicates risk for future clinical Alzheimer's disease in individuals with subjective cognitive decline. *Alzheimer's Research and Therapy*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/S13195-020-00738-8>
- Yue, L., Hu, D., Zhang, H., Wen, J., Wu, Y., Li, W., Sun, L., Li, X., Wang, J., Li, G., Wang, T., Shen, D., y Xiao, S. (2021). Prediction of 7-year's conversion from subjective cognitive decline to mild cognitive impairment. *Human Brain Mapping*, 42(1), 192-203. <https://doi.org/10.1002/HBM.25216>
- Yun, S. H., Jo, S. H., Jung, H. S., Koo, B. H., y Kim, H. G. (2021). Characteristics of Individuals Who Converted to Dementia during a 5-Year Follow-Up. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(5), 503-510. <https://doi.org/10.1159/000510564>
- World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344701>

Revisión de libros

## Professional Training of Psychologists: Dialogues of Cultural Psychology from Latin America to the World

Julio César Ossa, Ana Maria Jacó-Vilela, y Jean Nikola Cudina (Eds.)  
**Springer (2025)**

El estudio de la enseñanza de la psicología y el diseño de sus planes de estudio no representa un mero ejercicio de arqueología académica o de gestión curricular. Por el contrario, constituye uno de los temas capitales para comprender cómo se ha ido construyendo, legitimando y transformando la identidad de nuestra profesión a lo largo de la historia de la disciplina. La manera en que una sociedad decide formar a sus futuros psicólogos define, en última instancia, el tipo de ciencia que se produce y la naturaleza de las intervenciones que se aplican sobre la ciudadanía.

El volumen *Professional Training of Psychologists: Dialogues of Cultural Psychology from Latin America to the World* (Ossa, Jacó-Vilela y Cudina, 2025) aborda este desafío desde una perspectiva metodológica novedosa: la de analizar los procesos formativos no como meros listados de contenidos conceptuales o destrezas técnicas, sino como un intrincado entramado de prácticas socioculturales, institucionales e históricas. Al hacerlo, este trabajo colectivo ofrece una nueva mirada sobre el devenir de la formación de los psicólogos en Iberoamérica, llenando así un vacío historiográfico que urgía subsanar.

Durante décadas, la narrativa hegemónica sobre la institucionalización y el desarrollo de la psicología se centró casi exclusivamente en las figuras, los laboratorios y las instituciones de Europa y Estados Unidos. Esta historiografía tradicional tendía a analizar los procesos de consolidación de la ciencia y la profesión en dichos entornos considerándolos, de forma explícita o implícita, como el "centro" indiscutible de nuestra ciencia. A partir de esa premisa, se asumía de manera simplista que en el resto del mundo —la "periferia", según la metáfora geográfica que estamos utilizando— los procesos de institucionalización debían haber seguido la misma dinámica evolutiva que en las naciones anglosajonas o centroeuropeas. Por fortuna, la historiografía contemporánea de la psicología ha ido desmantelando esta visión lineal. Este libro se nutre de una creciente conciencia actual que reconoce a la psicología como un fenómeno verdaderamente internacional, plural y "policéntrico", cuyas implementaciones nacionales han seguido caminos muy diversos y autónomos (Baker, 2012; Brock, 2006; Pickren y Rutherford, 2010; Tortosa et al., 2025).

La arquitectura interna del volumen destaca por un riguroso modelo de diálogo interdisciplinar. Por un lado, la obra se sostiene sobre los métodos críticos de la historia de la psicología, recogiendo

el impulso contemporáneo de investigar cómo, cuándo, por qué y mediante qué agentes humanos e institucionales la psicología se transformó en una carrera académica independiente y en una práctica profesional regulada por el Estado en diferentes entornos. A lo largo de sus capítulos, un importante elenco de especialistas del mundo de la historia y de la psicología cultural iberoamericana presenta detallados estudios de caso nacionales. Los análisis abarcan un escenario geográfico y geopolítico sumamente representativo, que incluye las realidades de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Lejos de ofrecer una simple crónica de fechas de fundación de facultades y departamentos universitarios, estos estudios rastrean la institucionalización de los estudios universitarios mediante el examen de los debates ideológicos en torno a los currículos, la influencia directa de las cambiantes y a veces convulsas políticas educativas de cada país, y el papel fundamental de los intelectuales locales. Estos pioneros, a menudo tras formarse en el extranjero, regresaron a sus países de origen para impulsar la profesión, pero no mediante la copia mimética, sino adaptando los conocimientos psicológicos a las agendas sociales específicas y a los contextos políticos y económicos locales. Esta perspectiva histórica demuestra con claridad que las prácticas profesionales actuales en cada una de las naciones analizadas no son azarosas ni universales, sino que han sido el resultado directo de tensiones, luchas de poder, negociaciones institucionales y de una intrincada interrelación histórica entre la ciencia, la profesión y las demandas de la sociedad civil.

Por otro lado, cabría destacar que este libro no se limita a la historia institucional o archivística tradicional, sino que se nutre conceptualmente del marco teórico de la psicología cultural (Bruner, 1990; Cole, 1996; Valsiner, 2007). Desde este enfoque, las distintas contribuciones trascienden el mero registro del pasado para adentrarse en una dimensión simbólica, semiótica y profundamente política acerca de cómo se planifica, a través de los currículos, el rol social del futuro psicólogo.

La premisa central que fundamenta toda la obra queda expuesta con nitidez por los editores en las páginas introductorias:

En este trabajo partimos de la premisa de que la aproximación historiográfica a la formación profesional del psicólogo latinoamericano se enmarca necesariamente en la noción de

pensar la psicología como una disciplina situada cuyo desarrollo y organización se fundamenta en las especificidades de un espacio temporal que, a su vez, presupone la emergencia de contextos sociales y culturales específicos (Cudina, Ossa y Jacó-Vilela, 2025, p. 2).

Bajo este prisma, los diferentes escenarios académicos estudiados se revelan como espacios culturales dinámicos donde no solo se transmiten saberes cognitivos, sino donde se configura una manera específica de entender la mente humana, el sufrimiento psíquico, los límites de la intervención legítima y la relación con la comunidad. La formación de psicólogos emerge, así, como un proceso de construcción identitaria y subjetiva, impregnado de valores éticos, ideologías políticas y relaciones de poder que deben someterse a un escrutinio crítico continuo. Este marco conceptual permite entender que la actual diversidad y fragmentación del campo psicológico global no debe interpretarse como un accidente histórico o como una falta de madurez científica, sino como el resultado lógico y enriquecedor de estas prácticas culturales de formación situadas en contextos geopolíticos concretos.

A este fructífero diálogo entre la psicología cultural y la historia de la psicología se añade otra innovación metodológica que también merece ser destacada. La obra no se presenta como una secuencia inconexa de capítulos nacionales aislados, sino que está concebida deliberadamente como un diálogo transnacional en el que la antigua lógica asimétrica de "centro-periferia" desaparece por completo.

Para lograrlo, cada capítulo principal dedicado a un contexto iberoamericano específico va seguido de forma inmediata por un comentario crítico realizado por especialistas europeos o estadounidenses. Estos expertos confrontan los estudios locales con las investigaciones internacionales y las dinámicas transculturales. Esta ingeniosa estructura enriquece la perspectiva del lector, creando un espacio de conversación internacional simétrico que supera el aislamiento de las microhistorias locales y las sitúa en un mapa intelectual global y compartido.

Como es natural en cualquier obra colectiva de esta envergadura y complejidad, el libro presenta algunas limitaciones y áreas de mejora que el lector crítico con formación historiográfica sabrá identificar. En primer lugar, la integración pretendida entre el rigor de la metodología histórica y los conceptos de la psicología cultural presenta ciertos desajustes puntuales según el capítulo. Desde el punto de vista estrictamente historiográfico, se echa en falta en algunas contribuciones nacionales un trabajo más sistemático con fuentes primarias y de archivo, así como una reflexión teórica más explícita sobre el método histórico empleado. Esto llega a limitar, en momentos puntuales, la profundidad analítica de los estudios comparativos interregionales. En segundo lugar, e íntimamente ligado a la propia propuesta del libro de estudiar las prácticas socioculturales en su totalidad, hubiera sido muy deseable la inclusión explícita de las voces y narrativas de otros colectivos esenciales que participan activamente en este proceso formativo: los estudiantes universitarios y los profesionales en pleno ejercicio. Sus experiencias habrían aportado una valiosa perspectiva "desde abajo" y "desde dentro" de los procesos de institucionalización y reforma curricular, complementando la visión historiográfica clásica basada exclusivamente en fuentes de archivo (documentos oficiales, programas de estudio, etc.) que solían ser la base de una

narrativa de "grandes héroes" de la disciplina. No obstante, estas ausencias puntuales no desmerecen en absoluto la indiscutible calidad global, el rigor interpretativo y la coherencia metodológica de los trabajos presentados.

Más allá de estas observaciones críticas, la relevancia de *Professional Training of Psychologists: Dialogues of Cultural Psychology from Latin America to the World* para la comunidad profesional iberoamericana, y de manera muy particular para los lectores de *Papeles del Psicólogo*, resulta evidente. El valor fundamental de este libro trasciende los muros de lo puramente académico o de la erudición histórica para erigirse en una potente herramienta de reflexión ética, deontológica y política para nuestro colectivo profesional. En un momento histórico como el presente, caracterizado por profundas transformaciones sociales y sanitarias en el que continuamente se debaten y redefinen los perfiles profesionales de los psicólogos, las competencias transversales necesarias y la adecuación social de nuestras intervenciones, este libro proporciona un andamiaje teórico de gran valor. Nos ayuda a comprender que estos debates no son meras disputas técnicas o burocráticas, sino procesos profundamente culturales, ideológicos y éticos sobre el tipo de sujetos que queremos promover en nuestras sociedades. Además, al visibilizar las ricas historias locales de la región, la obra pone sobre la mesa una cuestión medular: la relación existente entre la formación universitaria ofertada en un país y el tipo de práctica social y profesional que se desarrolla en él no puede comprenderse si se analiza al margen de las dinámicas culturales, institucionales y políticas de los escenarios estudiados. Olvidar o ignorar este hecho nos impediría entender cabalmente cómo la psicología se ha ido convirtiendo en la profesión multifacética, compleja y socialmente comprometida que es en la actualidad.

¿Qué utilidades concretas ofrece, por tanto, la lectura de esta obra a los distintos especialistas de nuestra disciplina? Al psicólogo clínico y de la salud, por ejemplo, el libro le invita a realizar un ejercicio de reflexividad y humildad epistémica, interrogándose de manera directa acerca de los supuestos culturales e históricos que subyacen a sus herramientas diagnósticas, clasificaciones nosológicas y estrategias terapéuticas cotidianas. Al psicólogo educativo o de la intervención comunitaria, el texto le ofrece claves interpretativas de gran valor para entender su rol profesional en contextos institucionales específicos, dinámicos y, con frecuencia, marcados por la desigualdad social. Para el docente y formador universitario, el volumen constituye una llamada de atención que le insta a revisar críticamente su práctica pedagógica habitual, recordándole la necesidad de ir mucho más allá de la mera transmisión de contenidos teóricos y técnicos estandarizados. A los profesionales en general, independientemente de su área, el libro les dota de argumentos conceptuales sólidos para promover debates estratégicos y constructivos sobre el futuro de nuestro quehacer profesional en cada una de las áreas de intervención.

En conclusión, *Professional Training of Psychologists: Dialogues of Cultural Psychology from Latin America to the World* es mucho más que un excelente compendio académico de estudios históricos y culturales bien documentados. Se trata, en esencia, de un manifiesto riguroso a favor de una psicología más consciente de su propia historia, más humilde en sus pretensiones de universalidad abstracta y más situada en las realidades humanas que pretende abordar. Las notables innovaciones metodológicas de la obra, al

entrelazar de manera horizontal y descentralizada las voces de los expertos iberoamericanos con los comentarios críticos de colegas internacionales, constituyen el tipo exacto de conversación global, respetuosa y libre de sesgos que nuestra disciplina requiere con urgencia en el siglo XXI.

Sin embargo, no debe buscar el lector en estas páginas un manual cerrado de recetas o un listado simplista de respuestas a los complejos problemas que atraviesa la formación psicológica contemporánea. Lo que verdaderamente hallará son muchas de las preguntas incómodas y necesarias que deben servir de brújula e inspiración para la constante reinención de nuestra profesión en las próximas décadas. Su lectura atenta es, por todo ello, una recomendación prioritaria para cualquier psicólogo que desee comprender con profundidad los cimientos históricos de su quehacer diario y aspire a contribuir de forma activa a la construcción de una psicología socialmente relevante, éticamente intachable y comprometida con el mundo complejo en el que nos ha tocado vivir.

### Referencias

- Baker, David B. (2012). *The Oxford Handbook of the History of Psychology: Global Perspectives*. Oxford University Press.
- Brock, A. C. (Ed.). (2006). *Internationalizing the history of psychology*. New York University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Cole, M. (1996). *Cultural psychology: A once and future discipline*. Harvard University Press.
- Cudina, J. N., Ossa, J. C., y Jacó-Vilela, J. N. (2025). History of Professional Training of Psychologists in Latin America: Notes Within the Frame of Cultural Psychology of Education. En J. C. Ossa, A. M. Jacó-Vilela y J. N. Cudina (Eds.), *Professional training of psychologists: Dialogues of cultural psychology from Latin America to the world* (pp. 2-25). Springer.
- Ossa, J. C., Jacó-Vilela, A. M., y Cudina, J. N. (Eds.). (2025). *Professional training of psychologists: Dialogues of cultural psychology from Latin America to the world*. Springer.
- Pickren, W. E., y Rutherford, A. (2010). *A History of Modern Psychology in Context*. Wiley.
- Tortosa, M., Monteagudo, M. J., Pérez-Fernández, F., Tortosa, F., y López-López, W. (Dirs.). (2025). *Historia Inclusiva de la Psicología: Una aproximación crítica desde las primeras manifestaciones de la Psicología como ciencia y disciplina hasta la actualidad*. McGraw Hill.
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: Foundations of cultural psychology*. Sage.

Gabriel Ruiz Ortiz

Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España

E-mail: [gruiz@us.es](mailto:gruiz@us.es)

Revisión de libros

## Olvídate de ti: Vive desde el centro

Jenny Moix  
Ediciones Onfalo(2026)

En una sociedad como la nuestra, en la que prima el culto a la personalidad y el narcisismo, este libro es una invitación a parar y a replantearnos qué hacemos en este mundo y cómo lo hacemos. Para ello, lo primero es observar nuestra psique. Basado en la clásica metáfora oriental que identifica a nuestra mente con un mono, la recomendación es observarla y no creer casi nada de lo que cuenta. Estamos acostumbrados a que los pensamientos y emociones que crea aleatoriamente nuestro cerebro nos secuestren, siendo mínimos los pensamientos que nosotros podemos generar de forma voluntaria.

Analizada la mente, se pasa al meollo del problema, el ego, que en el libro se compara al poder absoluto de un faraón. La psicología actual considera que el Yo es un conjunto de etiquetas que hemos ido desarrollando y con las que nos hemos ido identificando a lo largo de nuestra vida. Esas categorías son como gafas de colores que distorsionan nuestra visión del mundo. Identificados con esas etiquetas, e inconscientes de su peso, interpretamos el mundo en base a dichos parámetros. El mundo que percibimos es una proyección de nuestra mente, pero consideramos que lo que vemos es la realidad objetiva. En esta sección se enfatiza, también, la importancia del perdón, uno de los actos más liberadores para el ser humano. Y se realiza una profunda reflexión sobre la soledad, cuya intensidad es inversamente proporcional a nuestro ego. Pero, todo ello, gestionado desde un profundo afecto hacia nuestro ego, hacia el personaje, ya que él no es el enemigo, sino simplemente la adaptación que hemos tenido que desarrollar para sobrevivir al entorno.

Uno de los remedios para el sufrimiento es sin duda la compasión, tanto hacia los demás como hacia uno mismo. El libro nos lleva hacia esta conclusión mediante un relato incrustado que parece tener vida propia y que nos confronta con aspectos de nuestra visión del mundo. Nos sugiere también una metáfora desafiante: un mundo paralelo donde coexiste un doble de cada uno de los seres humanos. ¿Qué haríamos con ese doble? ¿Cómo nos relacionaríamos con él? Sea lo que sea lo que contestemos, eso ya está ocurriendo ahora y aquí, ya que la forma como nos relacionamos con nosotros mismos es un koan que cada uno tiene que resolver, y en el que la compasión debería ser el arco de bóveda que sostuviese el entramado.

Otro de los remedios que ofrece el libro es la humildad, una cualidad francamente en desuso en los tiempos que corren. La

autora nos conecta con la humildad de forma original, generando un giro de guion inesperado en el libro. Describe uno de los temas de investigación que ocupan su tiempo en este momento: las experiencias extracorpóreas. Aparte de introducirnos en este apasionante tema, lo utiliza como paradigma de la humildad en primera persona. Una investigadora exitosa, cuando abandona el terreno trillado y explora fenómenos para los que la ciencia no tiene una clara explicación, es machacada por revisores de revistas científicas porque se está apartando de la autopista y está entrando en terrenos pantanosos.

Todo esto permite, como colofón, llegar al ónfalo, al centro. Conectando aspectos profundos de la psicología como el inconsciente percibido por autores tan diferentes como Jung o James, y relacionándolo con teorías recientes sobre el origen del universo como el *Big Bounce*, el libro nos lleva a lo que llama “modo ónfalo de la mente”, que nos permitiría conectar el reducido mundo de nuestro yo con la sabiduría universal primigenia.

No puede desvincularse una obra de su autor. Tuve el placer de conocer a Jenny Moix hace más de veinte años, cuando ambos trabajábamos sobre los aspectos psicológicos del dolor. En aquella época éramos investigadores formales y ortodoxos. Dos décadas después, y como es esperable debido a que la impermanencia es la quintaesencia del mundo, ninguno de los dos se parece al que era. Ambos hemos evolucionado de forma parecida: sin abandonar la ortodoxia, hemos ampliado el campo de nuestros intereses incluyendo aspectos fronterizos a la ciencia como la espiritualidad, la meditación o las experiencias extracorpóreas. Hoy se dan las circunstancias para poder investigar sobre esto, hace años era imposible.

Este libro, como los buenos tratados, no pretende dar respuestas, sino plantear preguntas que nosotros podemos intentar contestar en base a la reflexión sobre nuestra vida, de forma que quizá podamos lograr algunas epifanías, algunos “ajá” que nos acompañarán en este complejo, impredecible y hermoso viaje que es la existencia del ser humano.

Javier García Campayo  
Universidad de Zaragoza, España  
E-mail: [jgarcamp@gmail.com](mailto:jgarcamp@gmail.com)