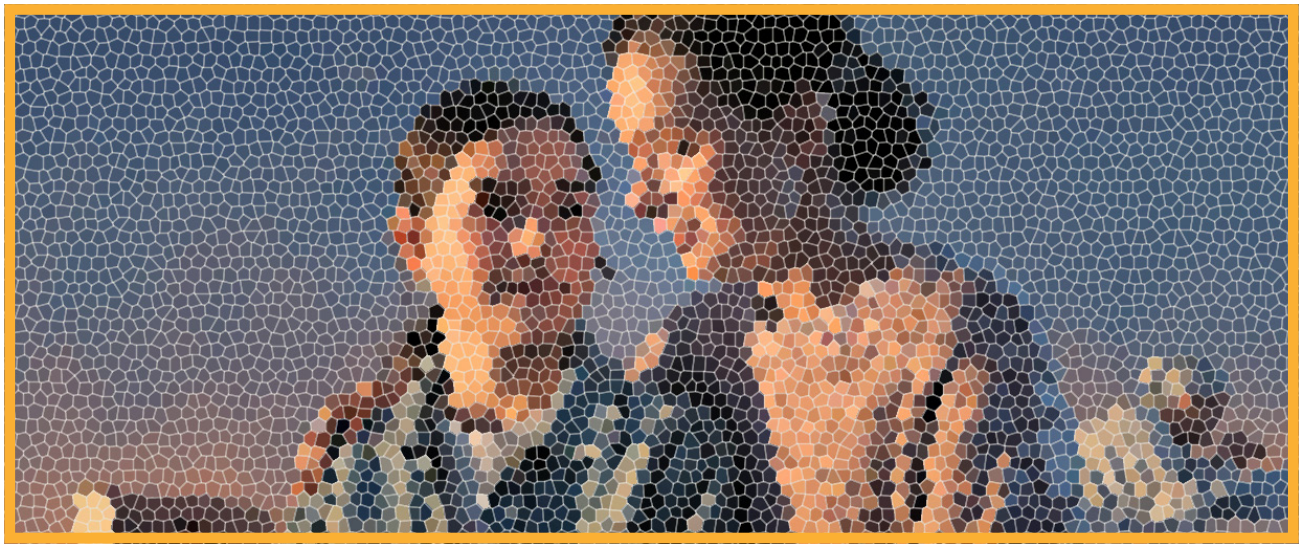
Revista Mexicana de Investigación en Psicología

Nueva época
Junio 2025

Volumen 17, Número 1, 2025
ISSN: 2007-3240 (digital)



Contribuciones teóricas y revisiones conceptuales

- **La formación del psicólogo en México. Panorama del posgrado**
  Josué R. Tinoco Amador, Angélica Bautista López y Osusbel Olivares Ramírez
- **Efectos del confinamiento por COVID-19 en el tratamiento de niñas, niños y adolescentes con TDAH: una revisión de la literatura**
  Ángel Fernando Islas Guzmán, Evelyn Paola Pérez Villa y Diana Evelyn Villa Guillén
- **Hacia un futuro más floreciente: propuesta de un modelo integrativo del bienestar**
  Ahmad Ramsés Barragán Estrada

Contribuciones en investigación

- **Creencias en salud, autoeficacia, disfrute y ambiente, sobre hábitos de actividad física**
  Ricardo Sandoval Domínguez, Sonia Beatriz Echeverría Castro, Juan Carlos Manríquez Betanzos y Luis Arturo Pacheco Pérez
- **Efectos de los mecanismos del monitoreo de la atención y la aceptación en dos intervenciones de mindfulness: Una prueba aleatorizada controlada**
  Arturo Enrique Orozco Vargas, Yenit Martínez Garduño, Esteban Jaime Camacho Ruíz, Brenda Sarahi Cervantes Luna, María del Consuelo Escoto Ponce de León y Melissa Sánchez Rodas

Revista Mexicana de Investigación en Psicología

DIRECTORIO

Mtra. Karla Alejandrina Planter Pérez
Rectora General de la Universidad de Guadalajara

Mtro. César Antonio Barba Delgadillo
Secretaría General de la Universidad de Guadalajara

Dr. Héctor Raúl Solís Gadea
Vicerrector General de la Universidad de Guadalajara

Dr. Marco Antonio Núñez Becerra
Rector del Centro Universitario de la Ciénega

FUNDADOR

Dr. Pedro Solís-Cámara R.
Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, México

EDITORES RESPONSABLES

Dra. Lidia Karina Macias-Esparza
Directora Editorial de la Nueva Época. Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara; México

Dra. Karla Alejandra Contreras Tinoco
Editora Adjunta. Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara; México

Dr. Raúl Medina Centeno
Responsable del proceso de transición a la Nueva Época. Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara; México

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Héctor Eduardo Robledo Mejía
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, ITESO, México

Dra. Kattia Paola Cabbas Hoyos
Universidad del Magdalena Santa Marta, Colombia

Mtra. Janethcia del Rocío Jativa Morillo
Universidad Internacional SEK UISEK, Ecuador

Dra. Tania Carina Zohn Muldoon
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, ITESO, México

Dra. Ana Cecilia Morquecho Güitrón
Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, México.

Dr. Marco Antonio Chávez Aguayo
Sistema de Universidad Virtual (UdgVirtual), Universidad de Guadalajara, México.

Dra. Liliana del Rosario Castillejos Zenteno
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, ITESO, México

Dr. Esteban Leonardo Laso Ortiz
Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, México.

Dr. Carlos Eduardo Martínez Munguía
Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento (CEIC), Universidad de Guadalajara

Mtro. Jesua Iván Guzmán González
Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Dra. Belvy Mora-Castañeda
Universidad de Boyacá, Colombia

Lic. Miriam Adriana Zepeda Meza
Asistente editorial

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Dr. Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, Barcelona, España.

Dr. Amalio Blanco Abarca, Universidad Autónoma de Madrid, España.

Dr. Guillem Feixas Viaplana, Universidad de Barcelona, España.

Dr. Francisco Javier Abellán, Universidad de Murcia, España.

Dr. Nelson Molina Valencia, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dra. María Silveria Agulló Tomas, Universidad Carlos III de Madrid.

Dr. Marcelo Rodríguez Ceberio, Universidad de Flores, Argentina.

Dra. Luz de Lourdes Eguiluz, Universidad Autónoma de Tlaxcala, México.

Dra. J. María Bermúdez, University of Georgia, USA.

Dra. Maria Borcsa, Universidad de Ciencias Aplicadas Nordhausen, Alemania.

Revista Mexicana de Investigación en Psicología, Año 2025, Volumen 17, Núm. 1, es una publicación semestral, editada por la Universidad de Guadalajara, a través del Centro Universitario de la Ciénega, por el Departamento de Comunicación y Psicología, División de Estudios Jurídicos y Sociales Av. Universidad 1115, Col. Linda Vista. C.P. 47820. Ocotlán, Jalisco. México. Tel. (392) 9259400 Ext. 48396

PRESENTACIÓN

La Revista Mexicana de Investigación en Psicología es semestral, en formato digital y de acceso abierto.

PROCESO DE EVALUACIÓN POR PARES

La política de la RMIP contempla un proceso de comunicación editorial en línea. Esto incluye el envío de manuscritos, sus revisiones y, de ser el caso, también los comentarios de colegas y la respuesta de los autores. Todos los manuscritos sometidos a la RMIP son evaluados por pares con el método de doble ciego. Dos personas ajenas a la Revista evaluarán cada manuscrito.

Nota: Agradecemos mucho la labor realizada por las personas que revisan y/o dictaminan los manuscritos. Esta tarea es sin fines de lucro, depende de su disponibilidad y por ello puede variar el periodo de dictaminación.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

Esta revista proporciona un acceso abierto inmediato a su contenido, basado en el principio de que ofrecer al público un acceso libre a las investigaciones ayuda a un mayor intercambio global de conocimiento.

Para acceder al contenido visitar:
revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx

SPONSORS

La Revista Mexicana de Investigación en Psicología (RMIP) es auspiciada por el Centro Universitario de la Ciénega de la Universidad de Guadalajara.

FUENTES DE AYUDA

Agradecemos al Centro Universitario de la Ciénega su apoyo para la publicación de la RMIP.

HISTORIAL DE LA REVISTA

La Revista Mexicana de Investigación en Psicología (RMIP) fue fundada en el año 2009. Actualmente es auspiciada por el Centro Universitario de la Ciénega de la Universidad de Guadalajara. Es una

revista de periodicidad semestral, que se publica en formato digital y de acceso abierto. Los objetivos y sistemas editoriales de cada uno de los números de la RMIP son diferentes, pero ambos comparten el acceso libre (Open Access Journal [OAJ]), por lo que cualquier persona interesada puede descargar los artículos a su computadora, lo que favorece que sean más leídos y citados que los artículos de revistas con un costo. La RMIP tiene el propósito de ser receptiva a contribuciones de todos los ámbitos de la psicología. Los artículos publicados en la RMIP representan la opinión de sus autores y autoras y no reflejan nesariamente la posición de las editoras, ni del patrocinador. La responsabilidad por la exactitud de los contenidos del manuscrito, incluyendo las citaciones, recae completamente en los autores. Invitamos a los autores y autoras a participar enviando sus aportaciones por medio de nuestro sistema de envío en línea (OJS).

A partir del año 2020 la RMIP comienza una nueva época.

Revista Mexicana
de Investigación
en Psicología

2025
Volúmen 17
Número 1

DERECHO
RESERVADOS
POR LA REVISTA
MEXICANA DE
INVETIGACIÓN EN
PSICOLOGÍA

sumario

Sistema abierto de contribuciones originales

Open system for original contributions

CONTRIBUCIÓN TEÓRICA Y REVISIONES CONCEPTUALES / THEORETICAL CONTRIBUTION AND CONCEPTUAL REVIEWS

11 **La formación del psicólogo en México. Panorama del posgrado**
Psychological Training in Mexico: Overview of Postgraduate Studies
Josué R. Tinoco Amador[1], *Angélica Bautista López*[2] *y Osusbel Olivares Ramírez*[3]
[1,2,3] Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Iztapalapa

37 **Efectos del confinamiento por COVID-19 en el tratamiento de niñas, niños y adolescentes con TDAH: una revisión de la literatura**
Effects of COVID-19 Lockdown on the Treatment of Children and Adolescents with ADHD: A Literature Review
Ángel Fernando Islas Guzmán[1], *Evelyn Paola Pérez Villa*[2] *y Diana Evelyn Villa Guillén*[3]
[1,2,] Universidad del Valle de México, Campus Hermosillo, Hermosillo, Sonora, México
[3] Hospital General del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.

51 **Hacia un futuro más floreciente: propuesta de un modelo integrativo del bienestar**
Towards a more flourishing future: Proposal for an integrative wellbeing model
Ahmad Ramsés Barragán Estrada[1]
[1] Consultoría ZP

CONTRIBUCIONES EN INVESTIGACIÓN / RESEARCH CONTRIBUTIONS

71 **Creencias en salud, autoeficacia, disfrute y ambiente, sobre hábitos de actividad física**
Health beliefs, self-efficacy, enjoyment, and environment about physical activity habits
Ricardo Sandoval Domínguez[1], *Sonia Beatriz Echeverría Castro*[1], *Juan Carlos Manríquez Betanzos*[2] *y Luis Arturo Pacheco Pérez*[2]
[1]Instituto Tecnológico de Sonora
[2]Universidad de Sonora

87 **Efectos de los mecanismos del monitoreo de la atención y la aceptación en dos intervenciones de mindfulness: Una prueba aleatorizada controlada**
Effects of attention monitoring and acceptance mechanisms on two mindfulness interventions: A randomized controlled trial
Arturo Enrique Orozco Vargas[1], *Yenit Martínez Garduño*[1], *Esteban Jaime Camacho Ruíz*[2], *Brenda Sarahi Cervantes Luna*[3], *María del Consuelo Escoto Ponce de León*[3] *y Melissa Sánchez Rodas*[4]
[1]Instituto de Estudios Sobre la Universidad, UAEMex,
[2]Centro Universitario Uaem Nezahualcóyotl,
[3]Centro Universitario Uaem Ecatepec,
[4]Universidad Autónoma del Estado de México

OTROS / OTHERS

Indexaciones
Normas editoriales
Guía de requisitos de manuscritos
Carta de presentación

EDITORIAL

Apreciables lectoras y lectores,

Con enorme satisfacción les presentamos un nuevo número de la Revista Mexicana de Investigación en Psicología, en el que se reúnen cinco artículos que abordan problemáticas importantes en la psicología contemporánea: la formación académica, el bienestar y la salud mental, así como reflexiones en torno la atención y la regulación emocional.

En nuestra sección Contribuciones teóricas y revisiones conceptuales se incluyen tres artículos que invitan a reflexionar sobre temas actuales de la psicología.

El primer artículo, "La formación del psicólogo en México. Panorama del posgrado" de Josué R. Tinoco Amador, Angélica Bautista López y Osusbel Olivares Ramírez nos ofrece una genealogía de la profesionalización de la psicología en el país, que considera el pregrado y los sistemas contemporáneos de postgrado, analizando las tensiones entre docencia e investigación en este campo disciplinar. Este texto es oportuno para analizar las políticas de educación superior en el contexto actual.

El segundo artículo, "Efectos del confinamiento por COVID-19 en el tratamiento de niñas, niños y adolescentes con TDAH: una revisión de la literatura", escrito por Ángel Fernando Islas Guzmán, Evelyn Paola Pérez Villa y Diana Evelyn Villa Guillén, aborda el impacto de la pandemia en la salud mental. En este artículo se aborda el impacto de la pandemia en la salud mental de la población infantil y adolescente con TDAH.

El artículo "Hacia un futuro más floreciente: una propuesta de un modelo integrativo del bienestar", de Ahmad Ramsés Barragán Estrada, constituye una revisión teórica que aborda un concepto muy relevante en la actualidad: el bienestar, entendido como una experiencia multidimensional y sistémica. Este trabajo ofrece ideas útiles para el campo de las intervenciones en salud mental, las políticas públicas y la investigación.

En nuestra sección *Contribuciones en investigación*, ofrecemos dos artículos empíricos.

El primero de ellos, "Creencias en salud, autoeficacia, disfrute y ambiente sobre hábitos de actividad física", escrito por Ricardo Sandoval Domínguez, Sonia Beatriz Echeverría Castro, Juan Carlos Manríquez Betanzos y Luis Arturo Pacheco Pérez, se ofrece evidencia empírica a partir de una amplia muestra de niños y niñas de estudiantes de educación primaria en el contexto mexicano. Los hallazgos muestran la relevancia de factores como la autoeficacia, el disfrute y el entorno en la promoción de la actividad física en la infancia, destacando los factores psicológicos en la promoción del comporta-

miento saludable desde las primeras etapas del desarrollo.

En el segundo texto "Efectos de los mecanismos de monitorización de la atención y la aceptación en dos intervenciones de mindfulness: una prueba aleatorizada controlada" de la autoría de Arturo Enrique Orozco Vargas, Yenit Martínez Garduño, Esteban Jaime Camacho Ruíz, Brenda Sarahi Cervantes Luna, María del Consuelo Escoto Ponce de León y Melissa Sánchez Rodas, se evalúa el impacto diferencial de dos programas de mindfulness en estudiantes universitarios, realizados desde la teoría del Monitoreo y la Aceptación (MAT). Los resultados revelan que la combinación de atención plena con aceptación genera mayores beneficios relativos a la reducción de ansiedad, estrés y depresión, así como en el fortalecimiento de la regulación emocional. Estos hallazgos pueden contribuir a la salud mental a través de intervenciones psicoeducativas dirigidas a jóvenes.

Con esta edición, celebramos también el retorno a la periodicidad semestral y reafirmamos nuestro compromiso con la difusión del conocimiento científico.
Queremos expresar nuestro agradecimiento a las autoras y autores por su participación, así como a las personas revisoras por su generosidad.

Invitamos a nuestros lectores y lectoras a explorar este número, que esperamos contribuya al debate académico en el campo de la psicología.

Equipo editorial.

Lidia Karina Macias-Esparza, directora editorial de la nueva época.
Dra. Karla Alejandra Contreras Tinoco, editora adjunta de la Nueva Época.

Asistente editorial:
Miriam Adriana Zepeda Meza

CONTRIBUCIÓN TEÓRICA Y REVISIONES CONCEPTUALES

Theoretical contribution and conceptual reviews

La formación del psicólogo en México. Panorama del posgrado

Josué R. Tinoco Amador[1], Angélica Bautista López[1],
Osusbel Olivares Ramírez[1]

[1]*Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Iztapalapa*

Cómo citar este artículo (estilo APA) / Citing this article (APA style):
Tinoco Amador, J., Bautista López, A. y Olivares Ramírez, O. (2025) La formación del psicólogo en México. Panorama del posgrado, Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 17(1), pp 11-36

LA CREACIÓN DE LA UNIVERSIDAD Y LA PLANTA ACADÉMICA

Como académicas y académicos comprometidos en la formación de profesionales de la psicología en México, resulta fundamental revisar el proceso histórico del desarrollo del posgrado en esta disciplina. Esta mirada retrospectiva permite recuperar el discurso fundacional y el anhelo educativo expresado por Justo Sierra en la creación de la universidad (Sierra, 1948), al tiempo que visibiliza las transformaciones ocurridas en la formación profesio¬nal y académica a lo largo de más de un siglo, incluyendo la evolución en los criterios para la obtención de grados académicos de la psicología.

El recorrido inicia en 1910, con el surgimiento de la formación superior en psicología[1] en el marco del proyecto de fundación de la Universidad Nacional de México —actualmente Universidad Nacional Autónoma

Dirigir toda correspondencia al autor a la siguiente dirección:
Josué R. Tinoco Amador
Email: josue@doctor.com
Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Iztapalapa, Edif. H, Cub 105, Av. Ferrocarril San Rafael Atlixco 186, Col. Leyes de Reforma 1a, Secc., Alcaldía Iztapalapa, 09310
RMIP 2025, Vol. 17, Núm. 1, pp. 11-36
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx
Derechos reservados ®RMIP

1 La Real Universidad de México fue fundada en 1551, renombrada Real y Pontificia Universidad de México en 1595; Imperial y Pontificia Universidad de México en 1821; y Nacional y Pontificia Universidad de México en 1823. Fue suprimida por Valentín Gómez Farías el 19 de octubre de 1833 para dejar fuera al clero del ámbito de la enseñanza. Entre 1834 y 1865 se emitieron varios decretos que la reabrían o la volvían a suprimir. El 30 de noviembre de 1865 se dio la supresión final por parte de Maximiliano. En 1867 se creó la Escuela Nacional Preparatoria y, en 1881, Justo Sierra presentó la propuesta de su reapertura. El 26 de mayo de 1910 inició actividades la Escuela Nacional de Altos Estudios y, el 18 de septiembre, la Universidad Nacional de México, que agrupó a las seis escuelas.

de México (UNAM)—. Este ambicioso proyecto abarcaba la integración de seis escuelas: la Escuela Nacional Preparatoria, las escuelas de Jurisprudencia, Medicina, Ingenieros, Bellas Artes y la Escuela Nacional de Altos Estudios (ENAE). Esta última tenía los siguientes objetivos:

> Art. 2° Los objetos de la Escuela Nacional de Altos Estudios serán:
> 1° Perfeccionar, especializándolos y subiéndolos a un nivel superior, estudios que en grados menos altos se hagan en las Escuelas Nacionales Preparatoria, de Jurisprudencia, de Medicina, de Ingenieros y de Bellas Artes, o que estén en conexión con ellos;
> 2° Proporcionar a sus alumnos y a sus profesores los medios de llevar a cabo metódicamente investigaciones científicas que sirvan para enriquecer los conocimientos humanos, y
> 3° Formar profesores de las escuelas secundarias y profesionales (UNAM, 1985, pp. 9-10).

> Para la inauguración de la Universidad Nacional de México y la ENAE, los directivos se plantearon una inquietud: la planta docente de aquellos años no contaba con el suficiente número de profesores que tuvieran el grado de doctor,[2] por lo cual se propuso nombrar doctores exprofeso a una cuarta parte del profesorado:
> Sierra y Chávez sabían que otro problema con el que nacía la Universidad Nacional era la falta de sentido de pertenencia a dicha comunidad. Para remediarlo, además de como estímulo sustituto de cualquier incremento salarial, se concedieron grados honoríficos a un número exagerado de profesores […] la Secretaría de Instrucción solicitó a cada escuela que enviara una lista con los nombres de hasta una cuarta parte del total de sus profesores, siempre y cuando tuvieran varios años de buenos servicios y concibieran las obligaciones magisteriales como uno de los aspectos más importantes de su vida […] La Preparatoria nominó a veinticinco; Jurisprudencia, a cinco; Medicina, a catorce; Ingenieros, seis […]. Para evitar problemas de autoridad interna, los directores de todas las escuelas fueron hechos doctores ex oficio (Garciadiego, 2000, pp. 30-31)

Fueron propuestos doctores un total de cincuenta profesores de las escuelas nacionales, de acuerdo con el registro de Menéndez (1966); sin embargo, cuatro de los propuestos por la Escuela Nacional Preparatoria no fueron aceptados pos la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, por lo que solo se aprobaron cuarenta y seis; además de que, como se muestra en la tabla 1, se incluyeron a otras personas, dando un total de sesenta y dos doctorados honoris causa y ex oficio.

2 Extracto de discurso de Justo Sierra, 1902: "… prepararemos al personal director de ella, creando doctorados […] los que hayan ejercido el profesorado en las escuelas superiores, durante largo tiempo y aspiren al grado universitario…" (SIPBA, 1903, pp. 38-39; Ducoing, 1990, p. 66).

Tabla 1
Obtención de doctorado por nominación en 1910

Doctorados ex oficio (directores de las escuelas nacionales)	
Manuel Flores	Preparatoria
Pablo Macedo	Jurisprudencia
Eduardo Licéaga	Medicina
Luis Salazar	Ingeniería
Antonio Rivas Mercado	Bellas Artes
Porfirio Parra	Altos Estudios

Doctorados honoris causa (profesores nombrados por la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes)		
Ing. y Arq. Antonio Anza	Licenciado Julio García	Eduardo Prado
Rafael Barba	Doctor Angel Gaviño	Doctor Nicolás Ramírez de Arellano
Diego Baz	Doctor Roberto Gayol	Francisco Rivas
Emilio G. Baz	Doctor Regino González	José Rivero y Heras
Ing. Guillermo Beltrán y Puga	Angel Groso	Doctor Luis E. Ruiz
Miguel Bustamante	Doctor Manuel Gutiérrez	Doctor Jesús Sánchez
Sen. licenciado Joaquín D. Casasús	Ing. Carlos Herrera	Licenciado Manuel Sánchez Mármol
Ing. Gilberto Crespo y Martínez	Ing. Carlos Lazo	Miguel E. Schulz
Ing. Samuel Chávez	Mariano Lozano	Rafael Sierra
Doctor Jesús Díaz de León	Licenciado Miguel S. Macedo	Doctor José Torres Torija
Francisco Echegaray y Allen	Juan Mansilla Río	Licenciado Antonio Torres Torija
Licenciado Joaquín Eguía Lis	Ing. Nicolás Mariscal	Doctor Manuel Toussaint
Ing. Leandro Fernández	Doctor Demetrio Mejía	Doctor Aureliano Urrutia
Damián Flores	Rafael Ortega	Doctor Manuel M. Villada
Valentín Gama	Doctor Domingo Orvañanos Licenciado Emilio Pardo	Doctor Fernando Zárraga

Doctorados honoris (científicos, estadistas, personalidades)	
Rey de Italia, Víctor Manuel II	Por su heroico amor al pueblo
Rafael Altamira y Crevea	Por el grande esfuerzo que hizo en pro de la unión intelectual de los pueblos hispano-americanos
Emilio Adolfo Behring	Por su admirable descubrimiento del suero antidiftérico, que ha salvado de la muerte segura a millares de niños
Andrés Carnegie	Por sus grandes obras para difundir el progreso y hacer adelantar la ciencia en todos los pueblos y por los servicios que ha prestado para asegurar la paz entre las naciones

Carlos Alfonso Laveran	Por haber descubierto el microbio del paludismo, gracias a lo que han sido posibles todos los descubrimientos posteriores para salvar a la humanidad de numerosas enfermedades
José Ives Limantour	por los grandes servicios que ha prestado para consolidar y desarrollar la hacienda pública y el progreso económico de México
José Lister	Por sus memorables trabajos sobre la antisepsia, que produjeron una revolución completa en la cirugía, que han asegurado la vida de innumerables pacientes y han permitido hacer operaciones quirúrgicas antes imposibles
Gabriel Mancera	Principalmente por los servicios que ha prestado a los niños pobres de las escuelas nacionales
Agustín Rivera	Por haber consagrado su vida al estudio de la historia de México
Theodore Roosevelt	Por sus extraordinarios y eficaces servicios para restablecer y asegurar la paz entre los pueblos

Fuente: García, 1911, pp. 204-205 y *El Imparcial*, 1910, pp. 1 y 15.

Derivado del curso de psicosociología que impartió James Mark Baldwin en 1910, quienes asistieron también pudieron obtener el grado de doctor siempre que pudieran comprobar que habían concluido debidamente sus estudios en cualquier escuela universitaria y que hubieran obtenido la más alta calificación en Historia general, Historia patria, Lógica, Psicología moral, Sociología, Derecho penal, Historia del arte, Fisiología, Psiquiatría, Economía política o Síntesis de derecho. Esta convocatoria no fue solo para alumnos, ya que se hizo extensiva a los profesores universitarios. Vale la pena referir que, como oyentes, pudieron asistir todos los maestros de educación primaria o de cualquier otra profesión que mostraran un título universitario (Menéndez, 1996): 88 hombres (43 alumnos regulares y 45 oyentes) y 14 mujeres (2 alumnas regulares y 12 oyentes) asistieron y cubrieron ese curso inaugural (Contreras y González, 1985).

LA FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA

Para abordar este tema, es necesario remontarse a la ENAE. En 1881, Justo Sierra, al presentar ante la Cámara del Congreso de la República su proyecto para la creación de dicha institución —que inicialmente llevaría el nombre de Escuela Normal y de Altos Estudios, aunque al final se denominó Escuela Nacional de Altos Estudios—, estableció como conocimientos fundamentales a impartirse las matemáticas, cosmografía, geografía, física, química, biología, psicología, sociología e historia general. En su propuesta, Sierra planteaba que en esta escuela se formarían "profesores y sabios especialistas, proporcionando conocimientos científicos y literarios de un orden eminentemente práctico y superior a los que puedan obtenerse en las Escuelas Profesionales" (Art. 6°, inciso II. Sierra, 1881, p. 1).

En 1911, como resultado de una comisión presidida por el director de la ENAE, Porfirio Parra, se establecieron cursos, divididos en dos categorías, 38 con carácter de "necesarios" y 22 clasificados como "útiles". De Psicología, se impartían tres cursos en tres secciones: humanidades (Psicología); ciencias exactas, físicas y naturales (Psicología experimental); y ciencias sociales, políticas y jurídicas (Psicosociología) (Menéndez, 1996).

En 1913 se propuso la asignatura Ciencia y arte de la educación, psicología y metodología general, que se impartiría en dos años, a cargo de Ezequiel Chávez. En esa primera promoción, se inscribieron 26 mujeres y 36 hombres (Menéndez, 1996). En 1916 se reestructuraron los grados en la ENAE y se impartieron los cursos de Psicología general, teórica y experimental, Psicología especial y Ciencias y arte de la educación (Menéndez, 1996). Durante los siguientes años, se revisó el plan de estudios, aunque el grado de licenciatura no se reconoció sino hasta 1958; durante estos años se otorgaron grados de maestro y doctor. Si bien ya operaba desde 1958, y se otorgaba el grado de licenciatura en Psicología, fue en la sesión del Consejo Universitario de 1960[3] cuando se aprobó el primer plan de estudios de dicha licenciatura.

Mientras tanto en diferentes instituciones particulares del país se empezó a impartir esta carrera. En 1947, la Universidad de las Américas, AC (Mexico City College) creó el Departamento de Psicología, cuyo primer director fue el doctor Díaz-Guerrero (Althen, 1947). Cabe aclarar que, en este caso, la acreditación la otorgaban asociaciones de Estados Unidos, dado que era un sistema educativo para hijos de estadounidenses. En 1950, la Universidad Iberoamericana (que se llamó Centro Cultural Universitario hasta 1953), de inspiración cristiana (jesuita), fundó el primer Departamento de Psicología; desde 1950, otorgaba el grado de licenciatura, aunque el programa estaba incorporado a la UNAM.[4] Hacia 1951, en Monterrey, se estableció la Facultad de Psicología en el Colegio Labastida (denominado Universidad Labastida en ese momento), de inspiración cristiana (Hijas de María Inmaculada de Guadalupe).

En 1958, la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX, 2017) aprobó la carrera de psicología, aunque desapareció en 1966. En 1963, la Universidad Veracruzana abrió el Departamento de Psicología. En 1965, en la Universidad Autónoma de Puebla (en 1987 se añadió el reconocimiento de "Benemérita") se constituyó el Colegio de Psicología, en la recién creada Facultad de Filosofía y Letras, y en 1966, aprobó su primer plan de estudios. En ese mismo año, se empezó a impartir la carrera de psicología en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Para cerrar este inciso sobre la consolidación de la disciplina a nivel licenciatura, es importante mencionar que, desde 1954, se empezó a plantear la necesidad de conceder una cédula profesional que avalara los estudios en psicología. En 1974 se otorgó la primera cédula para los egresados de la licenciatura en Psicología, y tal distinción fue entregada por primera vez a Ma Reina Lucrecia Sánchez de la Vega Ramos, egresada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, cuyo número de cédula fue 0268626.

3 Un primer plan con tres especialidades: clínica, industrial y social (Korbman, 1997, p. 67). Valderrama (2010, pp. 75-79) hace una lista de los cursos de ese plan; Millán (1982, p. 9) señala que un 33.3% de los cursos estaban relacionados con medicina (se impartía endocrinología), la misma cantidad que "el núcleo esencial de la verdadera formación psicológica, contaría con un 33.3%" y psicología social con un 8%.

4 En 1955, Ernesto Meneses, como director de la Escuela de Psicología de la Universidad Iberoamericana, se propuso "elevar más el nivel académico de los estudios mediante modificaciones en los planes y programas de estudio, y procuró, sobre todo, evitar el sesgo psicoanalítico que tomaba la carrera, debido a que buen número de los maestros eran psiquiatras o psicoanalistas" (Meneses, 1976, p. 123), "dando cabida a otras tendencias como la experimentalista y la humanista, así como al estudio de la psicometría y a la adquisición de instrumentos para realizar investigaciones de psicología experimental" (Harrsch, 2005, p. 109).

LOS PRIMEROS GRADOS ACADÉMICOS

En 1916 se estableció en el plan general de la ENAE el otorgamiento de los primeros grados académicos. Entonces, aparecieron las figuras de profesor académico, profesor universitario, maestro universitario y doctor universitario (Ducoing, 1990). Estas categorías se centraban más en la enseñanza de la profesión que en la investigación. La siguiente cita lo expresa con claridad: "Las facultades de Letras y Ciencias [de la Escuela Nacional de Altos Estudios] se coronarán también por doctorados científicos y literarios, indispensables en cuanto abriguen el propósito de enseñar en las escuelas secundarias y normales de instrucción primaria" (Ducoing, 1990, p. 66). En 1922 se modificaron los grados académicos anteriores para emitirse como "Profesor Universitario, Maestro en Ciencias o Artes y Doctor en Filosofía, en Letras, en Ciencias Exactas, Físicas o Naturales, en Ciencias Sociales, en Ciencias de la Educación, en Medicina o en Leyes" (Menéndez, 1996, p. 135). También se planteó incluir la elaboración de un documento a sustentar (tesis) para graduarse como maestro o doctor.

A finales de 1924 se promulgó el decreto por el que la ENAE se convirtió en Facultad de Filosofía y Letras (FFyL). En 1929, la Universidad Nacional de México obtuvo la autonomía del Estado y se transformó en la UNAM;[5] la FFyL se incorporó a la UNAM. Así iniciaron en esta universidad los estudios de posgrado, tal como se manifiesta en la siguiente cita:

> En la UNAM, las primeras disposiciones legales para el desarrollo formal de los estudios de posgrado se establecieron en 1929 y los grados de doctor y maestro se comenzaron a otorgar de manera continua a partir de 1932, por lo que su labor fue pionera en América Latina. En aquellos momentos, la Facultad de Filosofía y Letras definió un conjunto de lineamientos para otorgar los grados de maestro y doctor, aunque es importante señalar que el grado no era equivalente al título profesional. De manera tal que bastaba con tener un título de licenciatura, haber ejercido la docencia por más de cinco años, tener obra publicada y presentar una tesis para obtener el grado de doctor, mientras que, para obtener el grado de maestro, eran necesarios los requisitos anteriores y el título de bachillerato (Bello et al., 2003, p. 9).[6]

Martínez et al. (2004) señalan que "México fue el primer país de América Latina en donde se otorgaron los grados de doctor y maestro a partir de 1932" (p. 11). De acuerdo con las actas del Consejo Universitario del 27 de noviembre de 1929, "la designación de los grados quedaría de la siguiente forma: Bachiller, Maestro en Ciencias, Maestro en Bellas Artes, Maestro en Letras, Maestro en Filosofía, Doctor en Ciencias, Doctor en Letras, Doctor en Bellas Artes y Doctor en Filosofía" (Quintana y Valadés, 2001a, p. 183). Así, a pesar de que, desde los inicios de la ENAE, se comenzaron a otorgar grados académicos de maestría y doctorado, estos no tenían el rigor derivado de la investigación científica, sino que se enfocaban en el reconocimiento a la trayectoria de la labor docente. La creación de una instancia encargada de coordinar los estudios de posgrado, con el propósito de consolidarla como una estructura sólida y claramente definida, atravesó varios momentos clave. Este proceso inició con la implementación de los ciclos profesional y de graduados. En 1945, la Facultad de Ciencias estableció por primera vez el requisito de contar con el grado de licenciatura para acceder a estudios de maestría y, de forma progresiva, también para doctorado (Martínez et al., 2004).

Entre 1946 y 1957 se creó la Escuela de Gra-

5 Un dato poco conocido es que, en 1933, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley Orgánica, mediante la cual se cambió el nombre a Universidad Autónoma de México; en 1934, el Consejo Universitario emitió el estatuto de la Universidad Nacional de México (Quintana y Valadés, 2001) y, en 1936, el Consejo Universitario retomó el nombre de Universidad Nacional Autónoma de México (Quintana y Valadés, 2001b); en 1945 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley Orgánica que reconocía el nombre de UNAM (*Diario Oficial de la Federación*, 23 de octubre de 1933 y 6 de enero de 1945).

6 El grado de licenciatura en la Facultad de Filosofía y Letras tuvo un efímero periodo entre 1928 y 1931 (Menéndez, 1996).

duados, cuyo objetivo principal era coordinar los estudios de posgrados. "Es entonces cuando se definen y se distinguen los 'altos estudios' o 'estudios superiores' […] como estudios de posgrado" (Arredondo et al., 2006, p. 5). Este proceso transitó por diversas etapas administrativas. Entre 1957 y 1974, la coordinación de estudios de posgrado por distintas instancias: primero un consejo de doctorado, luego un consejo de estudios superiores (1960) y, posteriormente, un consejo de estudios de posgrado (1974), hasta culminar con la aprobación del Reglamento General de Estudios de Posgrado en 1979 (Quintana y Valadés, 2001b). En 1986, se incorporó la figura del tutor, que fortaleció el acompañamiento académico en este nivel. Así, "todas las medidas que se proponen tienen como fundamento la concepción del posgrado como un nivel de excelencia y no como una rutina que proporciona prestigio" (Quintana y Valadés, 2001b, p. 1563).

En 1995, el Consejo Universitario aprobó el nuevo Reglamento General de Estudios de Posgrado y como resultado de este se planteó la reducción e integración hacia programas únicos de posgrado: "Procurarán la participación conjunta de las entidades académicas que cultivan disciplinas o ramas afines del conocimiento" (Quintana y Valadés, 2001b, p. 1772). Con ello se logró, como señalan Martínez et al. (2004), atender la dispersión de programas y entidades. "Los programas de posgrado crecieron de 102 existentes en 1968 a 234 en 1979 […] Como consecuencia del reglamento de 1986, para el periodo 1987-1991 había únicamente 60 (51 planes de maestría y 9 de doctorado)" (pp. 15 y 18). Sin embargo, Balvanera (2009) ha señalado aspectos importantes para que un proceso así funcione (este tema se retomará en las conclusiones).

En 1970, se creó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt; actualmente, Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación, Secihti). En 1978, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) y la Secretaría de Educación Pública "formularon el Plan Nacional de Educación Superior, uno de cuyos programas estaba centrado en la creación de nuevos programas de posgrado y establecieron la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior…" (Arredondo et al., 2006, p. 7). En 1991, el Conacyt estableció el Padrón de Programas de Posgrado de Excelencia, conocido posteriormente como Programa Nacional de Posgrados de Calidad. En 2023, el modelo cambió al Sistema Nacional de Posgrados, cuyas formas y procesos de evaluación están en proceso de implementación.

EL SURGIMIENTO DEL POSGRADO EN PSICOLOGÍA

Como se ha expuesto, el posgrado en México surgió para atender necesidades de enseñanza, más que de investigación (Art. 2° de la Ley Constitutiva de la ENAE y en la nota 2). En 1916 se establecieron los grados académicos que otorgaría la ENAE, y en 1937, el grado de maestro en Psicología. Korbman (1997) advierte que "el grado de Maestro en Psicología no debe confundirse con el grado de Maestría que se otorgó años después, pero puede equipararse al grado de Licenciatura que aún no existía" (p. 60); esto, porque el interés era la formación de docentes y no de especialistas en psicología:

> Hacia 1937 se plantea en el Facultad de Filosofía y Letras un plan de estudios de Maestría en Psicología[7]; El segundo plan de estudios, establecido en 1945 en la misma Facultad de Filosofía y Letras, se caracterizó por un enfoque biogénico que intercalaba asignaturas como Psicología de la Educación, Biología y Fisiología Humana […] El tercer plan de estudios de la carrera (1949) tuvo un aumento de créditos y materias optativas, la inclusión de

7 Muy posiblemente a la maestría en Psicología creada en 1937 se le nombraba en algunas ocasiones como "Maestría en Ciencias Psicológicas hacia 1939; esto, porque en 1935 en la FFyL se creó el Departamento de Ciencias de la Educación y el grado de Maestro en Ciencias de la Educación, derivado de la situación que generó la separación de la Escuela Normal Superior de la FFyL" (Ducoing, 1990, p. 233).

> prácticas obligatorias y la formación en investigación a través de materias metodológicas e instrumentales (Zanatta y Camarena, 2012, p. 154).

En 1943, la FFyL creó el Departamento de Psicología, integrado dentro del entonces Departamento de Filosofía, el cual estuvo a cargo del doctor Fernando Ocaranza, fisiólogo de formación (Montiel, 1971).[8] En ese momento, se otorgaba el grado de "maestro en Filosofía especializado en Psicología" (Montiel, 1971, p. 38).[9]

En 1945, Fernando Ocaranza fue nombrado jefe del recién creado Departamento de Psicología, y se reformuló el plan de estudio de la maestría en Psicología. Aunque se le denominaba "maestría", en términos académicos y por su estructura curricular, este programa era aún equivalente a una licenciatura en el sentido actual. La reforma tenía como finalidad "resolver problemas concretos de la práctica profesional" (Cueli y Nieto, 2015, p. 191; Valderrama, 2010, p. 136).

El grado se obtenía después de cursar el nivel bachillerato y completar seis semestres de estudio (Valderrama, 2010), lo que refuerza su carácter equivalente a un programa de licenciatura actual. En el caso del doctorado, no fue sino hasta 1948 cuando se otorgó por primera vez el grado de doctor en Filosofía, con especialidad en Psicología.

En 1956, el Consejo Universitario de la UNAM aprobó el Reglamento de la Facultad de Filosofía y Letras, el cual proponía la modificación de la maestría en Psicología y la creación del doctorado (Quintana y Valadés, 2001b; Valderrama, 2010). Un año después, en 1957, se estableció la reforma para otorgar el grado de licenciatura (Montiel, 1971). A partir de 1958, se instituyó el grado de doctor en Psicología:[10]

> Ph. D. José Luis Curiel, who in 1957 was responsible for the academic and administrative control of the School of Psychology of the FFyL and who, as indicated above, developed the initial curriculum for the professional training of psychologists. Not only that, Ph. D. Curiel also created five doctorates (industrial, criminological, pedagogical, professional orientation) among which is the Doctorate in Social Psychology (Tinoco et al., 2025).

Lo anterior marcó el inicio formal de los grados académicos conocidos hasta la actualidad.

En la UNAM, específicamente en la Facultad de Medicina, se creó en 1955 el Departamento de Psicología Médica, en el cual se definió "el campo clínico como clara tendencia profesional. Eran los tiempos en los que el psicólogo es visto como un subordinado del psiquiatra o del médico, ya que éste tenía título, cédula profesional, el psicólogo no" (Martínez y Razo, 1996, p. 399). Más adelante, en 1967, la Universidad Iberoamericana instituyó el doctorado en Psicología, con tres especializaciones: clínica, social e industrial (Meneses, 1976). Un año después, en 1968, la Universidad Veracruzana creó la maestría en Modificación de la Conducta y, en 1976, la Universidad Autónoma de Querétaro estableció la maestría en Psicología Clínica.

En 1973, la UNAM abrió la Facultad de Psicología, con seis programas de maestría y cuatro de doctorado en esa disciplina (véase tabla 2).

8 Lara Tapia señala que, en el periodo de 1930-1960, "el psicólogo no tenía una independencia profesional, generalmente estábamos controlados por el ambiente médico y fundamentalmente por los psiquiatras y los psicoanalistas. Realmente se percibía a la carrera como medio subprofesional […] incluso, materias estrictamente psicológicas son impartidas por gentes que no son psicólogos" (citado en Carrascoza, 2003, p. 55). Escobar también refiere que "los psiquiatras se convirtieron en los especialistas en temas psicológicos e impartían numerosas clases una vez que se creó formalmente la carrera de psicología. El psicólogo acabó por tener un papel secundario dada la fuerte influencia de los psiquiatras" (Escobar, 2016, p. 136).

9 Se impartían cursos de fisiología general, psicopatología y psicología social (Montiel, 1971).

10 José Luis Curiel "creó los Doctorados en Psicología Industrial, Social, Criminológica, Pedagógica y de Orientación Profesional (ya existía el de Psicología Clínica)" (Valderrama, 2010, p. 70).

Tabla 2
Matrícula en nivel maestría

Maestría	Mujeres	Hombres	Total
1965			
Psicología	19	4	23
1973			
Análisis Experimental de la Conducta	19	17	36
Psicología Clínica	37	19	56
Psicología Educacional	11	6	17
Psicología General Experimental	7	4	11
Psicología (Psicobiología)	4	2	6
Psicología Social	32	12	44
1998-1999			
Análisis Experimental de la Conducta	3	2	5
Psicología (Psicología Clínica)			
Psicología Ambiental	6	3	9
Psicología Educativa	25	9	34
Psicología General Experimental	24	11	35
Psicología (Psicobiología)	13	7	20
Psicología Social	13	6	19
2022-2023			
Psicología	174	69	243

Fuente: Elaboración con datos de Cuadros Estadísticos 1929-1979 y Agenda Estadística 2023, UNAM.

Hacia 1992, el programa de doctorado en Psicología de la UNAM se consolidó como un posgrado único, aunque se mantuvieron cuatro áreas de conocimiento. Hasta ese año, se ofrecían las siguientes especializaciones: Análisis Experimental de la Conducta, Psicología Clínica, Psicología General Experimental y Psicología Social (UNAM, 2010). En la anterior tabla se reporta la matrícula de tres de las cuatro áreas señaladas.

En el caso de la maestría, todavía en el ciclo 1998-1999 se registraban seis programas distintos. Sin embargo, a partir de 1999 se reestructuró en un solo programa de maestría en Psicología, con "tres campos de conocimiento aplicado: Psicología Aplicada a la Salud, Psicología Aplicada a la Educación y al Desarrollo Humano y Psicología Aplicada a Procesos Sociales, Organizacionales y Ambientales" (UNAM, 2010, p. 5).

En 1995, el Consejo Universitario aprobó el Reglamento General de Estudios de Posgrado, lo que dio lugar a la propuesta de un programa único de posgrado. Como resultado, se impulsó una dinámica de integración de los diferentes tipos de programas de posgrado reportados hasta entonces (véase tabla 3), con el objetivo de unificarlos en un programa de maestría y doctorado en Psicología,[11] aunque conservando las áreas de conocimiento diferenciadas.

11 En la Agenda Estadística 2001 de la UNAM ya no aparecen desglosados los programas, sino solo la maestría y el doctorado en Psicología.

Hacia 2010 esta integración se consolidó con la participación conjunta de diversas entidades: la Facultad de Psicología, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, el Instituto de Neurobiología (Juriquilla) y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", todas ellas incorporadas en un solo programa de doctorado.

El reporte estadístico de 1981 presenta datos sobre la matrícula de estudiantes de la UNAM en los distintos niveles educativos desde 1929 hasta 1979.[12] En el caso del nivel licenciatura, los registros comenzaron a partir de 1958, año en que se propuso el primer plan de estudios formal para esta etapa, como ya se mencionó.

Tabla 3
Matrícula en nivel de doctorado

Doctorado	Mujeres	Hombres	Total
1958			
Psicología	22	6	28
1973			
Psicología Clínica	16	9	25
Psicología Educativa	1	0	1
Psicología General Experimental	1	0	1
Psicología Social	6	3	9
1992			
Psicología (Psicología Clínica)	2	2	4
Psicología General Experimental	2	1	3
Psicología Social	4	4	8
2022-2023			
Psicología	110	82	192

Fuente: Elaboración con datos de Cuadros Estadísticos 1929-1979 y Agenda Estadística 2023, UNAM.

EL POSGRADO EN LA ACTUALIDAD. EVALUACIÓN Y PROSPECTIVA

En la sesión del Consejo Superior de Educación del 13 de agosto de 1908, la Comisión Dictaminadora de la creación de la ENAE declaró:

> Tres necesidades se hacen sentir hondamente en México en materia de altos estudios: la de perfeccionamiento y especialización de los conocimientos adquiridos de un modo elemental y general en las escuelas preparatoria y profesionales; la de la formación de un cuerpo de profesores competentes para las escuelas de educación secundaria y profesional; y la de la organización de investigaciones científicas, metódicas y racionalmente orientadas (SIPBA, 1908, pp. 155-156).

En esta cita se muestra el referente frente al cual se puede revisar, más de cien años después, el

12 El nivel de doctorado se reporta desde 1958, y el de maestría a partir de 1965, a pesar de haber sido aprobados al mismo tiempo por el Consejo Universitario (UNAM, 1981).

avance que ha tenido en México la educación de posgrado. Los estudios de este nivel en México tienen en la actualidad dos vertientes. La primera, de corte profesionalizante, que es vista como de menor grado de dificultad y, por ende, con menor grado de reconocimiento social en las universidades. La segunda, de corte investigativo, que, a la luz de la cita anterior, valdría la pena revisar si la propuesta de enseñar a investigar y a pensar, con base en la cual se funda ese inicio de la ENAE, se cumple a cabalidad en la actualidad. Ese es el anhelo que expresa Justo Sierra en el discurso inaugural de la Universidad Nacional de México el 22 de septiembre de 1910:

> Nuestra ambición sería que en esa Escuela [ENAE], que es el peldaño más alto del edificio universitario […] se enseñase a investigar y a pensar, investigando y pensando, y que la substancia de la investigación y el pensamiento no se cristalizase en ideas dentro de las almas, sino que esas ideas constituyesen dinamismos perennemente traducibles en enseñanza y en acción (Sierra, 1948, pp. 458-459).

Con este telón de fondo, la formación de posgraduados en psicología y en ciencias sociales en México tiene ya un largo camino recorrido. A continuación, se abordará el estado actual de los programas de posgrado en psicología en el país, en particular la oferta académica de maestría y doctorado de acuerdo con los datos de la ANUIES. En primer lugar, se presenta una tabla con los datos generales sobre el número de instituciones que ofrecen programas de posgrado en psicología, así como la matrícula correspondiente. Posteriormente, se incluye otra tabla que contiene el nombre de los programas de grado.

Tabla 4
Programas en México en 2024 y su matrícula

Programas	Maestría	Doctorado	Tot	Maestría	Doctorado	Tot
Inst. Públicas	81	29	110	1,796	529	2,325
Inst. Particulares	387	49	436	17,048	1,372	18,420
Totales	468	78	546	18,844	1,901	20,745
x Nivel	85.7%	14.3%		90.8%	9.2%	
x Inst. públicas	17.3%	37.2%		9.5%	27.8%	
x Inst. particulares	82.7%	62.8%		90.5%	72.2%	

Fuente: Elaborado con datos del Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. Ciclo Escolar 2023-2024, ANUIES.

Es evidente la disparidad entre instituciones particulares y públicas, pero sorprende la cantidad de programas de maestría en instituciones particulares. Las tablas 5, 6, 7 y 8 presentan el nombre del programa y en la columna se indica en cuántas instituciones se imparten: los primeros renglones se refieren a programas impartidos en más de una institución y se ordenan en función del número de instituciones que ofrecen el mismo programa. Es de destacar que compartir el nombre no implica compartir el programa, son independientes en currículo y contenidos; hay muy pocos programas interinstitucionales en el país. La tabla 7 es extensa, ya que refleja a 387 instituciones/programas, pero no se recortan o suprimen renglones para evidenciar los temas de la psicología que se ofrecen en México.

INSTITUCIONES PÚBLICAS

En maestría, se reportaron 81 programas en el área de psicología en 58 instituciones: 16 programas de maestría en Psicología; 4 en Psicología Educativa, Psicología de la Salud y Terapia Familiar; 3 en Psicología Clínica; 2 en Ciencia del Comportamiento, Investigación Psicológica, Psicología Aplicada, Psicología de la Educación, Perspectiva Psicoanalítica y Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz. Los 41 programas son maestrías en áreas o temas de la psicología, con nomenclaturas diversas.

Al revisar la lista de 50 programas de maestría en México incluida en la tabla 5, se observan dos tendencias. La más amplia se centra en la atención a la salud mental, con un enfoque terapéutico y una tendencia profesionalizante, que corresponde a la cultura psicológica de la sociedad mexicana. La necesidad de apoyo psicológico es correspondiente a una demanda formativa en ese sentido.

La segunda tendencia, de menor presencia, es de corte investigativa, explicativa y comprensiva. Se trata de programas de estudio de nivel maestría que demandan al alumnado el desarrollo de habilidades de investigación para la problematización de una realidad contemporánea convulsa y para la búsqueda de las respuestas que ese entorno adverso le demanda a la psicología.

Tabla 5
Matrícula en nivel maestría, sector público

En instituciones públicas	Mujeres	Hombres	Total	Inst.
Psicología	303	135	438	16
Psicología de la Salud	42	13	55	4
Psicología Educativa	55	19	74	4
Terapia Familiar	36	10	46	4
Psicología Clínica	48	22	70	3
Ciencia del Comportamiento	35	29	64	2
Investigación Psicológica	23	14	37	2
Psicología Aplicada	62	23	85	2
Psicología de la Educación Perspectiva Psicoanalítica	28	15	43	2
Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz	25	9	34	2
Ciencias Cognitivas	9	9	18	1
Ciencias con orientación (cognición y educación, psicología de la salud o neuropsicología)	18	6	24	1
Ciencias de Bienestar Psicológico y Estudios Psicosociales	9	2	11	1
Ciencias en Intervención Psicosocial	8	4	12	1
Ciencias en Neurometabolismo	3	3	6	1
Cuidados Paliativos	8	8	16	1
Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica	18	6	24	1
Estudios de Sexualidad	10	2	12	1
Estudios Psicoanalíticos	4	0	4	1
Estudios Psicosociales	8	3	11	1
Inclusión Social	7	0	7	1
Intervención Psicológica	10	4	14	1
Investigación en Psicología Aplicada a la Educación	13	11	24	1
Neuropsicología	20	2	22	1

Psicoanálisis	11	0	11	1
Psicología Clínica con orientación en intervención	21	6	27	1
Psicología Clínica Especializada	27	6	33	1
Psicología Clínica Legal y Forense	21	14	35	1
Psicología Clínica y de la Salud	10	8	18	1
Psicología Clínica y Educativa	2	3	5	1
Psicología con orientación (clínica psicoanalítica, psicología laboral y organizacional o terapia breve o violencia de género)	85	24	109	1
Psicología con orientación en calidad de vida y salud	5	0	5	1
Psicología con orientación en psicología ecológica y conductual	1	3	4	1
Psicología con orientación en psicología social	8	3	11	1
Psicología de la Educación Perspectiva Psicogenética	1	0	1	1
Psicología de las Organizaciones y Gestión del Talento Humano	21	17	38	1
Psicología del Deporte	14	22	36	1
Psicología del Trabajo	9	5	14	1
Psicología Infantil	54	12	66	1
Psicología Social	4	8	12	1
Psicología Social de Grupos e Instituciones	22	18	40	1
Psicología y Salud	8	7	15	1
Psicopatología Forense	23	10	33	1
Psicoterapia Clínica y Hospitalaria con orientación en adultos	7	0	7	1
Psicoterapia Clínica y Hospitalaria con orientación en pareja y familia	5	0	5	1
Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia	6	1	7	1
Teoría Psicoanalítica	43	37	80	1
Terapia Familiar Sistémica	1	0	1	1
Terapia Familiar y de Pareja	15	5	20	1
Terapia Sistémica	11	1	12	1
Total de matrícula 2024	1,237	559	1,796	81
% por sexo	68.9%	31.1%	100%	

Fuente: Elaborado con datos del Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. Ciclo Escolar 2023-2024, ANUIES. El orden corresponde al número de instituciones que imparten y, en los que son mismo numeral, se ordenan de forma alfabética.

En el nivel de doctorado, la tendencia predominante es de carácter investigativo, como se puede apreciar en la tabla 6. En 2024 se reportaron 29 programas de doctorado en el área de psicología, ofrecidos en 25 instituciones públicas. De estos programas, 14 son de psicología; 2 corresponden al campo de la ciencia del comportamiento, 2 a psicología de la salud y 2 al modelo interinstitucional. Los 9 restantes tienen denominaciones únicas, y se imparten en una sola institución. En la mayoría de estos programas se aprecia una orientación hacia la profesionalización y la operacionalización de acciones restaurativas vinculadas con lo que podría definirse como la salud mental estructural de la sociedad.

Es deseable que la oferta de programas de doctorado en psicología no se limite a responder únicamente a la inmediatez de la problemática social, sino que también apueste a la formación de científicos sociales, psicólogos con una mirada prospectiva, capaces de generar conocimiento de alta calidad y de proponer soluciones in-

novadoras a los desafíos actuales. Aunque esta orientación formativa se encuentra en algunos programas analizados, su presencia sigue siendo minoritaria. No obstante, representa una posibilidad valiosa de formación avanzada para psicólogos del más alto nivel, en correspondencia con el anhelo planteado por Justo Sierra, quien abogaba por una formación que permitiera al alumnado investigar y pensar, y pensar para investigar.

Tabla 6
Matrícula en doctorado, sector público

En instituciones públicas	Mujeres	Hombres	Total	Inst.
Psicología	191	137	328	14
Ciencia del Comportamiento	12	16	28	2
Interinstitucional en Psicología	10	5	15	2
Psicología de la Salud	20	15	35	2
Ciencias Cognitivas	7	5	12	1
Ciencias del Comportamiento Saludable	14	7	21	1
Filosofía con orientación en psicología	0	0	0	1
Investigación Psicológica	15	6	21	1
Neuroderecho y Psicopatología Forense	2	1	3	1
Psicología Aplicada	13	6	19	1
Psicología con énfasis en salud y violencia	8	4	12	1
Psicología con orientación en calidad de vida y salud	13	3	16	1
Psicología Social	11	8	19	1
Total de matrícula 2024	316	213	529	29
% por sexo	59.7%	40.3%	100%	

Fuente: Elaborado con datos del Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. Ciclo Escolar 2023-2024, ANUIES. El orden corresponde al número de instituciones que imparten y, en los que son mismo numeral, se ordenan de forma alfabética.

INSTITUCIONES PARTICULARES

Considerando la amplia oferta de programas de maestría en el ámbito privado en México, se observa que el enfoque terapéutico ocupa una posición predominante. Según los registros más recientes, se reportan 387 programas en el área de psicología, distribuidos en 288 instituciones particulares. Entre ellos, destacan 26 programas de maestría en Psicología Clínica, seguidos por 20 en Psicología Organizacional y 20 en Terapia Familiar. El ámbito educativo también tiene una presencia significativa, con 18 programas de maestría en Psicología Educativa. Asimismo, se identifican 14 maestrías en Psicología, 12 en Psicoterapia Gestalt, 10 en Psicoterapia Psicoanalítica, 8 en Psicoterapia, 7 en Tanatología y 5 en Neuropsicología. Del mismo modo, se registran 4 programas con nombres como Psicoanálisis, Psicología Clínica y Psicoterapia, Psicología Criminal, Psicología Forense, Psicología Jurídica y Criminología, Psicoterapia Familiar, Psicoterapia Humanista o Terapia Familiar Sistémico-Relacional.

En un número menor, tres instituciones ofrecen maestrías en Psicología Clínica de la Salud, Psicología de la Salud, Psicología Empresarial, Psicología Jurídica Forense, Psicología Social, Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes o Psicoterapia Familiar Sistémica.

Finalmente, se reportan 143 programas con denominaciones únicas, cada uno ofrecido por una institución distinta. En total, se identifican 367 maestrías que abordan contenidos diversos dentro del campo de la psicología, algunas con enfoques altamente especializados dirigidos a grupos vulnerables o a contextos de intervención práctica muy específicos.

Es importante mencionar que en las tablas de clasificación se respetaron los nombres exactos registrados por las instituciones. Si bien algunos programas presentan títulos casi idénticos, no se agruparon, ya que cada uno constituye una denominación formal única dentro del registro institucional.

Nuevamente, aparece una marcada tendencia hacia una visión terapéutica y patologizante de la psicología, evidenciada en la prevalencia de enfoques clínicos, asistenciales o terapéuticos dentro de los programas de posgrado. Junto a estos, también se ofrecen programas enfocados en el ámbito educativo y formativo, orientados a la atención de las personas y la promoción de su bienestar psíquico. Del mismo modo, existen programas especializados en intervenciones terapéuticas dirigidas a las personas, parejas, familia o grupos etarios.

Tabla 7
Matrícula en nivel maestría, sector particular

En instituciones particulares	Mujeres	Hombres	Total	Inst.
Psicología Clínica	675	211	886	26
Psicología Organizacional	385	190	575	20
Terapia Familiar	416	110	526	20
Psicología Educativa	864	209	1,073	18
Psicología	1472	410	1,882	14
Psicoterapia Gestalt	168	57	225	12
Psicoterapia Psicoanalítica	442	192	634	10
Psicoterapia	103	31	134	8
Tanatología	660	192	852	7
Neuropsicología	174	38	212	5
Psicoanálisis	60	22	82	4
Psicología Clínica y Psicoterapia	155	56	211	4
Psicología Criminal	17	8	25	4
Psicología Forense	20	16	36	4
Psicología Jurídica y Criminología	41	11	52	4
Psicoterapia Familiar	116	19	135	4
Psicoterapia Humanista	90	20	110	4
Terapia Familiar Sistémico–Relacional	89	15	104	4
Psicología Clínica de la Salud	890	245	1,135	3
Psicología de la Salud	871	202	1,073	3
Psicología Empresarial	9	3	12	3
Psicología Jurídica y Forense	31	18	49	3
Psicología Social	14	10	24	3

Psicoterapia Clínica	144	34	178	3
Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes	26	10	36	3
Psicoterapia Familiar Sistémica	85	24	108	3
Evaluación y Psicoterapia Infantil	43	3	46	2
Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica	56	0	0	2
Intervención Psicoterapéutica	0	12	26	2
Programación Neurolingüística	14	22	72	2
Psicología de las Organizaciones	50	4	26	2
Psicología del Adolescente	22	1	2	2
Psicología del Deporte	1	10	62	2
Psicología Infantil	52	0	10	2
Psicología Jurídica	10	105	760	2
Psicooncología	655	2	15	2
Psicoterapia Breve	13	74	261	2
Psicoterapia Cognitivo Conductual	187	15	60	2
Psicoterapia Dinámica	30	7	37	2
Psicoterapia Gestalt Infantil	24	2	25	2
Psicoterapia Gestalt Integrativa	79	17	102	2
Psicoterapia Humanista Existencial	117	1	25	2
Psicoterapia Infantil	69	16	95	2
Psicoterapia Integral	16	30	147	2
Sexualidad Humana	28	6	75	2
Terapia Familiar Sistémica	84	4	20	2
Terapia Familiar y de Pareja	14	7	35	2
Terapia Infantil	48	5	19	2
Acompañamiento Humano	29	1	49	1
Análisis de Grupos e Instituciones	8	22	78	1
Bioenergía y Desarrollo Humano	44	8	37	1
Clínica Psicoanalítica	0	2	10	1
Coaching Transpersonal	3	16	60	1
Consejería Psicológica y Acompañamiento Integral	30	0	0	1
Consejería y Educación de la Sexualidad	14	1	4	1
Constelaciones Familiares	16	18	48	1
Cuidados Paliativos y Psicooncología	9	0	14	1
Desarrollo Transgeneracional Sistémico y Constelaciones Familiares	6	1	17	1
Desarrollo Transpersonal	8	2	11	1
Desarrollo y Psicoterapia Infantil	0	1	7	1
Desprogramación	49	4	12	1
Educación de la Sexualidad Humana	10	0	0	1

Educación del Desarrollo de Habilidades Emocionales	2	15	64	1
Educación Sexológica	4	2	12	1
Enfoques Psicoterapéuticos Cognitivo Humanista	26	1	3	1
Estudios del Proceso de la Muerte y el Desapego	13	1	5	1
Estudios en Psicoanálisis	15	8	34	1
Estudios Psicoanalíticos	4	5	18	1
Evaluación e Intervención Neuropsicológica	44	9	24	1
Evaluación Psicológica Forense	14	5	9	1
Evaluación y Terapia Infantil	53	18	62	1
Felicidad y Psicología Positiva	0	2	16	1
Formación Terapéutica Aplicada en Adicciones y Grupos Vulnerables	0	4	57	1
Gestalt	63	0	0	1
Herramientas del Pensamiento Multimodal	6	1	1	1
Hipnosis	1	18	81	1
Hipnosis y Psicoterapia Ericksoniana	13	5	11	1
Hipnosis y Terapia Familiar Breve Sistémica	65	0	1	1
Inteligencia Emocional	21	7	20	1
Intervención Psicológica en el Desarrollo y la Educación	641	18	83	1
Intervención Psicológica Familiar y de Pareja	1	6	27	1
Mediación y Programación Neurolingüística (PNL)	1	87	728	1
Mercadotecnia y Psicología del Consumidor	1	1	2	1
Modificación de la Conducta	13	0	1	1
Neurociencia Aplicada a la Psicología Educativa y Organizacional	48	3	4	1
Neurociencia Cognitiva y de la Conducta	7	9	22	1
Neurociencia Educativa e Innovación	22	12	60	1
Neurociencias para la Educación	28	3	10	1
Neuropsicología Clínica	0	9	31	1
Neuropsicología Educativa	2	9	37	1
Orientación Psicológica	12	0	0	1
Orientación y Facilitación de Grupos con Enfoque Humanista	1	3	5	1
Prácticas Colaborativas y Dialógicas	0	1	13	1
Prevención y Atención del Abuso Sexual Infantil	22	2	3	1
Programación Neurolingüística e Inteligencia Emocional	13	0	0	1
Psicoanálisis Clínico Contemporáneo	17	4	26	1
Psicoanálisis y Cultura	5	1	14	1
Psicología Aplicada	13	7	24	1
Psicología Aplicada a la Educación	24	4	9	1
Psicología Clínica Infantil	14	5	18	1
Psicología Clínica Infanto Juvenil	82	3	27	1

Psicología Clínica y de la Salud	2	4	18	1
Psicología Clínica y Salud con enfoque cognitivo conductual	139	4	86	1
Psicología con concentraciones en psicología clinica, terapia familiar y desarrollo organizacional	13	0	2	1
Psicología Criminal con enfoque en psicología forense	78	56	195	1
Psicología del Consumidor y Marketing Digital	9	1	14	1
Psicología del Desarrollo Humano	7	33	111	1
Psicología del Trabajo	3	7	16	1
Psicología del Trabajo y de las Organizaciones	22	1	8	1
Psicología del Trabajo y Gestión del Talento Humano	5	6	9	1
Psicología del Trabajo y las Organizaciones	6	7	29	1
Psicología Educativa en Visión Humanista	12	5	10	1
Psicología en Terapia Familiar	5	2	8	1
Psicología Familiar	1	9	21	1
Psicología Forense y Criminológica	52	1	6	1
Psicología Humanista Infantil en el Aula	7	0	1	1
Psicología Industrial	1	12	64	1
Psicología Infantojuvenil	0	2	9	1
Psicología Integrativa	1	0	1	1
Psicología Jurídica y Criminológica	37	0	0	1
Psicología Laboral y Gestión del Talento Humano	9	0	1	1
Psicología Neuroeducativa	40	18	55	1
Psicología Organizacional y del Trabajo	0	5	14	1
Psicología Organizacional y Gestión del Talento Humano	11	1	41	1
Psicología Organizacional y Recursos Humanos	18	0	0	1
Psicología Profunda	2	2	13	1
Psicología Sistémica	99	13	31	1
Psicología Transpersonal	62	1	3	1
Psicología y Análisis Organizacional	10	17	116	1
Psicología y Orientación Escolar	20	20	82	1
Psicopatología Forense y Análisis Criminológico	33	3	13	1
Psicopedagogía y Capacitación	45	18	38	1
Psicoprofilaxis Perinatal	1	9	42	1
Psicoterapia Analítica de Grupo	19	8	53	1
Psicoterapia Breve e Hipnosis Clínica	8	1	2	1
Psicoterapia Breve Sistémica	51	11	30	1
Psicoterapia Cognitiva	1	9	17	1
Psicoterapia Cognitivo, Conductual en Salud Mental y Familia	55	16	67	1
Psicoterapia con Programación Neurolingüística	0	0	1	1

Psicoterapia con un enfoque psicoanalítico	45	12	67	1
Psicoterapia de Niños y Adolescentes	2	1	1	1
Psicoterapia de Pareja e Individual	23	1	3	1
Psicoterapia de Pareja y Familiar	3	2	25	1
Psicoterapia de Parejas y Familias	0	2	5	1
Psicoterapia de Última Generación	23	0	0	1
Psicoterapia Dinámica Infantil y Adolescente	7	2	25	1
Psicoterapia en Niños y Adolescentes	23	1	8	1
Psicoterapia Ericksoniana	1	0	1	1
Psicoterapia Familiar y de Pareja	7	1	8	1
Psicoterapia General	28	3	31	1
Psicoterapia Gestalt con enfoque integral	14	5	19	1
Psicoterapia Gestalt Humanista	44	11	55	1
Psicoterapia Humanista Corporal	11	2	13	1
Psicoterapia Humanista Gestalt	13	3	16	1
Psicoterapia Humanista Integrativa	9	5	14	1
Psicoterapia Humanística	0	0	0	1
Psicoterapia Individual y de Grupos	30	13	43	1
Psicoterapia Infantil enfoque humanista	5	0	5	1
Psicoterapia Infantil Gestalt	26	1	27	1
Psicoterapia Infantil Humanista Integrativa	11	0	11	1
Psicoterapia Médica	22	5	27	1
Psicoterapia Psicoanalítica con Niños, Púberes y Adolescentes	4	2	6	1
Psicoterapia Psicoanalítica de Adultos	8	3	11	1
Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia	23	8	31	1
Psicoterapia Psicoanalítica Individual	6	4	10	1
Psicoterapia Psicoanalítica Infantil	5	0	5	1
Psicoterapia Sistémica	14	4	18	1
Psicoterapia Transgeneracional	2	0	2	1
Psicoterapias Humanísticas	7	2	9	1
Psicotraumatología	5	2	7	1
Saberes sobre Subjetividad y Violencia	21	10	31	1
Salud Mental	0	0	0	1
Salud Mental Comunitaria	2	2	4	1
Sexología Clínica	21	13	34	1
Sexología Educativa	6	2	8	1
Sexología Educativa, Sensibilización y Manejo de Grupos	5	4	9	1
Sexología Humanista y Acompañamiento de Grupos	22	3	25	1
Tanatología Educativa	17	3	20	1

Tanatología y Cuidados Paliativos	2	2	4	1
Tanatología, Duelo y Sentido de Vida	97	10	107	1
Teoría Psicoanalítica	11	10	21	1
Terapia Cognitivo Conductual	36	8	44	1
Terapia Cognitivo Conductual e Intervención en Crisis	32	21	53	1
Terapia de Juego Aplicada a Problemas Emocionales y Conducta	16	2	18	1
Terapia Familiar Breve Sistémica	94	28	122	1
Terapia Familiar Sistemática	16	4	20	1
Terapia Familiar Sistémica Relacional	21	4	25	1
Terapia Familiar y Adicciones	7	2	9	1
Terapia Gestalt	268	69	337	1
Terapia Sexual y de Pareja	150	44	194	1
Terapias Psicosociales	15	4	19	1
Trastorno del Espectro Autista	10	1	11	1
Victimología e Intervención Psicológica	5	0	5	1
Total de matrícula 2024	13,345	3,703	17,048	387
% por sexo	78.8%	21.2%	100%	

Fuente: Elaborado con datos del Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. Ciclo Escolar 2023-2024, ANUIES. El orden corresponde al número de instituciones que imparten y, en los que son mismo numeral, se ordenan de forma alfabética.

La amplia oferta de programas de maestría en psicología en el sector privado revela al menos dos cuestiones relevantes. Por un lado, evidencia una alta demanda por parte de egresados de licenciatura que buscan credenciales adicionales para acrecentar sus posibilidades de inserción en el mercado laboral. Por otro, refleja que la demanda social hacia la labor del psicólogo en México está orientada al enfoque asistencialista.

Igualmente, vale la pena referir que la diversidad de denominaciones que se aprecia en la tabla 7 responde a una estrategia empresarial por parte de las instituciones educativas privadas, que buscan diferenciar su oferta académica mediante títulos únicos o distintivos. Lo anterior apunta a generar una identidad de marca o prestigio asociado al programa, con el fin de atraer a estudiantes potenciales.

Este recorrido culmina con el análisis del nivel de doctorado en el sector particular en México (véase tabla 8). En este nivel, la oferta es considerablemente menos extensa. En 2024 se reportaron 49 programas de doctorado en alguna área de la psicología, ofrecidos por 43 instituciones privadas. Agrupados por nombre, aparecen 14 programas con la denominación de doctorado en Psicología, 3 en Investigación Psicoanalítica, Investigación Psicológica o Psicoanálisis, y 2 en Psicoterapia, Psicoterapia Humanista o variantes similares. Cabe reiterar que, como se mencionó antes, en la tabla no se fusionan programas con títulos casi idénticos para respetar el nombre oficial registrado por cada institución. Además, se reportan 21 programas doctorales con nombres únicos que abordan distintas áreas temáticas de la psicología.

Tabla 8
Matrícula en nivel de doctorado, sector particular

En instituciones particulares	Mujeres	Hombres	Total	Inst.
Psicología	277	152	429	14
Investigación Psicoanalítica	21	9	30	3
Investigación Psicológica	17	13	30	3
Psicoanálisis	98	78	176	3
Psicoterapia	32	7	39	2
Psicoterapia Humanista	44	15	59	2
Psicoterapias Humanistas	29	11	40	2
Ciencias del Acompañamiento Humano	8	2	10	1
Clínica Psicoanalítica	32	13	45	1
Consultoría de Sistemas Humanos	21	14	35	1
Educación del Desarrollo de Habilidades Emocionales	6	1	7	1
Evaluación y Psicoterapia Infantil	16	0	16	1
Intervención Psicológica y Educativa	9	2	11	1
Neurociencia Cognitiva y de la Conducta	25	8	33	1
Psicoanálisis y Análisis Grupal	4	3	7	1
Psicología e Investigación	2	1	3	1
Psicología Educativa	1	1	2	1
Psicología Empresarial	36	22	58	1
Psicología en Personalidad, Diagnóstico y Psicoterapia	6	5	11	1
Psicopatología Forense	13	14	27	1
Psicoterapia Familiar y de Pareja	24	3	27	1
Psicoterapia Gestalt	4	1	5	1
Saberes sobre Subjetividad y Violencia	11	11	22	1
Salud Mental	143	65	208	1
Sexología Humanista	10	4	14	1
Sexualidad Humana	10	1	11	1
Talento Humano	4	12	16	1
Teoría e Investigación Psicoanalítica	1	0	1	1
Total de matrícula 2024	904	468	1,372	49
% por sexo	65.9%	34.1%	100%	

Fuente: Elaborado con datos del Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. Ciclo Escolar 2023-2024, ANUIES. El orden corresponde al número de instituciones que imparten y, en los que son mismo numeral, se ordenan de forma alfabética.

Recapitulando, en México, en 2024, a nivel maestría se ofrecieron 468 programas relacionados directamente con la psicología, de los cuales el 17.3% se ubican en instituciones públicas y el 82.7%, en instituciones privadas. Vale la pena resaltar que, en este nivel, el 77.4% de la matrícula corresponde a alumnas y solo el 22.6% a alumnos.[13]

13 En 1997, la ANUIES reportó 51 programas ("áreas curriculares") de maestría en Psicología (Carrillo, 2002), comparado con los 468 en 2024.

Tabla 9
Maestrías en México y matrícula, 2024

Maestrías en 2024	Mujeres	Hombres	Total	Programas	% Instit.
Inst. Públicas	1,237	559	1,796	81	17.3%
Inst. Particulares	13,345	3,703	17,048	387	82.7%
Totales	14,582	4,152	18,844	468	100%
% x sexo	77.4%	22.6%	100%		

Fuente: Elaborado con datos del Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. Ciclo Escolar 2023-2024, ANUIES.

En cuanto a programas de doctorado, en 2024 se ofrecieron en el país 78 programas relacionados directamente con la psicología. De estos, el 37.2% corresponde a doctorados impartidos en instituciones públicas y el 62.8%, en privadas. Respecto a la composición de la matrícula, se observa una feminización moderada del alumnado: el 64.2% está conformado por mujeres y el 35.8% por hombres.[14]

Tabla 10
Doctorados en México y matrícula, 2024

Doctorados en 2024	Mujeres	Hombres	Total	Programas	% Instit.
Inst. Públicas	316	213	529	29	37.2%
Inst. Particulares	904	468	1,372	49	62.8%
Totales	1,220	681	1,901	78	100%
% x sexo	64.2%	35.8%	100%		

Fuente: Elaborado por los autores con datos del Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. Ciclo Escolar 2023-2024, ANUIES.

CONCLUSIONES

A más de cien años del inicio de la institucionalización de la psicología en México —originalmente enfocada en la docencia—, el campo ha transitado por diversas etapas de consolidación hasta mediados del siglo XX cuando comenzó a perfilarse un enfoque más claro hacia la investigación, especialmente con la estructuración del posgrado. Desde sus inicios, ya se vislumbraban las áreas temáticas que formarían parte del posgrado, como lo anticipó Curiel en su propuesta de 1956-1958 (nota 10 a pie de página).

14 En 1997, la ANUIES reportó tres programas ("áreas curriculares") de doctorado en Psicología (Carrillo, 2002). En años previos se reportaban, además, "clínica", "general", "industrial", "social" y "general experimental". Aun así, es notable el incremento en el número de programas de doctorado.

Hoy, casi setenta años después, la oferta institucional de programas de maestría y doctorado es considerable, al menos en cantidad. No obstante, se hace evidente la necesidad de un estudio cualitativo que permita identificar con mayor precisión las temáticas abordadas y su impacto en la sociedad. Como se ha señalado, el enfoque terapéutico sigue siendo hegemónico, y muchas de las maestrías se orientan más hacia una especialización profesional que hacia una formación investigativa.

Según datos de la ANUIES (2024), existen en la actualidad 468 programas de maestría y 78 de doctorado en psicología en México (véanse tablas 9 y 10), cifras que reflejan un crecimiento notable si se comparan con las reportadas en 1997 por Carrillo (2002), cuando apenas se contabilizaban menos de 60 programas. En los primeros años de institucionalización, por ejemplo, la UNAM y la Universidad Iberoamericana contaban, en 1957 y en 1967, respectivamente, con apenas ocho programas de doctorado.

Este crecimiento cuantitativo no implica de modo necesario un avance en términos de calidad académica. El carácter profesionalizante que predomina en ambos niveles podría leerse, también, como una señal de debilidad del nivel de licenciatura, en el cual muchos egresados, ante la competencia laboral, se ven en la necesidad de continuar sus estudios para tener acceso a mejores oportunidades. De hecho, los cerca de diecinueve mil de maestría y los casi dos mil estudiantes de doctorado (véase tabla 4) parecen expresar esta lógica de mercado, acentuada por la visión empresarial que predomina en muchas instituciones privadas, lo que condiciona la temática y orientación de los programas.

En algunos casos, especialmente en el ámbito privado, pero también en algunas instituciones públicas, los programas de posgrado parecen alejarse del ideal de formar investigadores, y se acercan a cursos de especialización o diplomados, con títulos como "acompañamiento humano", "cuidados paliativos" o "inclusión social", "felicidad", "saberes", entre otros. Ya en los años ochenta y noventa, Sánchez (2010) advertía que en muchos programas educativos "sólo se buscaba el beneficio económico […] muchos de los programas se basaban en cursos orientados a un saber acerca de algo y no a un saber hacer" (p. 76).

Actualmente, muchas instituciones optan por especializar al alumnado en una única temática, convirtiéndolos más bien en especialistas en una sola rama de la psicología. Esto puede ser útil en el campo laboral, pero tiende a debilitar la formación investigativa. Estos programas han desdibujado a la investigación y han otorgado un sentido más utilitarista a la enseñanza de la disciplina.

Este texto ha tenido como propósito recuperar la memoria histórica de la formación en psicología, a través de documentos y testimonios, para replantear el sentido de la educación superior desde el ideal de Justo Sierra: "que se enseñase a investigar y a pensar, investigando y pensando, y que la substancia de la investigación y el pensamiento no se cristalizase en ideas dentro de las almas" (Sierra, 1948, p. 459).

A más de un siglo de distancia, es necesario retomar ese planteamiento como horizonte. Formar alumnas y alumnos que piensen e investiguen, en la enseñanza y en la acción, debería ser un objetivo prioritario. El crecimiento en la matrícula y en el interés por esta disciplina debería ser un estímulo para alcanzar una realidad social y psíquica más armónica para la población mexicana.

En este sentido, hace falta una política de trabajo de investigación integral. La UNAM implementó en la década de los ochenta y, posteriormente, en 1995 la integración de programas únicos de posgrado, con lo cual logró reducir su oferta de posgrados. Sin embargo, parece más conveniente que se convoque a un diálogo académico entre las diferentes

asociaciones para una revisión crítica de los contenidos en la formación del psicólogo y su cristalización en los programas de posgrado, un espacio de trabajo no para fusionar, sino para plantear las necesidades de habilitación de un investigadores en los niveles de maestría y doctorado.

La reglamentación de 1995 funcionó en aquellos programas que ya "eran exitosos desde su origen, mantenían una cooperación entre institutos y facultades" (Sánchez, 2010, p. 78). Fusionar programas solo por similitud de nombre o tema como estrategia para paliar su crecimiento no aportará a la consolidación de una planta de investigadores. Como señala Balvanera (2009), sin una política de diálogo entre las entidades participantes, la política de unificación de los programas de estudio no tendrá éxito y se mantendrá el crecimiento de posgrados.[15]

Si no se recupera la esencia de la vida académica, del diálogo para construir redes de trabajo y solo se fusiona por cuestiones administrativas o de logística, el efecto en la calidad educativa, en los productos de investigación, se verá mermado por cuestiones ajenas a la ciencia. Interacción entre las unidades académicas, movilidad y colaboración entre diferentes planes y programas, cuerpos colegiados con acuerdos académicos, trabajo con diferentes enfoques inter- y multidisciplinario (Balvanera, 2009) son estrategias que han reportado aciertos después de 1996.

Por tanto, espacios como el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, las asociaciones de psicólogos, la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación y las comisiones legislativas en materia educativa deben abrir un debate serio y articulado sobre el futuro de la investigación en psicología.

Si en los inicios del siglo XX, los grados de maestro y doctor fueron creados principalmente como reconocimiento a la experiencia docente (Ducoing, 1990) o por asistir a un curso de Baldwin, no se puede permitir que, cien años después, el crecimiento de los posgrados se dé sin una clara orientación científica. Hoy se cuenta con una comunidad académica sólida, instituciones consolidadas y profesionales formados, con investigaciones de alto nivel e intercambios internacionales, que han posicionado a la psicología en México en un lugar destacado. Es momento de revisar el rumbo, con el fin de consolidar posgrados que no solo respondan al mercado, sino que contribuyan a la construcción de conocimiento científico en beneficio de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Althen (1947, 20 de agosto). Psychology Head for MCC. *El Conquistador de México City College*, *I*(8), 1,5.

ANUIES (2024). Anuario Estadístico de la Población Escolar en Educación Superior. Ciclo Escolar 2023-2024. http://www.anuies.mx/iinformacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior

Arredondo Galván, V. M., Pérez Rivera, G., & Morán Oviedo, P. (2006). Políticas del posgrado en México. *REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, (45), 0.

Balvanera Lucio, M. (2009). *Las temáticas de las tesis de la maestría en pedagogía de la generación 2002*. Tesis de licenciatura en Pedagogía, UNAM.

Bello Domínguez, J., Muñoz García, I. y Reyes Téllez, M. A. (2003). Un acercamiento histórico al posgrado en México. *Xictli*, *50*, abril-junio. http://unidadupn094.upnvirtual.edu.mx/u094/revista/50/juan.htm

Carmona, D. (s.f.). Es creada la Universidad Nacional. Efemérides. *Memoria política de México*. https://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/5/26051910.html

Carrascoza, C. (2003). Luis Lara Tapia (1930-2000). *Psicología y Ciencia Social*, *5*(1), 54-67

Carrillo Macías, O. (2002). *Comportamiento de la producción científica mexicana sobre psicología*. Tesis de maestría en Bibliotecología, UNAM.

Consejo Académico de Posgrado (s.f.). Acervo, *CAP*. https://cap.unam.mx/acervo

Consejo Universitario (1929, 6 de noviembre). Acta de la 17ª sesión ordinaria del H. Consejo Universitario. IISUE/AHUNAM/Fondo Consejo Universitario, caja 24,

15 Al momento de escribir este texto, hay una discusión en el seno del Colegio Académico de la Universidad Autónoma Metropolitana por la diversificación de programas de posgrado (107: 64 de maestría y 43 de doctorado), aunque no se ha abordado desde la perspectiva de Balvanera.

exp. 154.

Contreras Callejas, S. L. y González Robles, C. C. (1985). *Primer Curso de Psicosociología 1910-1913. Clase inaugural de la Universidad Nacional de México.* Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM.

Cueli, J. y Nieto, J. (2015). Arqueología de la Facultad de Psicología de la UNAM. *Cuadernos de Psicoanálisis*, *48*(1-4), enero-diciembre, 187-196.

Diario Oficial de la Federación (1933, 23 de octubre). Ley Orgánica de la Universidad Autónoma de México. *DOF*. T. *LXXX*(35), 562-563

Diario Oficial de la Federación (1945, 26 de mayo). Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de México. *DOF*. T. CL(21), 8-12

Ducoing, P (1990). *La pedagogía en la Universidad de México 1881-1954. T.I*. UNAM-CESU.

El Imparcial (1910, 23 de septiembre). La inauguración de la Universidad Nacional fue uno de los actos más significativos. *El Imparcial. Diario de la Mañana* T. *XXIX* (6,018), 1 y 15.

Escobar, R. (2016). El primer laboratorio de psicología experimental en México. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, *42*(2), 116-144.

Garciadiego, J. (2000). *Rudos contra científicos: la Universidad Nacional durante la revolución mexicana.* El Colegio de México.

García, G. (ed.) (1911). *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la independencia de México*. Talleres del Museo Nacional-Secretaría de Gobernación.

Harrsch, C. (2005). *Identidad del psicólogo*. Pearson.

Korbman de Shein, R. (1997). Inicios de la profesionalización y el establecimiento de la licenciatura en psicología: 1938-1958. En J. J. Sánchez-Sosa (ed.). *100 años de psicología en México, 1896-1996* (pp. 59-68). UNAM.

Liddiard Cárdenas, S., Hernández Orozco, G. y Cervera Delgado, C. (2022). *Historia de la educación en México.* Vol. 3, T. II*: La educación en México desde sus regiones*. Sociedad Mexicana de Historia de la Educación, AC.

Martínez, A., Laguna, J. y Palacio, J.L. (2004). Reforma a los estudios de posgrado de la UNAM. Dirección General de Estudios de Posgrado, UNAM.

Martínez, M. y Razo, Y. (1996). Desarrollo histórico de la formación profesional de psicólogos en México. *Revista de Historia de la Psicología*, *17*(3-4), 398-402.

Menéndez Menéndez, L. (1996). *Escuela Nacional de Altos Estudios y Facultad de Filosofía y Letras: planes de estudios, titulo y grados 1910-1994*. Tesis de doctorado en Pedagogía, UNAM.

Meneses, E. (1976). 25 años de enseñanza de la psicología en la Universidad Iberoamericana 1950–1975. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *II*(1), 122-127.

Millán, P. (1982). La psicología mexicana: una profesión en crisis. *Revista de Educación Superior*, *43*, 49-92.

Montiel Levy, A. E. (1971). *Opiniones de cinco generaciones de estudiantes de psicología respecto a algunos académicos de la carrera*. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM.

Quintana Adriano, E. A. y Valadés, D. (2001a). 1929. Grados que otorga la Universidad Nacional de México. *Compendio de legislación universitaria 1910-2001* (vol. 1) (pp. 183-186). Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.

Quintana Adriano, E. A. y Valadés, D. (2001b). *Compendio de legislación universitaria 1910-2001* (vols. 2, 3, 4). Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.

Rodríguez Preciado, S. I., González Navarro, M., Tinoco Amador, J. R. y Arciga Bernal, S. (2018). Del surgimiento de la psicología social a la formación disciplinar institucionalizada en México. En A. M. Jacó-Vilela (org.). *Psicología Social-Itinerários na América Latina* (pp. 111-145). Juruá Editores.

Ruiz Gaytán, B. (1954). *Apuntes para la historia de la Facultad de Filosofía y Letras.* Junta Mexicana de Investigaciones Históricas.

Ruiz Gaytán, B. (1967). Justo Sierra y la Escuela de Altos Estudios. *Historia Mexicana*, *16*(4), 541–564.

Sánchez Dromundo, R. A. (2010). La conformación del oficio de investigador en el doctorado en Pedagogía de la UNAM. Seminario permanente de investigación y formación sobre Pierre Bourdieu. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, *XL*(1), 69-93.

SIPBA (1903). *Boletín de Instrucción Pública,* T. II. Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes/Tipografía Económica.

SIPBA (1908). *Boletín de Instrucción Pública,* T. XI. Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes/Tipografía Económica.

Sierra, J. (1881). La Universidad Nacional. *El Centinela Español,* año II, núm 126, 1.

Sierra, J. (1948). Inauguración de la Universidad Nacional el 22 de septiembre de 1910. *En Discursos* (pp. 447-462). UNAM.

Tinoco Amador, J.R., Bautista López, A., Rodríguez Preciado, S.I., Olivares Ramírez, O. (2025). The Winding Path of Social Psychology in Mexico. In: Ossa, J.C., Jacó-Vilela, A.M., Cudina, J.N. (eds) *Professional Training of Psychologists. Cultural Psychology of Education, vol 18. world* (pp. 275-299), Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-86083-6_20

UAEMEX (2017). *Historia.* https://www.facico-uaemex.mx/2018-2022/historia.html

UNAM (1981). *Cuadros estadísticos*, 1929-1979 (pp 764-770). Secretaría General Administrativa-Dirección General de Servicios Auxiliares-Departamento de Estadística.

UNAM (1985). *La Universidad Nacional de México*, 1910. Dirección General de Publicaciones.

UNAM (2010). Adecuación y modificación del programa de maestría y doctorado en Psicología. *Posgrado en Psicología.* https://psicologia.posgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2017/01/Plan-de-Estudios.pdf

UNAM (2023). *Agenda estadística 2023*. Coordinación General de Planeación y Simplificación de la Gestión Institucional. https://www.planeacion.unam.mx/Agenda/2023/index.html#

UNAM (s. f.). *Historia.* Coordinación General de Estudios de Posgrado. https://www.posgrado.unam.mx/comunidad/historia/

Valderrama Iturbe, P. (2010). *Evolución de la enseñanza de la psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (1910-1973)*. Tesis de maestría en Psicología. UNAM.

Velasco, G. (2015). *Contextualización de la psicología en el Estado de México*. Tesis de licenciado en Psicología. UAEMEX.

Zanatta Colín, E. y Camarena, T. Y. (2012). La formación

profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 151-170.

Recibido: 03 de julio de 2024
Última revisión: 26 de diciembre de 2024
Aceptado: 12 de marzo de 2025

Efectos del confinamiento por COVID-19 en el tratamiento de niñas, niños y adolescentes con TDAH: una revisión de la literatura

Ángel Fernando Islas Guzmán[1], Evelyn Paola Pérez Villa[1],
Diana Evelyn Villa Guillén[2]

[1] *Universidad del Valle de México, Campus Hermosillo, Hermosillo, Sonora, México,*
[2] *Hospital General del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.*

Cómo citar este artículo (estilo APA) / Citing this article (APA style):
Islas Guzmán, Á. F., Pérez Villa, E. P., & Villa Guillén, D. E. (2025). Efectos del confinamiento por COVID-19 en el tratamiento de niñas, niños y adolescentes con TDAH: una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 17*(1), pp 37-50

Resumen

Este estudio identificó factores que impactaron el tratamiento farmacológico y psicológico de niños con TDAH durante la pandemia de COVID-19 mediante una revisión sistemática rápida. Siguiendo la guía PRISMA, se buscó en PubMed con términos relacionados a tratamiento de ADHD y COVID-19, filtrando publicaciones de 2020 a 2022. Se utilizó ROBINS-I para evaluar el riesgo de sesgo y asegurar una evaluación exhaustiva, considerando solo estudios con riesgo bajo. De 1,218 registros, trece artículos científicos cumplieron los criterios, procedentes de diversas regiones (Europa, América, Asia y Oceanía), e incluyeron diseños transversales, revisiones sistemáticas, estudios prospectivos, retrospectivos, longitudinales y narrativos. Se halló que la pérdida de seguimiento clínico, la baja adherencia a tratamientos farmacológicos y psicológicos, el empeoramiento de síntomas conductuales en niños y adolescentes con TDAH, así como alteraciones emocionales en sus cuidadores, comprometieron la continuidad terapéutica. Estos efectos se atribuyen principalmente a las restricciones por confinamiento, que limitaron el acceso a consultas presenciales. En respuesta, se propone la telemedicina como estrategia alternativa para garantizar el seguimiento y tratamiento de pacientes infantiles con TDAH en contextos de restricción. La implementación de modalidades remotas podría mitigar el deterioro en la salud mental de pacientes y cuidadores durante situaciones similares en el futuro.
Palabras clave: ADHD, pandemia por COVID-19, salud mental

Dirigir toda correspondencia al autor a la siguiente dirección:
jefaturainvestigacionhge@gmail.com
RMIP 2025, Vol. 17, Núm. 1, pp. 37-50
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx
Derechos reservados ®RMIP

Effects of COVID-19 Lockdown on the Treatment of Children and Adolescents with ADHD: A Literature Review

This study identified factors that impacted the pharmacological and psychological treatment of children with ADHD during the COVID-19 pandemic through a

rapid systematic review. Following the PRISMA guidelines, PubMed was searched with terms related to ADHD treatment and COVID-19, filtering publications from 2020 to 2022. ROBINS-I was used to assess the risk of bias and ensure a comprehensive evaluation, considering only low-risk studies. Of 1,218 records, thirteen scientific articles met the criteria, from diverse regions (Europe, America, Asia, and Oceania), and included cross-sectional designs, systematic reviews, prospective, retrospective, longitudinal, and narrative studies. It was found that loss of clinical follow-up, low adherence to pharmacological and psychological treatments, worsening of behavioral symptoms in children and adolescents with ADHD, as well as emotional disturbances in their caregivers, compromised therapeutic continuity. These effects are mainly attributed to lockdown restrictions, which limited access to in-person consultations. In response, telemedicine is proposed as an alternative strategy to ensure the follow-up and treatment of pediatric patients with ADHD in restrictive settings. The implementation of remote modalities could mitigate the deterioration in the mental health of patients and caregivers during similar situations in the future.

Keywords: ADHD, COVID-19 Pandemic, mental health

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19, que comenzó en diciembre de 2019, ha tenido repercusiones significativas en múltiples ámbitos, entre ellos la economía, la educación y los sistemas de atención médica a nivel mundial. Las restricciones impuestas para mitigar la propagación del virus SARS-CoV-2, como el confinamiento y el distanciamiento social, representaron un desafío considerable para las personas con enfermedades mentales. En este contexto, los NNA diagnosticados con TDAH se encontraron especialmente vulnerables, al experimentar una exacerbación de sus síntomas durante la emergencia sanitaria (McGrath, 2021; Halpern et al., 2022; Palacio et al., 2020).

El TDAH es una enfermedad mental que se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad o impulsividad, lo que interfiere con el desarrollo y el funcionamiento adecuado del individuo afectado (Aguilar y Jiménez, 2021). Los síntomas del TDAH se dividen en dos categorías principales: los relacionados con la inatención, que incluyen dificultades para mantener la concentración, desorganización y olvidos frecuentes, y aquellos vinculados a la hiperactividad e impulsividad, que se manifiestan en inquietud motora excesiva, interrupciones en conversaciones y dificultad para esperar turnos. Estas manifestaciones impactan significativamente en las actividades académicas, sociales y familiares de los NNA (Biederman y Faraone, 2005; American Psychiatric Association, 2013; Raggi y Chronis, 2006; Mikami et al., 2010).

Durante la pandemia, diversos factores complicaron el tratamiento y seguimiento de NNA con TDAH. En primer lugar, el cierre de escuelas y la transición hacia la educación a distancia alteraron las rutinas diarias y los entornos estructurados, fundamentales para el manejo efectivo de los síntomas del TDAH. En segundo, la falta de interacción social y el aislamiento afectaron de manera negativa las habilidades de regulación emocional y social de los NNA, lo que incrementó los problemas de comportamiento y el estrés, tanto en ellos como en sus cuidadores. Además, la interrupción de las consultas presenciales con profesionales de la salud mental y las dificultades para acceder a tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas provocaron una atención fragmentada e insuficiente durante la contingencia sanitaria (Jhawar et al., 2023; Pineda et al., 2021; Alhusseini et al., 2021; LeBlanc y Ritchie, 2021).

Ante estos desafíos, la telemedicina surgió como una estrategia complementaria para facilitar el manejo y seguimiento continuo de los NNA con TDAH. Esta modalidad de atención ofreció una solución accesible y flexible a corto y a mediano plazo, al permitir la continuidad de la intervención psicoterapéutica y la supervisión médica en circunstancias adversas como las vividas durante la pandemia (Wolraich y Wilens, 2020; Myers y McKay, 2021).

El TDAH es común en la infancia, con una prevalencia estimada del 7.2%, y es más común en los niños que en las niñas (Wolraich y Wilens,

2019). A pesar de su alta prevalencia, la etiología del TDAH continúa siendo objeto de investigación, y la evidencia sugiere que se trata de una condición multifactorial en la que interactúan factores genéticos y ambientales (Aguilar y Jiménez, 2021). En el ámbito genético, se ha demostrado que el TDAH presenta un componente hereditario significativo. Estudios indican una heredabilidad que oscila entre el 70% y el 80%, lo que subraya la influencia de factores genéticos en la susceptibilidad a este trastorno. Los genes implicados se relacionan principalmente con las vías dopaminérgicas, las cuales desempeñan un papel crucial en la regulación de la atención y el comportamiento impulsivo (Stephen et al., 2005).

Sin embargo, los factores genéticos no actúan de forma aislada. Diversos factores ambientales también contribuyen al riesgo de desarrollar TDAH, como la exposición prenatal al tabaco, alcohol o drogas, las complicaciones durante el embarazo y el parto, el bajo peso al nacer y la exposición a toxinas ambientales, como el plomo. Además, condiciones como el estrés psicosocial, la inestabilidad familiar y las adversidades en la infancia pueden exacerbar los síntomas o influir en su manifestación clínica. La interacción entre la predisposición genética y las experiencias ambientales probablemente explica la heterogeneidad de los síntomas y el curso clínico del TDAH, lo que complica aún más su diagnóstico y tratamiento en los NNA (Aguilar y Jiménez, 2021; Stephen et al., 2005).

Esta comprensión multifactorial del TDAH resalta la importancia de un enfoque integral en la evaluación y manejo del trastorno, que considera no solo la historia clínica y genética del paciente, sino también su contexto social y emocional. Además, es importante señalar que los perfiles sintomáticos del TDAH pueden diferir según el género. Los niños con TDAH a menudo presentan síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad, así como problemas de conducta externa, incluyendo desobediencia y comportamiento agresivo. En contraste, las niñas suelen manifestar una mayor incidencia de síntomas de inatención y problemas de interiorización, como ansiedad y depresión, los cuales pueden pasar inadvertidos y conducir a un subdiagnóstico de esta condición (Quinn, 2011).

Finalmente, el TDAH tiene una alta probabilidad de coexistir con otras enfermedades mentales, con un 60% de los pacientes con TDAH que presentan alguna comorbilidad asociada (American Psychiatric Association, 2013). También se ha observado que los adolescentes con TDAH reportan una mayor tendencia al consumo y abuso de sustancias, lo que incrementa el riesgo de desarrollar adicciones en comparación con aquellos sin este dignóstico (Aguilar y Jiménez, 2021).

Durante el confinamiento impuesto por la pandemia de COVID-19, la interrupción de los tratamientos y el seguimiento clínico de los pacientes con TDAH planteó un desafío considerable. En este contexto, esta revisión sistemática rápida busca identificar los factores que han afectado el tratamiento farmacológico y psicológico convencional de los NNA diagnosticados con TDAH durante la contingencia sanitaria. Los resultados de esta revisión tienen el potencial de identificar áreas de oportunidad clave para mejorar el manejo y seguimiento de estos pacientes, contribuyendo así a un abordaje más eficaz y centrado en sus necesidades.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática rápida de la literatura médica siguiendo las guías establecidas en el protocolo PRISMA para la conducción y diseño de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed utilizando los siguientes términos clave: “ADHD children”; “ADHD COVID”; “Psychological and pharmacological treatment ADHD COVID-19”; “Mental health children ADHD

pandemic"; y "Treatment ADHD children COVID". Para recabar estudios conducidos durante la emergencia sanitaria, se empleó un filtro de búsqueda que comprendiese el inicio de la primera ola de la pandemia por COVID-19 hasta su término. El periodo de tiempo establecido abarcó de 2020 a 2022, y se incluyeron artículos científicos publicados tanto en inglés como en español.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Criterios de inclusión

La selección de estudios fue realizada por tres revisores que se basaron en los criterios estandarizados establecidos por el protocolo PRISMA (Page et al., 2021). Los revisores se apegaron estrictamente a los estándares de revisión y cribado definidos por PRISMA, los cuales garantizan la transparencia y calidad metodológica del proceso (Page et al., 2021). Además, se aseguraron de aplicar los estándares de calidad en la evaluación de los artículos y el análisis de sesgos con herramientas validadas como ROBINS-I para evaluar la certeza de la evidencia, así como la valoración del riesgo de sesgo en estudios no aleatorizados (Sterne et al., 2016).

Esta revisión sistemática rápida incluyó estudios que cumplieron con las siguientes características:

a) Trabajos de investigación que estudien a NNA con TDAH.
b) Estudios que incluyan a NNA diagnosticados con TDAH antes del inicio de la pandemia de COVID-19.
c) Estudios de investigación publicados o realizados durante la contingencia sanitaria (2020-2022).
d) Estudios enfocados en el tratamiento psicológico y farmacológico del TDAH en NNA.

Criterios de exclusión

La revisión sistemática rápida excluyó estudios que presentaran cualquiera de las siguientes características:

a) Estudios que no incluyeran a NNA con TDAH o que se centraran en otras poblaciones, como adultos o adolescentes sin diagnóstico de TDAH.
b) Estudios que analizarán a personas diagnosticadas con TDAH durante o después de la pandemia por COVID-19, ya que no permitirían la evaluación del impacto de la contingencia sanitaria sobre sujetos previamente diagnosticados.
c) Estudios publicados o realizados antes de la pandemia por COVID-19, los cuales no abarcaría los efectos relacionados con la contingencia sanitaria.
d) Investigaciones que no incluyeran el análisis del tratamiento psicológico y farmacológico del TDAH en el NNA, como estudios centrados exclusivamente en intervenciones educativas o familiares.
e) Estudios clasificados con un riesgo global crítico o moderado de sesgo, evaluados con la herramienta Cochrane ROBINS-I, ya que esto comprometería la calidad y fiabilidad de la evidencia científica (Sterne et al., 2016).

Calidad y riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Se evaluó la calidad y el riesgo de sesgo de los estudios seleccionados utilizando la herramienta ROBINS-I (Sterne et al., 2016), diseñada específicamente para evaluar el riesgo de sesgo en estudios observacionales que no han sido asignados de manera aleatoria, como cohortes o estudios de caso-control, y que garantiza que la evidencia evaluada sea confiable y válida para el análisis.

ROBINS-I examina siete dominios clave de sesgo que abarcan todas las etapas del estudio (Sterne et al., 2016). Estos dominios son:

a) D1: Sesgo debido a factores de confusión. Evalúa si las diferencias entre los grupos de comparación se han tenido en cuenta adecuadamente, ya que los factores de confusión pueden influir en la relación observada entre la intervención y el resultado.
b) D2: Sesgo en la selección de participantes en el estudio. Considera si los métodos de selección de participantes introducen algún sesgo, lo cual puede afectar la comparabilidad de los grupos.
c) D3: Sesgo en la clasificación de las intervenciones. Evalúa la precisión con la que se asignaron las intervenciones a los participantes, asegurando que no haya errores en la clasificación que influyan en los resultados.
d) D4: Sesgo debido a desviaciones de las intervenciones planificadas. Examina si los participantes se adhirieron al tratamiento o si hubo desviaciones que podrían alterar la validez del estudio.
e) D5: Sesgo debido a datos faltantes. Considera cómo se manejaron los datos incompletos y si la pérdida de información afecta las conclusiones.
f) D6: Sesgo en la medición de los resultados. Determina si las medidas de los resultados fueron precisas y consistentes a fin de evitar cualquier influencia externa que pudiera alterar los resultados.
g) D7: Sesgo en la selección de los resultados reportados. Revisa si los resultados que se informaron fueron seleccionados de manera apropiada y no se omitieron resultados importantes, lo que podría sesgar las conclusiones.

Cada uno de estos dominios se evalúa individualmente y se clasifica en una de varias categorías de riesgo: bajo, moderado, serio, crítico, o sin información suficiente (Sterne et al., 2016). La herramienta ROBINS-I utiliza estas clasificaciones para proporcionar un juicio global del riesgo de sesgo del estudio, que puede ser clasificado como bajo, moderado o alto (Sterne et al., 2016).

a) Riesgo de sesgo bajo: Indica que el estudio tiene un diseño robusto y que el riesgo de sesgo es mínimo en todos los dominios evaluados, lo que permite un alto nivel de confianza en los resultados.
b) Riesgo de sesgo moderado: Sugiere que hay algunas preocupaciones en uno o más dominios que podrían afectar las conclusiones, aunque no de manera grave. Este nivel de riesgo implica una posible limitación en la validez de los hallazgos.
c) Riesgo de sesgo alto: Se refiere a estudios en los que varios dominios presentan problemas significativos de sesgo, lo que limita gravemente la credibilidad de las conclusiones del estudio.

Para este análisis sistemático, sólo se incluyeron artículos con un riesgo de sesgo bajo, y se excluyeron los clasificados con riesgo moderado o alto. Esto se hizo para asegurar la robustez y la calidad de la evidencia utilizada en las conclusiones del estudio.

RESULTADOS

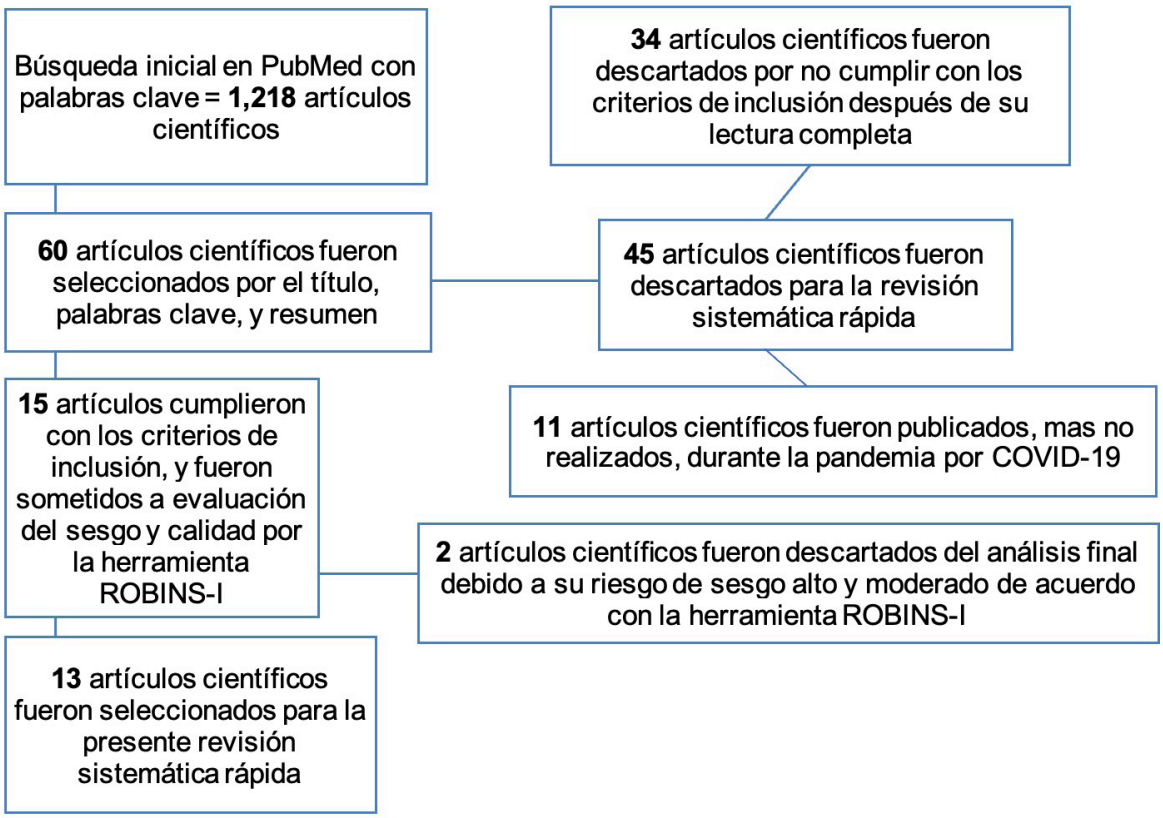
SELECCIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

La estrategia de búsqueda establecida en la metodología identificó un total de 1,218 artículos científicos. Después de evaluarlos de acuerdo con el criterio de inclusión, 60 estudios fueron elegibles para la revisión sistemática, basándose en su título, palabras clave y resumen. Sin embargo, de estos 60 estudios, 34 fueron excluidos tras una lectura completa de ellos, y 11 fueron eliminados porque, aunque fueron publicados durante la pandemia de COVID-19, no se llevaron a cabo en ese periodo.

Como resultado, se seleccionaron 15 estudios como candidatos para ser evaluados por el riesgo de sesgo y calidad utilizando la herramienta ROBINS-I. De estos, dos artículos fueron descarta-

dos debido a que presentaban un riesgo de sesgo clasificado como crítico y moderado, respectivamente. Por último, 13 artículos científicos cumplieron con los criterios de inclusión y presentaron un riesgo de sesgo bajo según la herramienta ROBINS-I (véase la figura 1).

Figura 1
Selección de artículos científicos para la revisión sistemática rápida



CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Las características de los estudios incluidos en el análisis final se detallan en la tabla 1: autor principal, año de publicación, país de origen del estudio, diseño experimental, tamaño de la muestra y edad de la población de estudio, objetivo general, y hallazgos principales del trabajo de investigación.

Los estudios seleccionados fueron realizados en Europa (Italia, Francia, Reino Unido e Irlanda), Estados Unidos, Canadá, Australia, Bangladesh y China (véase tabla 1). De los 13 estudios, tres fueron de diseño transversal, tres corresponden a revisiones sistemáticas, uno fue de carácter longitudinal, uno observacional retrospectivo, cuatro observacionales prospectivos, y uno fue una revisión narrativa.

Tabla 1
Características de los artículos científicos incluidos para la revisión sistemática rápida

Autor principal	Año de publicación	PMID	PMC	País	Diseño experimental	Tamaño de muestra (n)	Objetivo principal	Hallazgos principales
Tseng H	2021	34574669	8470011	China	Transversal	161 cuidadores primarios de NNA con TDAH, 161 NNA con TDAH. En total, este estudio incluyó a 139 mujeres y 22 hombres cuidadores (edad media: 42.8 ± 5.9 años) y a 131 niños y 30 niñas con TDAH (edad media: 11.3 ± 3.8 años).	Evaluar los factores relacionados con la salud mental de los cuidadores de NNA con TDAH, así como el empeoramiento de los síntomas de los NNA con TDAH.	Empeoramiento de los síntomas emocionales en el NNA con TDAH durante la pandemia por COVID-19.
Çetin F	2020	32856947	NA	Turquía	Transversal	76 NNA con TDAH de 8 a 12 años de edad.	Evaluar la relación entre la preferencia del cronotipo y problemas del sueño con la severidad de síntomas del NNA con TDAH durante la pandemia por COVID-19.	Se asociaron altos niveles de trauma con la escala de cronotipos, desórdenes del sueño, y con los síntomas del trastorno negativista desafiante.
Nonweiler J	2020	32899799	7552706	Reino Unido	Transversal	453 NNA con desórdenes neurológicos y del desarrollo: 183 NNA con TDAH. Se analizaron datos de 453 niños de entre 4 y 15 años (320 varones; 70.6%).	Evaluar la prevalencia de problemas conductuales y emocionales, así como los factores asociados con esta sintomatología en los niños con TDAH durante las primeras etapas de la pandemia por COVID-19.	Se observe una alta prevalencia de desórdenes neurológicos y del desarrollo, así como una alta prevalencia de síntomas emocionales y problemas conductuales, en los NNA con TDAH en comparación con el grupo control.
Davoody S	2022	35480135	8994836	China, Francia, Italia	Revisión sistemática	28 artículos científicos enfocados en evaluar las secuelas de la pandemia por COVID-19 en NNA con TDAH, con edades desde los 6 - 15 años.	Resumir la relación entre las restricciones sociales impuestas por el confinamiento durante la pandemia por COVID-19 con posibles problemas psicológicos y conductuales en NNA con TDAH.	Hay un incremento en los síntomas del TDAH y un decremento del bienestar general para los NNA con TDAH durante la pandemia por COVID-19.

Cunningham N	2021	34118499	8413840	Estados Unidos de América	Revisión sistemática	55 artículos científicos, telemedicina en padres de familia de niños de 0 - 2 años.	Evaluar el uso de la telemedicina para el cuidado de la salud mental en la población pediátrica durante la pandemia por COVID-19.	El personal de salud puede diagnosticar, evaluar y tratar efectivamente problemas de salud mental en las plataformas virtuales, siempre y cuando se posea un conocimiento adecuado de las herramientas digitales, y de las estrategias para su implementación.
Valentine AZ	2021	33326409	7819544	Estados Unidos de América Australia Europa	Revisión sistemática	42 artículos científicos, de los cuales 29 estudios reportaron datos de niños <7 años.	Evaluar cómo la telemedicina ha sido utilizada en el campo del neurodesarrollo, incluyendo a pacientes con desórdenes del neurodesarrollo, sus familiares, y el personal de salud a cargo de su seguimiento y tratamiento.	La telemedicina tiene el potencial de incrementar la disponibilidad del tratamiento, reducir los tiempos de espera para el diagnóstico, así como monitorear enfermedades del neurodesarrollo, incluyendo al TDAH.
Sciberras E	2020	33331195	8785303	Australia	Longitudinal	213 padres de familia de NNA con TDAH entre 5 y 17 años de edad.	Evaluar el impacto de las restricciones por la pandemia del COVID-19 en los NNA con TDAH.	Comparado con el estatus de los NNA con TDAH previo a la pandemia, los pacientes se ejercitaron menos, pasaron menos tiempo en actividades al aire libre, y reportaron disfrutar menos de las actividades en general. Además, se observó un incremento en el tiempo invertido en la televisión, redes sociales, juegos en línea, y se expresaron sentimientos de tristeza, depresión, y soledad.
Kaya O	2021	34171615	8629768	Turquía	Observational retrospectivo	55 NNA con TDAH entre 6 y 11 años de edad.	Comparar la participación, apoyo, y barreras que presentan los NNA con TDAH en su casa antes y durante la pandemia por COVID-19.	Los NNA con TDAH reportaron una mayor participación y disfrute de las actividades en casa durante la pandemia por COVID-19.
McGrath J	2021	32434606	7445458	Irlanda	Revisión narrativa	NNA con TDAH tratados en la Clínica ADMiRE (número no especificado por los autores).	Evaluar la confiabilidad de la telepsiquiatría durante la pandemia en pacientes con TDAH.	El uso de la telepsiquiatría para el manejo y consultoría del TDAH infantile es factible.

Swansburg R	2021	34326910	8194688	Canadá	Observational prospectivo	587 NNA con TDAH de 5 a 18 años de edad.	Evaluar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el estilo de vida y en los síntomas de salud mental en NNA canadienses con TDAH.	La pandemia por COVID-19 ocasionó hábitos de vida menos saludables, así como un incremento en los síntomas de salud mental en los NNA canadienses con TDAH.
Mallik C	2021	33450699	7836411	Bangladés	Observational prospectivo	552 pacientes entre 4 y 17 años de edad.	Obtener una prevalencia de los desórdenes psiquiátricos en el niño y adolescente durante el confinamiento por la pandemia.	Durante el confinamiento por la pandemia, se observó un incremento en la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en comparación con lo reportado seis meses antes del incio del confinamiento por la primera ola del COVID-19.
Melega	2020	33421841	7770476	Italia	Observational prospectivo	992 pacientes con TDAH entre 5 y 18 años de edad.	Evaluar los efectos del confinamiento por la primera ola del COVID-19 en niños y adolescents con TDAH, basándose en el grado de severidad de su estado afectivo y comportamientos conductuales en relación con su estado previo al confinamiento por el COVID-19.	Se observó un incremento en el empeoramiento de síntomas conductuales y emocionales en los pacientes con bajo grado del TDAH, mientras que en aquellos pacientes con grado moderado o alto del TDAH, se observó una mejora de sus síntomas conductuales y emocionales.
Zhang L	2020	32315967	7195413	China	Observational prospectivo	241 NNA con TDAH entre 6 y 15 años de edad (media=9.4 años, desviación estándar=2.39 años).	Los síntomas de los NNA con TDAH empeoraron respecto a su estado previo al confinamiento por COVID-19.	Los síntomas conductuales del NNA con TDAH empeoraron durante la pandemia por el COVID-19.

Todos los estudios incluidos en el análisis final fueron evaluados para determinar su riesgo de sesgo y calidad; ello, utilizando la herramienta ROBINS-I (véase tabla 2, en la que se observa el riesgo total del sesgo, así como el riesgo de sesgo por dominio). En esta revisión sistemática rápida se incluyeron únicamente los estudios que clasificaron con un riesgo de sesgo total bajo. Los dominios 3 (D3) y 4 (D4) no fueron aplicables para las investigaciones en las cuales no se llevó a cabo una intervención a la población de estudio, por lo que se clasificaron como "no aplicables" (NA) para estos dominios de sesgo. El dominio 5 (D5) no fue aplicable para las investigaciones en las cuales no se reportaban datos omitidos, por lo que se clasificaron como "NA" para D5. El dominio 6 (D6) y 7 (D7) no fueron aplicables para las revisiones sistemáticas, por lo que estos estudios fueron clasificados como "NA" para D6 y D7.

Tabla 2
Evaluación del riesgo de sesgo y calidad por ROBINS-I

Autor principal	Año de publicación	PMID	PMC	Riesgo de sesgo total	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Mallik C	2021	33450699	7836411	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
Tseng H	2021	34574669	8470011	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
Davoody S	2022	35480135	8994836	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	NA	NA	NA
Nonweiler J	2020	32899799	7552706	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
Swansburg R	2021	34326910	8194688	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
Çetin F	2020	32856947	NA	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
Melega	2020	33421841	7770476	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
Zhang L	2020	32315967	7195413	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
Kaya O	2021	34171615	8629768	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
Sciberras E	2020	33331195	8785303	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	BAJO	BAJO	BAJO
McGrath J	2021	32434606	7445458	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	NA	NA	NA
Cunningham N	2021	34118499	8413840	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	NA	NA	NA
Valentine AZ	2021	33326409	7819544	BAJO	BAJO	BAJO	NA	NA	NA	NA	NA

Abreviaciones*:* dominio 1 (D1): riesgo de sesgo debido a factores confusores; dominio 2 (D2): riesgo de sesgo en la selección de los participantes; dominio 3 (D3): riesgo de sesgo en la clasificación de las intervenciones; dominio 4 (D4): riesgo de sesgo debido a desviaciones de las intervenciones originales; dominio 5 (D5): riesgo de sesgo debido a datos omitidos o sin capturar; dominio 6 (D6): riesgo de sesgo en la medición de los resultados; dominio 7 (D7): riesgo de sesgo en la selección de los resultados reportados.

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INFANTIL CON TDAH

La mayoría de los artículos incluidos en esta revisión sistemática rápida se centraron en la evaluación de los efectos del confinamiento impuesto durante la pandemia por COVID-19 en la sintomatología de los NNA diagnosticados con TDAH. En este contexto, Tseng et al. (2021) investigaron los factores asociados a la salud mental de los cuidadores primarios, así como los síntomas presentes en los niños con TDAH. Los hallazgos de su estudio sugieren que, a consecuencia del confinamiento durante la pandemia, se produjo un deterioro en los síntomas emocionales tanto de los padres como de los hijos.

Çetin et al. (2020) llevaron a cabo una evaluación de la relación entre la presencia de diversas alteraciones del sueño y la severidad de los síntomas del TDAH en los niños durante la pandemia por COVID-19. Los resultados de su estudio revelaron que existían niveles elevados de trauma asociados con puntuaciones altas en los cronotipos, así como con los trastornos del sue-

ño. Además, se identificó una correlación significativa con el trastorno negativista desafiante, lo que sugiere una interrelación compleja entre estas variables en el contexto de la pandemia.

Diversas investigaciones (Nonweiler et al., 2020; Davoody et al., 2022; Sciberras et al., 2020; Swansburg et al., 2021; Mallik et al., 2021; Melega y Brown, 2020; Zhang et al., 2020) han compartido intereses similares en el análisis del impacto del confinamiento a raíz de la pandemia por COVID-19 en pacientes pediátricos diagnosticados con TDAH. Estas investigaciones concluyeron que, en esta población, se observó una alta incidencia de síntomas y problemas conductuales, así como un decremento en el bienestar general. Asimismo, se documentó una reducción en la actividad física y las prácticas al aire libre, junto con un aumento en el tiempo dedicado a ver televisión, utilizar redes sociales y participar en juegos en línea. Además, se reportaron incrementos en la frecuencia de sentimientos de tristeza, depresión y soledad en niños con TDAH, y se evidenció un aumento en la prevalencia general de trastornos psiquiátricos en comparación con sus pares sin TDAH durante el confinamiento.

En contraste, Melega y Brown (2020) y Kaya et al. (2021) han llegado a la conclusión de que, durante el confinamiento impuesto por la pandemia de COVID-19, los NNA diagnosticados con TDAH experimentaron un aumento en su participación en actividades domésticas, lo que se tradujo en reportes de estabilidad y bienestar general. Estos hallazgos sugieren que la estimulación y el apoyo proporcionados en el entorno familiar podrían haber desempeñado un papel más relevante en el bienestar de los NNA con TDAH que el confinamiento en sí mismo. Según Melega y Brown (2020), el involucramiento en actividades significativas dentro del hogar podría haber facilitado un sentido de estructura y rutina, contribuyendo positivamente a la regulación emocional y al funcionamiento conductual. De igual manera, Kaya et al. (2021) subrayan que el entorno familiar puede haber ofrecido un espacio seguro que mitigó algunos de los efectos negativos del confinamiento y promovió, así, el bienestar psicosocial en esta población.

La telemedicina ha emergido como una alternativa viable para el tratamiento psiquiátrico, especialmente en el contexto del TDAH en niños. Tres estudios (Cunningham et al., 2021; Valentin et al., 2021; McGrath, 2021) evaluaron la confiabilidad de esta modalidad de atención y concluyeron que la telemedicina es una estrategia factible, ya que proporciona los recursos necesarios para el diagnóstico, la evaluación y el seguimiento de pacientes con enfermedades mentales. Estos estudios destacan que la telepsiquiatría no solo disminuye el tiempo de espera para el diagnóstico, sino que también resalta su utilidad como herramienta valiosa para el monitoreo de diversas condiciones del neurodesarrollo. Además, se ha encontrado que la telemedicina mejora el acceso a la atención y permite la continuidad del cuidado, lo que es crucial para la gestión efectiva del TDAH. La implementación de esta modalidad también ha demostrado ser eficaz en el establecimiento de relaciones terapéuticas sólidas, lo que puede contribuir a un mejor manejo de los síntomas y un aumento en el bienestar general de los pacientes. En resumen, la telemedicina ofrece un enfoque confiable y accesible para el cuidado del TDAH infantil, y facilita el acceso a recursos que son esenciales para un manejo integral de esta condición.

DISCUSIÓN

El tratamiento del TDAH en población infantil ha sido objeto de estudio durante la pandemia por COVID-19, con un enfoque particular en cómo el confinamiento ha afectado tanto la sintomatología como las estrategias de intervención. Los artículos revisados ofrecen una variedad de perspectivas que permiten identificar tanto similitudes como diferencias en la manera en que se ha abordado el TDAH en este contexto.

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH INFANTIL

La mayoría de los estudios revisados coinciden en que el confinamiento tuvo un impacto significativo en los síntomas del TDAH, con un aumento en problemas conductuales y emocionales, así como una reducción en el bienestar general de los niños. Por ejemplo, Tseng et al. (2021) y Çetin et al. (2020) documentaron el deterioro de la salud mental de niños y cuidadores, mientras que otros estudios, como los realizados por Melega y Brown (2020) y Kaya et al. (2021), reportaron que algunos NNA con TDAH se beneficiaron de un incremento en la participación en actividades hogareñas, lo que contrasta con la narrativa predominante sobre el confinamiento.

Las diferencias en los enfoques terapéuticos se hacen evidentes al considerar que varios estudios, como el de Cunningham et al. (2021), investigaron la eficacia de la telemedicina en el tratamiento del TDAH, sugiriendo que esta modalidad podría ser una alternativa efectiva para el seguimiento y tratamiento, especialmente cuando las visitas presenciales no son viables. Sin embargo, no todos los estudios optaron por la telemedicina; algunos llevaron a cabo intervenciones en clínicas con un seguimiento convencional que permitió un control más estricto de los tratamientos (por ejemplo, el de Swansburg et al., 2021).

LIMITACIONES Y FORTALEZAS DE LOS ESTUDIOS

Una de las principales limitaciones que enfrentan muchos de estos estudios es la variabilidad en los diseños experimentales y el tamaño de muestra. Algunas investigaciones, como la de Zhang et al. (2020), contaron con una muestra reducida, lo que puede afectar la generalización de los resultados. Por otro lado, la fortaleza de estudios como el de McGrath (2021) radica en su enfoque sistemático y en el uso de herramientas de evaluación estandarizadas, lo que contribuye a la robustez de sus conclusiones sobre la efectividad de la telepsiquiatría.

Es importante señalar que ciertos estudios no encontraron alteraciones significativas en la población infantil con TDAH debido al confinamiento. Por ejemplo, el trabajo de Davoody et al. (2022) sugiere que algunos niños se adaptaron bien a las circunstancias, lo que indica que las respuestas al confinamiento pueden ser altamente individuales y depender de factores contextuales como el soporte familiar y la estructura del hogar.

EL ROL DE LA TELEMEDICINA COMO ALTERNATIVA POTENCIAL

La telemedicina es una alternativa prometedora para el seguimiento y tratamiento del TDAH infantil, en particular en el contexto de la pandemia. Los estudios de Valentin et al. (2021) y McGrath (2021) destacan que la telemedicina no solo facilita el acceso a los servicios de salud mental, sino que también permite un monitoreo continuo, lo que puede ser crucial para los pacientes que requieren intervenciones frecuentes. A pesar de los beneficios, es fundamental reconocer que la telemedicina también presenta desafíos, como la necesidad de tecnología adecuada y la posible falta de conexión personal en la relación terapéutica.

En resumen, los hallazgos revisados sugieren que el tratamiento del TDAH infantil durante la pandemia ha sido variado y multifacético, con la telemedicina emergiendo como una herramienta valiosa para la atención. A medida que se continúan realizando investigaciones en este campo, es esencial considerar tanto las fortalezas como las limitaciones de cada enfoque para desarrollar estrategias de intervención más efectivas y adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes.

CONCLUSIÓN

El tratamiento y seguimiento del TDAH en NNA se ha abordado a través de una combinación de intervenciones psicológicas y farmacológicas, las cuales muestran tanto semejanzas como diferencias en su implementación y eficacia. En general, los tratamientos psicológicos, que incluyen terapias conductuales, entrenamiento en habilidades sociales y programas de modificación de conducta, se han centrado en proporcionar estrategias para mejorar la autorregulación y reducir los síntomas de hiperactividad e impulsividad. Estos enfoques se complementan con tratamientos farmacológicos, típicamente basados en estimulantes como el metilfenidato y las anfetaminas, que han demostrado ser efectivos en la reducción de los síntomas del TDAH en una gran proporción de la población infantil.

Un aspecto importante a considerar es la adherencia a los tratamientos. Varios estudios de esta revisión sistemática señalaron que la adherencia puede ser un desafío significativo, tanto en intervenciones psicológicas como farmacológicas. Factores como la falta de apoyo familiar, la percepción de la necesidad del tratamiento y los efectos secundarios de los medicamentos influyen en la continuidad del tratamiento. En este contexto, es relevante mencionar que la combinación de terapias ha mostrado una mayor eficacia y ha sido favorecida por muchos profesionales de la salud.

La telemedicina ha emergido como una herramienta innovadora en el tratamiento del TDAH en NNA, especialmente durante y después de la pandemia por COVID-19. Esta modalidad ha facilitado el acceso a servicios de salud mental, lo que ha permitido un seguimiento más constante y una mayor flexibilidad en las sesiones de terapia. Los estudios de McGrath (2021) y Cunningham et al. (2021) han resaltado la efectividad de la telemedicina en el diagnóstico, la evaluación y el manejo de los síntomas del TDAH, destacando su potencial para mejorar la adherencia al tratamiento al reducir las barreras geográficas y temporales.

En resumen, el tratamiento del TDAH en NNA es un proceso multifacético que requiere un enfoque integral, que combine intervenciones psicológicas y farmacológicas, con un creciente interés en el uso de la telemedicina. A medida que se avanza en la comprensión de este trastorno, es fundamental seguir investigando y ajustando las estrategias de tratamiento para maximizar la eficacia y la adherencia, lo que garantiza un manejo óptimo del TDAH en esta población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, R. F. y Jiménez, O. M. A. (2021). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revisión actualizada. *Plasticidad y Restauración Neurológica, 8*(1), 39-49. https://doi.org/10.35366/101204

Alhusseini, N., Allam, H., Alaa, A. y Shalaby, T. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on children with ADHD: A study in the Middle East. *Children, 8*(4), 322. https://doi.org/10.3390/children8040322

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Biederman, J. y Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet, 366*(9481), 237-248. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66966-5

Çetin, F. H., Uçar, H. N., Türkoğlu, S., Kahraman, E. M., Kuz, M. y Güleç, A. (2020). Chronotypes and trauma reactions in children with ADHD in home confinement of COVID-19: Full mediation effect of sleep problems. *Chronobiology International, 37*(8), 1214–1222. https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1785487

Cunningham, C. E., Waddell, C. y Duhoux, A. (2021). Best practices in using telemedicine for ADHD during the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Times.* https://www.psychiatrictimes.com/view/best-practices-in-using-telemedicine-for-adhd-during-the-covid-19-pandemic

Davoody, A. H., Varela, A. P., Schmidt, L., Mazo, A., Zhang, R. y Shahrivar, Z. (2022). Psychological impact of COVID-19 on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: An online survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(1), 46. https://doi.org/10.3390/ijerph19010046

Halpern, J. y Laje, G. (2022). ADHD and the COVID-19 pandemic: Unique challenges and responses. *Psychiatric Times.* https://www.psychiatrictimes.com

Jhawar, N., Schiros, A., London, A. S. y Antshel, K. M. (2023). How did COVID-19 school closures affect adolescents with ADHD? *Population Health Research Brief Series.* Syracuse University. https://surface.syr.edu

Kaya, S., Sayin, A. y Uyanik, S. (2021). The impact of COVID-19 on children with ADHD: The positive effects of family involvement and domestic activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7), 3750. https://doi.org/10.3390/ijerph18073750

LeBlanc, N. J. y Ritchie, A. (2021). Impact of COVID-19 on mental health in children and adolescents with ADHD. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(2), 576. https://doi.org/10.3390/ijerph18020576

Mallik, A., Jain, R., Gupta, S. y Patra, S. (2021). Impact of COVID-19 on the mental health of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Health Research, 35*(2), 141-153. https://doi.org/10.1108/JHR-05-2020-0215

McGrath, J. (2021). ADHD and Covid-19: Current roadblocks and future opportunities. *Irish Journal of Psychological Medicine, 37*(3), 204-211. https://doi.org/10.1017/ipm.2020.53

Melega, D. A. y Brown, K. J. (2020). Effects of COVID-19 quarantine on children with ADHD and their families: Insights from the Adverse Childhood Experiences (ACE) framework. *International Journal of Child-Computer Interaction, 30,* 100290. https://doi.org/10.1016/j.ijcci.2020.100290

Mikami, A. Y., Henggeler, S. W. y McCart, M. R. (2010). The impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on peer relationships. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 389-398. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.001

Myers, K. A. y McKay, M. M. (2021). Telehealth for ADHD: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders.* https://doi.org/10.1177/1087054721991143

Nonweiler, J. y Murtagh, M. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of children and adolescents: A systematic review. *Psychological Medicine, 50*(1), 1-10. https://doi.org/10.1017/S0033291720003139

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. et al. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ,* 372, n160. https://doi.org/10.1136/bmj.n160

Palacio, J. D., Londoño, J. P., Nanclares, A., Robledo, P. y Quintero, C. P. (2020). Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (Engl ed.), 49(4), 279-288. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006

Pineda, M., Ospina, M. C. y Ruiz, R. (2021). *Identifying the impact of the confinement of COVID-19 on emotional-mood and behavioural dimensions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. CHADD. https://chadd.org

Quinn, P. (2011). Gender differences in ADHD. En J. K. Buitelaar, C. C. Kan y P. Asherson (eds.). *ADHD in adults: Characterization, diagnosis, and treatment* (pp. 18-24). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511780752.004

Raggi, V. L. y Chronis, A. M. (2006). The impact of ADHD on academic functioning. *Journal of School Psychology, 44*(3), 235-253. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.02.002

Sciberras, E. et al. (2020). Mental health and well-being of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder during the COVID-19 pandemic. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 42*(8), 586-590. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000771

Stephen, J. M., Jaffe, J. y Goldstein, J. M. (2005). Environmental factors in ADHD: The role of the prenatal environment. *Journal of Pediatric Psychology, 30*(6), 505-516. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi010

Sterne, J. A. C., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A. W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., Ramsay, C. R., Regidor, D., Rothstein, H. R., Sandhu, L., Santaguida, P. L., Schünemann, H. J., Shea, B., Shrier, I., Tugwell, P., Turner, L., Valentin, J. C., Waddington, H., Waters, E., Wells, G. A., Whiting, P. F. y Higgins, J. P. T. (2016). ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ, 355,* i4919. https://doi.org/10.1136/bmj.i4919

Swansburg, R., Hai, T., MacMaster, F. P. y Lemay, J. F. (2021). Impact of COVID-19 on lifestyle habits and mental health symptoms in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Canada. *Paediatrics & Child Health, 26*(5), e199-e207. https://doi.org/10.1093/pch/pxab021

Tseng, H. W., Tsai, C. S., Chen, Y. M., Chou, F.H. y Yen, C. F. (2021). Poor mental health in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and its relationships with caregivers' difficulties in managing the children's behaviors and worsened psychological symptoms during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(18), 9745. https://doi.org/10.3390/ijerph18189745

Valentin, A. R., Hall, S. S., Young, E. J. y DeFilippis, M. (2021). Implementation of telehealth services to assess, monitor, and treat neurodevelopmental disorders: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 23*(7), e22619. https://doi.org/10.2196/22619

Wolraich, M. L. y Wilens, T. E. (2020). Managing ADHD during the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Times.* https://www.psychiatrictimes.com/view/managing-adhd-during-the-covid-19-pandemic

Zhang, L., Liu, Q. y Zhao, Y. (2020). The COVID-19 pandemic and its effect on ADHD children's behavior: A national survey in China. *BMC Pediatrics, 20*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12887-020-02126-3

Recibido: 07 de febrero de 2024
Última revisión: 17 de septiembre de 2024
Aceptado: 21 de febrero de 2025

Hacia un futuro más floreciente: propuesta de un modelo integrativo del bienestar

[1]Ahmad Ramsés Barragán Estrada

[1]*Consultoría ZP*

Cómo citar este artículo (estilo APA) / Citing this article (APA style):
Barragán-Estrada, A. R. (2025). Hacia un futuro más floreciente: propuesta de un modelo integrativo del bienestar. Revista Mexicana De Investigación En Psicología. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 17*(1), pp 51-68

Resumen

El artículo de revisión teórica que se presenta examina con detenimiento el panorama actual sobre los distintos tipos de bienestar existentes identificados en la literatura científica. A través de definiciones enriquecidas y diversos análisis de sus beneficios documentados, se describen nueve tipos de bienestar: global (objetivo), hedónico (subjetivo), eudaimónico (psicológico), social, espiritual, físico, laboral, financiero (económico) e intelectual, los cuales, en su conjunto, conforman lo que se denomina bienestar integrativo. Asimismo, se proponen diferentes criterios de elegibilidad del bienestar como una guía confiable de referencia para futuras investigaciones, con el objetivo de que estos criterios puedan ser considerados dentro de los ámbitos de atención y promoción de la salud mental en general. Finalmente, la revisión y el análisis de la información permiten la presentación de un modelo de aproximación teórica con enfoque salutogénico, orientado al florecimiento individual y social. Este modelo, denominado MIB: modelo integrativo del bienestar, surge como una propuesta derivada de la integración y complementación de diversas teorías científicas actuales sobre el bienestar, así como de modelos predecesores ya validados. Desde esta perspectiva, se desarrollan los objetivos, principios, estructura teórica y representación gráfica del modelo, con el propósito de facilitar y promover su aplicación como herramienta para la prevención y atención integral del bienestar en sus distintas dimensiones. Además, se plantea como base para el diseño de políticas públicas y privadas que incidan positivamente en la sociedad, tanto en contextos de prosperidad como en situaciones de adversidad.

Palabras clave: Florecimiento, tipos de bienestar, modelo teórico salutogénico, bienestar integrativo, salud mental, criterios de elegibilidad.

Towards a more flourishing future: Proposal for an integrative wellbeing model

Abstract

This theoretical review article provides an in-depth examination of the current landscape of well-being, enriching conceptual definitions and exploring the various benefits found in the scientific literature. As a result, it identifies nine types of well-being: global (objective), hedonic (subjective), eudaimonic (psychological), social, spiritual, physical, occupational, financial (economic), and intellectual, which collectively form what is referred to as integrative well-being. Furthermore, the article establishes several eligibility criteria for assessing well-being, offering a reliable reference framework for future research. It also aims to promote the inclusion of these well-being dimensions in mental health care and policy development. Finally, the review and analysis culminate in the presentation of a salutogenic theoretical approach aimed at fostering both individual and social flourishing. The proposal, termed the integrative well-being model (IWM), arises from the synthesis of contemporary scientific theories of well-being and builds upon previously validated models.

Dirigir toda correspondencia a:
Ahmad Ramsés Barragán Estrada
ramsesbarragane@hotmail.com
RMIP 2025, Vol. 17, Núm. 1, pp. 51-68
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx
Derechos reservados ®RMIP

The model's objectives, core principles, theoretical structure, and graphical representation are developed to facilitate and promote its implementation. It is proposed as a comprehensive tool for prevention and intervention strategies across all dimensions of well-being and as a guiding framework for the development of public and private policies capable of benefiting society in both prosperous and challenging times.

Keywords: Flourishing, well-being types, salutogenic theoretical model, mental health, integrative well-being, eligibility criteria.

INTRODUCCIÓN

Hay razones de peso para fortalecer y enriquecer la investigación en los estudios del bienestar, tanto en su conceptualización, dialéctica, complejidad como en su valor práctico. Por ejemplo, el bienestar es el componente central de la salud de acuerdo con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud desde hace más de setenta años (OMS, 1946). Representa la meta más deseada por el ser humano desde la postura eudaimónica de Aristóteles, una visión que continúa vigente en diversas conceptualizaciones científicas (Froh, 2011). Asimismo, es una piedra angular de muchas naciones en el diseño de sus políticas públicas y funge como indicador clave de la prosperidad social (Diener y Diener, 2011). Es un constructo psicológico que ha demostrado su robustez en razón de los beneficios que reporta en la salud mental, la satisfacción con la vida, la familia, el trabajo, las relaciones interpersonales y, en general, en múltiples aspectos de la condición humana. Además, es un componente fundamental en metodologías de intervención clínica, educativa, organizacional y social.

Asimismo, el trabajo de los profesionales de la salud mental y disciplinas afines ya reconoce y otorga un papel prioritario al constructo del bienestar, incluso en contextos de adversidad o en presencia de sufrimiento psicológico (Wood y Tarrier, 2010); es decir, actualmente se integran intervenciones dirigidas tanto al abordaje del malestar o los déficits asociados a problemáticas psicológicas, como la promoción de una salud mental óptima, el bienestar o el florecimiento humano. De ese modo, se completa el espectro de atención en la comprensión integral del fenómeno psicológico (García-Álvarez y Cobo-Rendón, 2020; Rashid y McGrath, 2020).

En sintonía con lo anterior, es cada vez mayor la evidencia que respalda el crecimiento personal, la satisfacción con la vida y otros términos relacionados con el bienestar que pueden surgir como consecuencia de eventos estresantes, o bien, través del uso de intervenciones psicoterapéuticas efectivas (Antoni et al., 2001; Wagner et al., 2007). Por otra parte, el cultivo del bienestar —elemento indispensable en las definiciones de salud y salud mental— reporta beneficios sustanciales que la investigación sigue confirmando. Por ejemplo, una salud mental óptima se asocia con la presencia de un menor número de enfermedades, menos limitaciones en las actividades rutinarias y una reducción de condiciones físicas crónicas (Keyes, 2005). Asimismo, fortalece la autoestima, el sentido de autoeficacia, el propósito y sentido de vida, las metas y objetivos vitales, y promueve vínculos sociales de calidad con los demás (Karás et al., 2014; Keyes, 2007; Petrillo et al., 2015). También facilita una valoración positiva de los eventos vitales y de las circunstancias personales (Quiceno y Vinaccia, 2013). En lo que respecta a los trastornos mentales, se ha encontrado que el bienestar se asocia con una disminución en los niveles de depresión, ansiedad generalizada, abuso de sustancias, trastornos de pánico y riesgo suicida (Gilmour, 2014; Karaś et al., 2014; Keyes, 2005; Keyes et al., 2010; Keyes et al., 2011; Petrillo et al., 2015; Yin et al., 2013, citados en Góngora y Castro, 2018).

Por su parte, el florecimiento es un concepto multidimensional, dinámico y que se manifiesta en varias direcciones. Se define como el estado de completitud del ser humano, en el cual todos los aspectos de su vida son positivos (VanderWeele, 2017). A diferencia del bienestar o de la salud mental, que tienden a percibirse como experiencias más subjetivas e internas, el florecimiento

suele ser más visible desde el exterior, es decir, es percibido por los demás. Si se profundiza en esta cuestión, puede afirmarse que el florecimiento es un fenómeno mucho más contextual y que puede conceptualizarse como un sistema vivo o una entidad multifactorial, e incluso percibirse como un agente integrador. En otras palabras, puede entenderse como el componente sistémico del bienestar, aquel que articula e interrelaciona sus distintas dimensiones. Entre estas, las más estudiadas y confirmadas por la investigación científica, destacan las relaciones positivas, el sentido de vida, la salud física, la seguridad financiera y la satisfacción con la vida (Loveridge et al., 2020).

Expuesto lo anterior, el objetivo del estudio de revisión teórica es ofrecer un panorama vigente y actualizado sobre los tipos de bienestar existentes a partir de definiciones enriquecidas, así como la identificación de sus componentes, dimensiones y beneficios, con el propósito de que puedan ser enmarcados dentro de las estrategias de atención a la salud mental. Este objetivo se complementa mediante la presentación de un modelo de aproximación teórica con enfoque salutogénico, orientado hacia un estado ideal de bienestar, denominado por diferentes autores como "florecimiento" (Barragán-Estrada, 2023; Lomas y VanderWeele, 2022; Seligman, 2011). En lo sucesivo, dicho modelo será referido como MIB por sus siglas: modelo integrativo del bienestar.

Esta propuesta busca complementar el trabajo desarrollado en años recientes en torno a los estudios del bienestar —especialmente el bienestar integrativo— y a teorías consolidadas y validadas, como los modelos PERMA o LIFE. El MIB se plantea como una herramienta útil tanto para la prevención como para la atención en el ámbito clínico, así como para el diseño de políticas públicas y privadas —por parte de gobiernos e instituciones— que contribuyan al bienestar social en contextos de crisis o adversidad, o bien, en épocas de estabilidad y florecimiento.

Igualmente, se establecen diferentes criterios de elegibilidad para cada uno de los tipos de bienestar, los cuales proporcionan el sustento necesario al modelo en lo referente a su pertinencia y suficiencia teórica. Se confía en que estos criterios puedan también servir como puntos de partida para la selección y validación de futuros tipos de bienestar con evidencia empírica.

Finalmente, se exponen los primeros objetivos, principios y estructura teórica del MIB, que puedan facilitar su utilización, así como sus limitaciones y alcances.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS TIPOS DE BIENESTAR

Teóricos e investigadores de todo el mundo han resaltado la importancia del estudio del bienestar y la felicidad, considerando la multidimensionalidad que comprenden dichos términos (Ahuvia et al., 2015; Lyubomirsky et al., 2005). Esta complejidad implica tanto factores internos como externos que los posibilitan, así como variables individuales, grupales, sistémicas y contextuales que permiten reconocer la existencia de diversos tipos de bienestar, subrayando la importancia de reconocer y respetar sus diferencias o particularidades (Delle et al., 2011; Henderson y Knight, 2012).

En consecuencia, el estudio del bienestar —ya sea individual, subjetivo o mental, según el enfoque adoptado— se encuentra estrechamente vinculado con otros dominios y constructos (multidimensional), con otros seres humanos (pareja, familia), con las instituciones (trabajo, comunidad, sociedad) y con el contexto o el sistema en que se desenvuelven las personas (economía, demografía) (véase tabla 1).

A partir de este análisis y revisión, han proliferado diversas definiciones, modelos y teorías del bienestar, con diferentes resultados y valor científico, que han sido tomados en cuenta para la estructuración, articulación y diseño del MIB en su etapa inicial.

Entre las teorías y enfoques que resultaron de especial consideración, se encuentran la teoría del bienestar subjetivo (Diener, 2000), el modelo

continuo doble de salud mental óptima y enfermedad mental (Keyes, 2003), la teoría del equilibrio dinámico (Magnus et al., 1993), el modelo de flujo o fluidez (Csikszentmihalyi, 1990), el modelo LIFE (Lomas, 2019), la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas (Fredrickson, 2000, 2001), la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 2008), la teoría del bienestar psicológico de Carol Ryff (Ryff y Singer, 2008), la teoría de la adaptación hedónica o la felicidad (Sheldon y Lyubomirsky, 2012), el modelo funcional del bienestar (Vittersø et al., 2010) el modelo PERMA (Seligman, 2011), el modelo HERO (Acosta et al., 2015) y la metodología RAISE (Shim et al., 2019).

Tras casi diez años de análisis teóricos y revisiones pormenorizadas, orientadas hacia una mayor comprensión teórica-metodológica, dichas aportaciones se tradujeron en un primer esbozo estructural que dio claridad conceptual y respaldo empírico a lo que ahora conforma el MIB (Barragán-Estrada, 2022). Además, considerando la complejidad del propio término "bienestar" —en un sentido semántico, dialéctico, hermenéutico y como constructo psicológico— y según el campo de estudio desde el cual se aborde (psicología, filosofía, medicina, entre otros), se establecieron criterios de selección para determinar si un tipo específico de bienestar, presente en la literatura científica, debía ser incluido, o no, en el modelo. Estos criterios podrían servir también como guía de trabajo para futuras investigaciones orientadas a la identificación de nuevos tipos de bienestar.

Tabla 1
Criterios de elegibilidad de los tipos de bienestar existentes

Criterio	A qué se refiere
Universalidad	Se edifica como un fin en sí mismo en la mayoría de las culturas y sociedades actuales, y es valorado por derecho propio (por ejemplo, el bienestar laboral se constituye como un pilar universal entre la mayoría de las naciones).
Unicidad	Se reconoce su presencia de forma independiente; es decir, no se solapa con otros tipos del bienestar o constructos (aunque pueden estar interrelacionados). Así, se respetan sus diferencias conceptuales, evaluativas y metodológicas (Delle et al., 2011); por ejemplo, aunque el bienestar global y el financiero comparten características en común, suelen ser definidos por separado; mientras, el bienestar sexual se solapa en el bienestar físico, por lo que no se incluye como un tipo distinto (véanse definiciones en tabla 2).
Interrelación	Se interrelaciona en mayor o menor medida con otros tipos de bienestar según la investigación científica disponible. Por ejemplo, el modelo continuo doble de salud mental óptima y enfermedad mental de Keyes (2003) integra e interrelaciona tres tipos de bienestar (hedónico, eudaimónico y social) a partir de la presencia/ausencia de síntomas que contribuyen a la salud mental óptima, o bien, síntomas que contribuyen a la presencia de languidecimiento o decaimiento (salud mental deficitaria) (Barragán-Estrada, 2020).
Impacto positivo	Reporta beneficios y consecuencias positivas a la salud mental y el florecimiento tanto en lo individual como en lo social. Ejemplo de este criterio es el bienestar laboral, que al ser promovido y desarrollado en las organizaciones se traduce en mejoras dentro de la calidad en el servicio (He et al., 2012), salud física individual y salud organizacional, seguridad física en el trabajo, clima organizacional inspirador, motivación intrínseca y extrínseca, calidad de los productos y servicios, y una mayor responsabilidad social (Grueso-Hinestroza y Toca-Torres, 2012; Salanova, 2008).

Valencia de placer o funcionamiento óptimo	Conlleva una valencia de placer, disfrute personal o que conduce al crecimiento o progreso de la persona (por ejemplo, el bienestar emocional encierra aspectos hedónicos, mientras que el bienestar psicológico o el intelectual, aspectos eudaimónicos relacionados con el desarrollo humano que no necesariamente se acompañan de aspectos placenteros) (Barragán-Estrada, 2013).
Multidimensional	Se conforma de varias dimensiones continuas y dinámicas que pueden estar presentes de forma simultánea (por ejemplo, el bienestar físico incluye dimensiones como la salud corporal, la salud sexual, la salud nutricional, la higiene o la energía física).
Factores internos y externos	Su presencia o cultivo depende de factores internos (percepción, motivación intrínseca, competencia) y externos (autoestima colectiva, cuidado al medio ambiente, calidad de vida global).
Factores situacionales/ contexto	Es transferible y suele requerir un contexto/sistema adecuado para llevarse a cabo óptimamente (situación, institución). De igual modo, cuenta con el valor que le asigna la sociedad tanto por su deseo de presencia como por su manifestación (por ejemplo, el bienestar intelectual suele reconocerse por medio de instituciones educativas que además lo posibilitan).
Respaldo científico	Tiene suficiente apoyo y evidencia científica, tanto en su definición como en los beneficios que reporta a un nivel empírico. Además, suele estar presente de forma interdisciplinaria (por ejemplo, en otras ciencias o campos de estudio, como las neurociencias, la filosofía, la medicina o las ciencias económicas).

DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LOS TIPOS DE BIENESTAR

Con base en los criterios de elegibilidad propuestos, se realizó una búsqueda especializada por medio de las principales bases de datos científicas actuales, entre las que se incluyeron: Web of Science, ResearchGate, PubMed, PsycNet, SciELO y Redalyc, de marzo de 2023 a enero de 2024. A su vez, las principales palabras de búsqueda empleadas fueron: "bienestar", "florecimiento", "tipos de bienestar", "florecimiento humano", "salud mental óptima", "modelos del bienestar", "teorías del bienestar", "bienestar subjetivo" y "bienestar psicológico", en español e inglés. Derivado de lo anterior, se pudieron delimitar nueve tipos de bienestar que conformaron el MIB en su fase inicial (se pueden agregar otros según el avance de la investigación científica): bienestar global, bienestar hedónico/subjetivo/emocional, bienestar eudaimónico/psicológico, bienestar social, bienestar espiritual, bienestar físico, bienestar laboral, bienestar financiero y bienestar intelectual.

A continuación, se presentan las definiciones conceptuales de cada uno, las cuales fueron enriquecidas a partir de la revisión teórica, así como algunos ejemplos de sus beneficios generales, que permiten destacar su importancia y valor, al tiempo que pueden ser reconocidos como constructos que, en su conjunto, contribuyen al florecimiento individual y social.

Tabla 2
Tipos de bienestar, ejemplos de florecimiento individual y social, así como de dimensiones y constructos relacionados según el tipo de bienestar

Tipo de bienestar	Definición	Ejemplos de beneficios asociados al florecimiento individual y social según la literatura científica	Ejemplos de dimensiones y constructos relacionados
Bienestar global	Se define como el grado de satisfacción general percibido y prosperidad psicosocial en relación con la calidad de vida (bienestar experimentado y bienestar evaluativo), por medio del reconocimiento, registro, indicadores de medición, análisis y clasificación de todos los componentes que afectan de forma positiva las condiciones y estándares de vida de las personas; dimensiones y dominios que usualmente provienen de fuentes externas, como la economía, política, gobierno, cultura, humanidades, naturaleza y ecología (Arora et al., 2016; Capaldi et al., 2015; Kahneman et al., 2004). Aunado a ello, se sustenta y determina con base en el desarrollo de las naciones al considerar aspectos multifactoriales como el progreso social, la sustentabilidad, la felicidad nacional (Marks, 2009), el diseño de políticas públicas relacionadas con el florecimiento e incluso el clima o el impacto de la huella ecológica (Marks, 2011). Así, este tipo de bienestar se suele incluir en las teorías top-down del bienestar que buscan explicar cómo el mundo natural y los gobiernos promueven y facilitan el bienestar de las personas. Encuentra respaldo teórico y empírico en la teoría del equilibrio dinámico (Magnus et al., 1993) y en el modelo LIFE (Lomas, 2019).	El contacto continuo, conexión e inmersión con la naturaleza promueve el florecimiento (estado ideal del bienestar según el modelo PERMA de Seligman) y contribuye a la mejora en los niveles del bienestar hedónico, eudaimónico y la salud mental óptima. De manera más particular, mejora la capacidad de atención, el sentido de conexión con la naturaleza (biofilia), además de trabajar con la reducción del estrés (Capaldi et al., 2015).	Economías del bienestar, progreso social, ecología y medio ambiente, comunidades positivas, salud pública, difusión de la cultura, sustentabilidad, sostenibilidad, políticas públicas, calidad de vida global, educación pública, economía de la felicidad.
Bienestar hedónico/ subjetivo/ emocional	Se origina en la tradición griega del hedonismo o la búsqueda continua del placer (yo sé lo que me hace bien y por eso lo deseo y lo procuro, al tiempo que me alejo de aquello que me desagrada o conduce al sufrimiento) (Myers y Diener, 1995). Se refiere a un juicio cognitivo global que hacen las personas en torno a la satisfacción con la vida y la mayor frecuencia de aparición de emociones y estados de ánimo placenteros, por encima de emociones y estados de ánimo negativos. Así, se basa en un juicio de qué tan "buena" (contra la mala) es nuestra vida y cuánto placer (contra el dolor) experimentamos en la vida. Además, es un modelo centrado en las evaluaciones cognitivas y afectivas de la vida de las personas (Diener et al., 2006). En consecuencia, la positividad serán las emociones positivas que la persona experimenta en razón de sus circunstancias personales, y que conllevan una valencia de placer, producen una sensación de agrado o disfrute al experimentarlas y en las que se valoran sus efectos gratificantes (Barragán-Estrada, 2014). Se fundamenta en la teoría del bienestar subjetivo (Diener, 2000), la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas (Fredrickson, 2000; 2001) y la teoría de la adaptación hedónica o la felicidad (Sheldon y Lyubomirsky, 2012), entre otras.	Los estudios longitudinales evidencian que el cultivo de emociones positivas, como la felicidad o la satisfacción, reportan mayores éxitos académicos y laborales, además de contribuir a la conformación de matrimonios florecientes, relaciones sociales significativas, mejor salud mental y física, longevidad y resiliencia psicológica (Lyubomirsky et al., 2005). Con base en esta misma línea, emociones positivas específicas como la vitalidad fungen como importantes marcadores del bienestar general (bienestar integrativo), además de estar asociada con aumentos en los niveles de autoactualización, autoestima, autodeterminación, autonomía, motivación y disminución en los niveles de depresión clínica (Lambert et al., 2011).	Positividad (emociones positivas), felicidad, inteligencia emocional, savoring (saboreo), disfrute, sentido del humor, amor, entusiasmo, alegría, tranquilidad, afecto positivo, gratitud, ilusiones positivas.

Bienestar eudaimónico/ psicológico	Se orienta al funcionamiento óptimo individual y positivo. Implica hacer que la vida valga la pena ser vivida, y dar lo mejor de nosotros mismos por medio del compromiso, control (autonomía), significado y utilización de las fortalezas que mejor nos distinguen (Lamers et al., 2011; Keyes, 2005; Ryff y Singer, 2008; Seligman, 2011). Asimismo, es la capacidad de mantener un estado y nivel de funcionamiento adecuados (actividad intencional sostenida) frente a un nivel o funcionamiento deficitario (baja sensación de control, indefensión, carente de rumbo, etcétera) (Vázquez et al., 2006). Aunado a lo anterior, suele ser el tipo de bienestar que se enmarca en las definiciones actuales de salud mental óptima, según lo define la OMS (2020). Este bienestar promueve y refleja la búsqueda de metas significativas de vida. Particularmente, Ryff y Singer (2008) han identificado seis factores relacionados, pero diferenciados, que abarcarían el bienestar eudaimónico tal como se ha conceptualizado: autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, relaciones positivas, propósito en la vida y autoaceptación. Este tipo de bienestar halla respaldo y sustento en la teoría del bienestar psicológico de Carol Ryff (Ryff y Singer, 2008), el modelo de flujo o fluidez (Csikszentmihalyi, 1990), la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 2008) y el modelo PERMA (Seligman, 2011), entre otros.	En estudios con parejas, el que el cónyuge reconozca y aprecie las fortalezas del otro (bondad, honestidad, pensamiento crítico) contribuye a una mayor satisfacción y compromiso dentro de la relación (Goodman et al., 2017), además de que se mejora la salud física entre ambos (bienestar físico) (Lavy et al., 2014). Por otro lado, el simple hecho de reconocer en qué somos buenos se asocia con una probabilidad nueve veces mayor de estar floreciendo en el trabajo, en comparación de aquellos que no tienen conciencia sobre sus recursos psicológicos, fortalezas o habilidades (Barragán-Estrada, 2023).	Autoeficacia, autoactualización, autoconcepto, fortalezas personales, crecimiento personal, autoestima fortalecida, autonomía, autoconfianza, resiliencia, logro de la identidad.
Bienestar social	Es conceptualizado como el grado de satisfacción, calidad, compromiso y funcionamiento óptimo de cada una de nuestras relaciones sociales. Abarca desde familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo y hasta la comunidad en la que vivimos (Barragán-Estrada, 2022). Es un juicio cognitivo global en el que las personas pueden observar sus lazos sociales como significativos y valiosos, viendo además a la sociedad como una potencial fuente para el florecimiento social. De acuerdo con Keyes (2003), el bienestar social se constituirá de cinco dimensiones: aceptación social, autorrealización social, contribución social, congruencia social e integración social. Finalmente, es uno de los criterios de la salud mental óptima de acuerdo con la propuesta de la OMS (2020): capaz de realizar contribuciones dentro de su comunidad. En relación con las teorías y los modelos que apoyan la presencia de este tipo de bienestar, la mayoría coincide en su relevancia de primer orden.	Las conductas prosociales son consideradas excelentes indicadores del funcionamiento óptimo entre las personas, además de contribuir a una mejor integración social (Keyes, 1998). Derivado de lo anterior, el apoyo social está relacionado con un mayor crecimiento personal en situaciones estresantes de la vida, como el divorcio (mantener redes de apoyo significativas durante el proceso de separación) (Berman et al., 2008).	Conducta prosocial, socialización, identidad social, familias florecientes, relaciones de pareja saludables, autorrealización social, autoestima colectiva, integración social, amistad, inteligencia social.

Bienestar espiritual	Se refiere a la habilidad personal de experimentar e integrar el propósito y significado de la vida, en conexión profunda ya sea con uno mismo, otros, las artes, la naturaleza o mediante un poder divino que resulta más grande que uno mismo (Peterson y Seligman, 2004). Asimismo, es un estado de satisfacción psicológico con lo sagrado en el que se combinan significado, integridad e interconexión personal, lo que posibilita una vida más fructífera (Baykal y Zehir, 2018). Finalmente, es la visión y afirmación individual y holística que tenemos para con los demás, el universo, la trascendencia, paz y armonía, por medio de la presencia de emociones positivas, percepciones, pensamientos, actitudes y conductas, en busca y reconocimiento de lo sagrado (Hill et al., 2000). Las teorías que respaldan su presencia también resultan numerosas, sobre todo cuando se incluye la dimensión y componentes del sentido y propósito de vida. Tal es el caso del modelo PERMA, la teoría del bienestar psicológico de Carol Ryff (Ryff y Singer, 2008) y la teoría del equilibrio dinámico (Magnus et al., 1993).	Cultivar la espiritualidad, así como las estrategias de afrontamiento en situaciones adversas de la vida por medio de este tipo de bienestar, se relacionan con una mejor salud mental (Amjad y Bokharey, 2015), además de que brinda un efecto protector (buffer) en la autoestima de la persona (Hefti, 2011), lo que, a su vez, posibilita caminos hacia la resiliencia y el optimismo. En términos de la salud, está asociado con mejores hábitos de la salud, por ejemplo, menores tasas en el consumo de alcohol y tabaco, mejor regulación emocional en el organismo y mejores efectos fisiológicos en cuanto a la presión sanguínea (Chirico, 2016).	Salud espiritual, valores y virtudes, trascendencia, vida espiritual, sentido/propósito de vida, fe, religiosidad, inteligencia existencial, divinidad, meditación/ mindfulness, compasión/ autocompasión, esperanza.
Bienestar físico	Es descrito como un estado de satisfacción y funcionamiento óptimo del organismo, en el cual se está libre de enfermedades o afecciones; lo anterior en términos de la ausencia de síntomas (nivel subjetivo) o indicadores objetivos de enfermedad (mediciones o valoración médica). De acuerdo con el modelo de calidad de vida de Schalock et al. (2010), se refiere al nivel de salud relacionado con el funcionamiento físico, nutricional, atención sanitaria adecuada, realización de actividades en la vida y aspectos como la vestimenta, higiene y seguridad (conciencia del peligro). Asimismo, el bienestar físico se deriva de una integración y equilibrio armónico entre lo que acontece con la biología del cuerpo, el ambiente que nos rodea, los vínculos sociales y otros factores relacionados, lo que da como resultado un balance energético entre lo físico, psicológico, social y otras dimensiones (Briceño-León, 2000; Logan y Ganster, 2005). Por último, este tipo de bienestar guarda relación con la calidad de vida, la cual, a su vez, es medida por múltiples parámetros, como la predisposición genética, longevidad, morbilidad, mortalidad, severidad de la enfermedad, supervivencia, salud subjetiva o percibida (autorreportes), entre otros (Rasmussen y Pressman, 2009). Además del modelo de calidad de vida mencionado, el bienestar físico es parte del modelo continuo doble de salud mental óptima y enfermedad mental (Keyes, 2003), así como del modelo LIFE (Lomas, 2019).	Los estilos de vida saludables guardan una estrecha relación con el florecimiento humano (Przybylko et al., 2022). Por ejemplo, se ha evidenciado que la actividad física es una estrategia de intervención exitosa para con la depresión clínica, que muestra resultados similares a los de la medicación (Cooney et al., 2013; Kvam et al., 2016). O bien, el bienestar nutricional como componente del bienestar físico y de los estilos de vida saludable se relaciona con una mayor salud mental (Akbaraly et al., 2009; McMartin et al., 2013, citados en Przybylko et al., 2022).	Salud física, salud corporal, salud sexual, salud nutricional, higiene, predisposición genética, energía física, conciencia del peligro, envejecimiento satisfactorio, estrés positivo (eustrés), expectativa de vida.

Bienestar laboral	Se refiere al grado de satisfacción y funcionamiento óptimo con que se evalúa el trabajo desempeñado y con base en las condiciones que se perciben de este (por ejemplo, espacios físicos, clima laboral, calidad de vida laboral, ingresos y productividad), que dotan a la persona de un sentido de valía, engagement (vinculación psicológica) (Salanova et al., 2014), motivación, virtudes y habilidades (equidad, seguridad, dignidad, liderazgo), empowerment (facultamiento en la toma de decisiones) (Chiavenato, 2009), positividad y autoeficacia organizacional (Salanova, 2009), entre otros, que en su conjunto contribuirán al florecimiento de las organizaciones. A su vez y conforme a los factores que se promuevan, mantengan e implementen en las organizaciones, se interrelacionará con el bienestar físico, psicológico y social de los trabajadores, así como con la salud organizacional (Tosi y Pilati, 2011), tal como se evidencia en el modelo HERO de las organizaciones (Acosta et al., 2015) y de manera indirecta con la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 2008).	Dentro del modelo de organizaciones saludables y resilientes (modelo HERO), el concepto de empleado saludable (término equiparable al de empleado con bienestar laboral) es resultado de desarrollar habilidades y características específicas: mayor sentido de eficacia, engagement, optimismo, satisfacción, confianza, emociones positivas y resiliencia (Gómez-Chacón et al., 2020).	Satisfacción laboral, calidad de vida laboral, entornos laborales saludables, organizaciones saludables, comportamiento organizacional positivo, salud ocupacional, habilidades blandas y duras (soft/hard skills), engagement/ compromiso.
Bienestar financiero	Se refiere al grado de satisfacción y juicio cognitivo global proveniente de la capacidad del individuo de generar ingresos para cubrir sus necesidades, uso y gestión óptima de los recursos económicos (Fuenzalida y Ruiz-Tagle, 2009), así como de su percepción en relación con ello y que le permite evaluar su salud financiera presente y futura. Implica aspectos como la inteligencia financiera, capacidad de ahorro y planeación respecto a los ingresos y egresos, de forma que se puedan satisfacer necesidades básicas, psicológicas y de consecución de logros. Dicho de otro modo, este tipo de bienestar contribuye a sentirse satisfecho con el resultado que implica trabajar o invertir tiempo y esfuerzo (físico o mental) para la obtención de un rédito en un sentido económico. Así, el bienestar financiero permite acceder a distintos bienes y servicios que contribuirán a la sensación de plenitud, seguridad o autorrealización, según los propios criterios, así como por medio de indicadores objetivos económicos determinados por factores o instituciones externas (capacidad de endeudamiento, otorgamiento de créditos, historial crediticio).	Diferentes modelos e investigaciones incluyen la salud financiera (sinónimo del bienestar financiero) como un dominio y aspecto demográfico necesario y conducente del florecimiento humano. Así, el instrumento de evaluación del florecimiento humano (40-Item Wellbeing Measure) lo incluye con el mismo nivel de importancia de otras variables, como salud emocional, propósito, conexión social, fortalezas de carácter y salud física (Lee et al., 2020; VanderWeele, 2017).	Éxito financiero, finanzas saludables, capacidad de ahorro, administración financiera, capacidad de gasto, inteligencia financiera, crecimiento económico, capacidad de endeudamiento, adquisición de bienes y servicios, accesibilidad a servicios.

Bienestar intelectual	Se refiere al grado de satisfacción percibido, capacidad y funcionamiento óptimo con que se pueden desarrollar recursos psicológicos útiles y adaptativos para cultivar la inteligencia a fin de afrontar los desafíos de la vida diaria y resolución de problemas en los diferentes dominios o esferas de vida, en un sentido salutogénico, adaptativo, floreciente y orientado al crecimiento personal. Esta clase de bienestar comprende aspectos relacionados con la solución de problemas, la creatividad y conocimientos aplicados al desarrollo de competencias personales, profesionales o de otros tipos. Así, resulta vital para el aprendizaje, la adquisición de conocimientos y las aplicaciones prácticas de la inteligencia, ya sea de forma lógica, sistemática, secuenciada, por insight o a través del cultivo de las bellas artes, entre otros. Implica valorar el aprendizaje y los conocimientos con que se cuenta, manteniendo un deseo activo (amor por el aprendizaje) y compartiéndolo con otros (inteligencia individual y colectiva).	Dentro de los estudios conducentes al florecimiento humano, la apreciación y utilización de las bellas artes y humanidades fungen como medios altamente valiosos para dicho fin. Así, la metodología RAISE (reflexión, adquisición, inmersión, socialización y expresión), por ejemplo, aparece como un modelo conceptual que ofrece distintos caminos engaged que contribuyen al florecimiento social (Shim et al., 2019).	Aprendizaje (significativo, por insight, profundo, vicario), sociedades del conocimiento, bellas artes (pintura, literatura, danza), estudiantes "florecientes", inteligencias múltiples, creatividad, pensamiento convergente/divergente, curiosidad.

Finalmente, los tipos de bienestar se traducirán en un concepto único al que se ha denominado "bienestar integrativo" y como una aproximación inicial que permitirá armonizar adecuadamente cada una de estas definiciones en su conjunto. Así, el bienestar integrativo:

> es un juicio valorativo global de satisfacción con la vida (componente cognitivo) en donde la persona puede sentirse pleno (componente emocional) y funcional óptimamente en relación a los tipos de bienestar existentes y la salud mental cultivados en equilibrio (componente conductual), tanto intrapersonal como interpersonalmente, posibilitando así el florecimiento individual y social en los diferentes ámbitos de vida y por medio de marcadores tanto objetivos (externos) como subjetivos (internos) (Barragán-Estrada, 2023, p. 10).

Como se puede inferir, este concepto sirve de puente de enlace convergente entre los nueve tipos de bienestar, que son tanto un medio como un fin, conducente del estado del "florecer" en lo individual y lo social (véase figura). Además, permite a las personas evaluar su vida en términos más abarcativos, diferenciados y desde los componentes cognitivos, emocionales y conductuales, y son "libres" de moverse entre tipos de bienestar y dimensiones que se incluyen en cada uno de estos. En esencia, contribuye a "movilizar recursos" según los deseos, metas y necesidades existentes, y ofrece distintos caminos que pueden transitarse, o no (posibilidades de accionar).

FUNDAMENTACIÓN Y PRINCIPIOS DEL MODELO INTEGRATIVO DEL BIENESTAR

Las investigaciones globales en torno a los tipos, dominios, modelos y dimensiones del bienestar, así como campos de estudio afines, resultan tan valiosas en contextos de adversidad como lo son aquellas centradas en el malestar. Un claro ejemplo de ello, derivado de la crisis sanitaria, política, económica provocada por la pandemia de covid-19, lo constituye el trabajo de organismos internacionales como el Well-being Economy Alliance, que sumó esfuerzos para diseñar planes de acción enfocados en la economía mundial, integrando diferentes tipos y dimensiones del bienestar (físico, global, financiero, medio ambiente, social e intelectual) como una propuesta multifacética para su incorporación en políticas públicas (Laurent et al., 2021).

Asimismo, cada vez son más los autores que destacan la necesidad de desarrollar una teo-

ría metodológicamente diversa que incluya el espectro completo del bienestar, al tiempo que se adopta una aproximación teórica acorde con la multiplicidad de conceptos existentes (Gómez-López et al., 2019; Jayawickreme et al., 2012). En este sentido, Boarini et al. (2014) identificaron y documentaron al menos tres tipos de bienestar (objetivo, subjetivo y relacional) que podrían sentar las bases para el desarrollo de una teoría unificada del bienestar basada en el consenso y sustentada en el creciente cuerpo teórico disponible.

De acuerdo con este marco, el bienestar objetivo (equivalente al bienestar global en el presente modelo) abarca dimensiones relacionadas con aspectos sociodemográficos de la vida de la persona (Mcgregor y Sumner, 2010); el bienestar subjetivo (hedónico, eudaimónico) se fundamenta en los juicios cognitivos globales que el individuo realiza sobre su vida y sus circunstancias (Vanhoutte y Nazroo, 2016); y el bienestar relacional (bienestar social) se refiere a la capacidad del individuo para considerar que sus relaciones interpersonales le brindan oportunidades viables de construir su bienestar (Gough y McGregor, 2007; Woodhouse et al., 2015, citados en Loveridge et al., 2020).

Sin embargo, hasta el momento no existen modelos que integren los nueve tipos de bienestar aquí identificados dentro de un marco estructural orientado al florecimiento humano, tanto individual como social. De hecho, esta carencia constituye una de las principales razones que dan soporte y relevancia al MIB. Al basarse en un conjunto de teorías y modelos predecesoras de amplia aceptación, el MIB ofrece una nueva forma de integrar las dimensiones, límites y factores asociados a cada uno de los tipos de bienestar identificados (véase figura).

Por otro lado, Atkinson et al. (2020) destacan la urgente necesidad de integrar los tipos de bienestar individuales y comunitarios, ya que no siempre los gobiernos o políticas respectivas consideran las complejas relaciones de la vida interior de las personas (*self*), la relación con nosotros mismos (por ejemplo, a través del bienestar psicológico), la relación con los demás y, a su vez, con los ambientes externos (bienestar laboral, global, social, entre otros). En este sentido, Martela y Sheldon (2019) agregan que los tipos de bienestar son resultado del "hacer y sentirnos bien" y que, pese a ser reconocidos de forma distinta, pueden incorporarse a teorías ya validadas, como la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 2000).

Así, con base en sus criterios de elegibilidad, constructos, estructura y diferenciación en los conceptos revisados hasta ahora, el MIB se constituye en un diseño de aproximación teórico inicial a partir de los siguientes principios:

- Integrativo: abarca diferentes tipos de bienestar iniciales o por descubrir, de forma independiente, interdependiente e interrelacionada.
- Basado en evidencia científica: la presencia y utilización de cada uno de los tipos de bienestar se sustenta en hallazgos científicos vigentes, tanto de estudios cuantitativos como cualitativos.
- Medible: se desarrollan y utilizan instrumentos de evaluación confiables con el fin de validar sus alcances, objetivos generales y específicos, según el campo de estudio al que se dirija.
- Valor práctico: el cuerpo teórico que lo sustenta da pie y posibilidades de implementación para su uso y en miras de promover el bienestar en todas sus formas, la salud mental óptima y el estado ideal del bienestar denominado florecimiento (Barragán-Estrada, 2023; Lomas y VanderWeele, 2022; Seligman, 2011).
- Salutogénico: predominan los aspectos y factores asociados a la salud y el bienestar generalizado, aun cuando pueda ser utilizado en situaciones adversas, épocas difíciles o conducentes del sufrimiento humano.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL MODELO INTEGRATIVO DEL BIENESTAR

El objetivo principal de MIB es contribuir al florecimiento de las personas y las sociedades por medio de la construcción y cultivo de cada uno de los tipos de bienestar existentes en balance y armonía; así, posibilita el bienestar integrativo y en sintonía con la atención y cuidado (prevención y promoción) de la salud mental óptima. Con base en esta línea, el florecimiento comprende una multiplicidad de conceptos, ideas y visiones sobre la vida, de lo que implica crecer y ser mejores como especie humana tanto en lo individual como en lo social. En términos metafóricos, el fenómeno del florecimiento se asemeja al de las flores debido al logro y meta deseada en armonía con la naturaleza y como un organismo vivo que cultiva su propio bienestar y dentro de un sistema socioecológico (Gokcen et al., 2012). Del mismo modo, puede fungir como una guía sistematizada de trabajo bajo el concepto de "actividad intencional sostenida" (Lyubomirsky, 2008), que ofrece diferentes caminos a seguir, evaluación de los progresos y alcances, y en armonía con cada uno de los dominios de vida en los que nos desenvolvemos (familiar, escolar, laboral, de pareja) (Barragán-Estrada, 2021b). Por otro lado, de la misma manera que ocurre con otros modelos, en cada tipo de bienestar se aprende a cultivar (es decir, es educable) y potenciar como un fin en sí mismo, es independiente de los demás y, en conjunto, maximiza las oportunidades de florecer individual y socialmente.

Entre los objetivos específicos que conforman la presentación del MIB, se destacan los siguientes:

- Integrar el modelo a nuevos ambientes de trabajo (clínicos, educativos, sociales, organizacionales), experiencias, estilos, escenarios y tecnologías, dentro de las ciencias sociales.
- Diseñar metodologías de trabajo específicas que tengan como base el referido modelo en los diferentes dominios y ámbitos que lo incluyen, por medio de la experimentación (cuantitativa y cualitativa) y según sus alcances e intereses particulares (por ejemplo, en el diseño de políticas públicas).
- Incidir e impactar en la sociedad actual inspirando el bienestar integrativo a través de la visualización de resultados y difusión en los diferentes medios, académicos (publicaciones) o no académicos (medios de comunicación masivos).
- Ser un marco de referencia confiable y de alto valor sobre los campos de estudio y aplicación del bienestar, el florecimiento y la salud mental óptima.
- Desarrollar conocimiento teórico (conceptos, postulados, constructos) derivado del análisis, aplicaciones y comprobaciones empíricas tanto de la literatura como de otros métodos de investigación.

DISEÑO DE APROXIMACIÓN INICIAL DEL MODELO INTEGRATIVO DEL BIENESTAR

El MIB se ha desarrollado como un modelo científico que permite centrarse en los aspectos salutogénicos y en los recursos psicológicos de las personas mediante un marco de referencia sustentado teóricamente en los distintos tipos del bienestar existentes. Este modelo está orientado tanto a las motivaciones como a las necesidades y requerimientos particulares de los individuos, con el propósito de favorecer su florecimiento personal y social.

En la figura se muestra su representación gráfica y la estructura inicial completa del modelo.

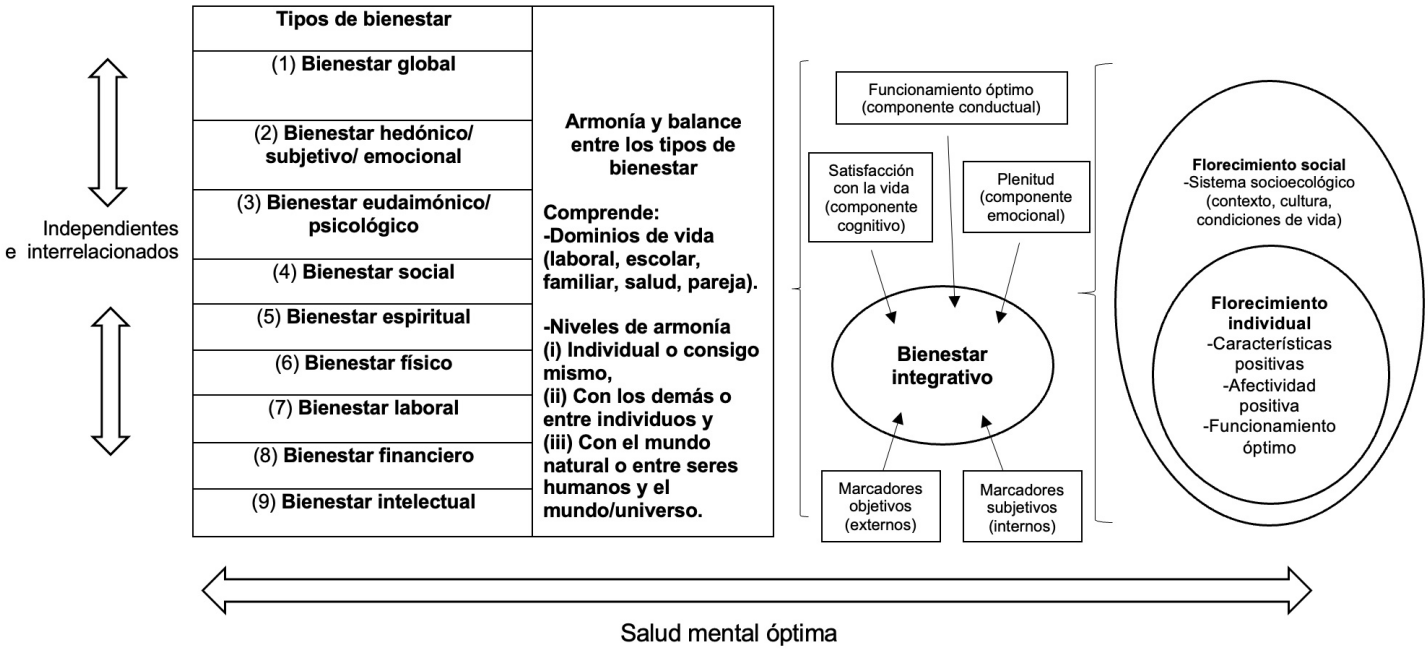


Figura. Modelo integrativo del bienestar

Expuesta su representación y marco estructural, se destaca que el modelo permite reconocer "lo que hacemos bien" por medio del bienestar que se esté cultivando, al tiempo que nos motiva a potenciar los tipos de bienestar que han sido menos atendidos o desarrollados. Aunado a ello, los tipos de bienestar pueden concebirse como un conjunto de pilares o soportes que cimientan los aspectos psicológicos asociados al bienestar integrativo, y que, a su vez, dotan de recursos valiosos necesarios para mantener una salud mental óptima, incluso en contextos de crisis o adversidad.

Así, la estructura del MIB también posibilita retomar senderos, dotarnos de logros y seguir contando con una brújula interna que propicie la adaptación al cambio y, posteriormente, la superación de la crisis. Desde esta perspectiva, los tipos de bienestar son procesos continuos y dinámicos, en los que se puede transitar con libertad, o no, ya sea como caminos a seguir o como posibilidades de acción. Asimismo, el modelo subraya que cultivar cada uno de los tipos de bienestar debe realizarse en un contexto de equilibrio y armonía, evitando la tendencia a maximizar solo algunos en detrimento de otros.

Por último, el bienestar integrativo puede entenderse como un puente que funciona como un medio y también como un fin en sí mismo, en la medida que conduce al florecimiento, concebido como un estado deseado o meta final. Este florecimiento comprende, a su vez, diferentes dimensiones o metas que se espera alcanzar (Barragán-Estrada, 2023; Henderson y Knight, 2012), en las cuales se valoran los aspectos por los que la vida merece ser vivida. No obstante, dicho florecimiento debe considerarse siempre como una idea o visión ideal, ya sea desde la perspectiva individual o colectiva, lo que permite a las personas y sociedades construir y avanzar de manera continua y perma-

nente hacia un desarrollo próspero, funcional y positivo (Barragán-Estrada, 2023).

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

Parte del desafío de estudiar el bienestar radica en que, dentro de cada tipo, existen factores, circunstancias, actividades e incluso relaciones interpersonales que pueden influir en él positiva y negativamente, a través de dinámicas bastante complejas (Mathews, 2012). Por esta razón, cualquier propuesta teórica-metodológica relacionada con los modelos actuales de bienestar deberá considerar estas variables en su justa dimensión y complejidad, y el MIB no es la excepción. Se trata de una propuesta que deberá estar sujeta a procesos de validación continua, sustentada en un rigor científico predominantemente empírico; esto, con el fin de que no sea concebido únicamente como una propuesta teórica.

Igualmente, será de gran importancia diseñar y disponer de escalas e instrumentos psicológicos que puedan medir tanto los tipos de bienestar específicos como el bienestar integrativo en su conjunto. De otra manera, el MIB podría verse limitado en su capacidad explicativa y en su respaldo empírico.

No obstante, la presentación de este modelo de trabajo —que se deriva de al menos tres décadas de estudios sobre el bienestar y los aspectos salutógenicos de la conducta humana— constituye un esfuerzo adicional por completar los programas de salud pública a nivel mundial, así como por fortalecer el diseño de políticas internacionales encaminadas a la calidad de vida y el bienestar general. Estas políticas, en muchas ocasiones, han estado enfocadas de manera exclusiva en atender el déficit o la enfermedad, pese a que está ampliamente reconocido que la ausencia de lo negativo no implica de modo necesario la presencia de lo positivo (Mjøsund, 2021).

La propuesta de valor del MIB estriba en ser el primer modelo del bienestar con suficiente respaldo empírico que permitirá a gobiernos, instituciones, empresas y sociedad en general identificar, cultivar y desarrollar sus niveles de bienestar, con base en los nueve tipos identificados, y entendiéndolos como rutas hacia el florecimiento individual y social.

Por otro lado, es importante mencionar que el bienestar representa probablemente la meta y el propósito más deseado por las personas en cualquier parte del mundo. En este sentido, se trata de una tarea, una actividad intencional y un compromiso voluntario, que abarca desde lo individual hasta lo global. Bajo este principio, se reconoce como un esfuerzo válido y necesario promover acciones conjuntas entre ciudadanos, empresas, profesionales de la salud y gobiernos, que, además, sean avaladas por la investigación científica, con la intención de promover los mejores aspectos de aquello que hace que la vida valga la pena, desde el paradigma contemporáneo de los estudios del bienestar.

En definitiva, se considera que la consolidación y fortalecimiento de este campo de estudio puede constituir una punta de lanza para afrontar y superar los desafíos y crisis mundiales actuales, ya sea como una guía, metodología de trabajo, estrategia de concientización o incluso mensaje esperanzador hacia un futuro más floreciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, H., Cruz Ortiz, V., Salanova, M. y Llorens, S. (2015). Healthy organization: Analysing its meaning based on the HERO Model/Organizaciones saludables: analizando su significado desde el Modelo HERO. *International Journal of Social Psychology, 30*(2), 323-350. https://doi.org/10.1080/21711976.2015.1016751

Ahuvia, A., Thin, N., Haybron, D., Biswas-Diener, R., Ricard, M. y Timsit, J. (2015). Happiness: An interactionist perspective. *International Journal of Wellbeing, 5*(1), 1-18. http://doi:10.5502/ijw.v5i1.1

Amjad, F. y Bokharey, I. Z. (2015). Comparison of spiritual well-being and coping strategies of patients with generalized anxiety disorder and with minor general medical conditions. *Journal of religion and health, 54*(2), 524-539. https://doi.org/10.1007/s10943-014-9834-2

Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. D., Price, A. A. y Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 20-32. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.20.6.458a

Arora, A., Spatz, E., Herrin, J., Riley, C., Roy, B., Kell, K., Coberley, C., Rula, E. y Krumholz, H. M. (2016). Population well-being measures help explain geographic disparities in life expectancy at the county level. *Health Affairs, 35*(11), 2075-2082. http://doi:10.1377/hlthaff.2016.0715

Atkinson, S., Bagnall, A. M., Corcoran, R., South, J. y Curtis, S. (2020). Being well together: Individual subjective and community wellbeing. *Journal of Happiness Studies, 21*(5), 1903-1921. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00146-2

Barragán-Estrada, A. R. (2013). Aproximaciones científicas al estudio de la felicidad: ¿qué podemos aprender de la felicidad? *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, *15*(2), 7-24.

Barragán-Estrada, A. R. (2020). Modelos integrativos y constructos relacionados del bienestar emocional, psicológico y social. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, *22*(1), 97-117.

Barragán-Estrada, A. R. (2021a). Florecimiento y salud mental óptima en tiempos de COVID-19. *Psicología Iberoamericana, 29*(1). https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.244

Barragán-Estrada, A. R. (2021b). Balance y armonía como conducentes del bienestar y ante las adversidades de la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *3*(1), 111-125.

Barragán-Estrada, A. R. (2022). *Vivir en bienestar a pesar de todo*. Editorial Terracota.

Barragán-Estrada, A. R. (2023). Bienestar, salud mental óptima y florecimiento: esclareciendo y diferenciando conceptos complejos. *Liberabit, 29*(2), e680. https://doi.org/10.24265/liberabit.2023.v29n2.680

Barragán-Estrada, A. R. y Morales-Martínez, C. I. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología*, *19*(1), 103-118.

Baykal, E. y Zehir, C. (2018). Mediating effect of psychological capital on the relationship between spiritual leadership and performance. *Ekonomika a Management, XXI* (3), 124-139. https://DOI:10.15240/tul/001/2018-3-008

Berman, M. I., Tashiro, T. y Frazier, P. A. (2008). Personal growth after relationship breakups. En S. J. Lopez (ed.). *Positive psychology: Exploring the best in people, Vol 3: Growing in the face of adversity*. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Boarini, R., Kolev, A. y McGregor, A. (2014). Measuring well-being and progress in countries at different stages of development: Towards a more universal conceptual framework. OECD Development Center. Working Paper 325, 1–59. https://doi.org/10.1787/5jxss4hv2d8n-en

Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). *Rio de Janeiro, Fiocruz.*

Capaldi, C. A., Passmore, H.-A., Nisbet, E. K., Zelenski, J. M. y Dopko, R. L. (2015). Flourishing in nature: A review of the benefits of connecting with nature and its application as a wellbeing intervention. *International Journal of Wellbeing, 5*(4), 1-16. https://doi:10.5502/ijw.v5i4.449

Chiavenato, I. (2009). *Gestión del talento humano* (3ª. ed.). McGraw-Hill.

Chirico, F. (2016). Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition. *Journal of Health and Social Sciences, 1*(1), 11-16. https://doi:10.19204/2016/sprt2

Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M. y Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database Systematic Review, 9,* CD004366. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366. pub6

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience* (vol. 1990). Harper & Row.

Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1104_01

Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian psychology/Psychologie canadienne, 49*(3), 182. http://dx.doi.org/10.1037/a0012801

Delle Fave, A. y Fava, G. A. (2011). Positive psychotherapy and social change. En R. Biswas-Diener (ed.). *Positive psychology as social change* (pp. 267-291). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9938-9_15

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*(1), 34-43. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.1.34

Diener, E. y Diener C. (2011). Monitoring psychosocial prosperity for social change. En R. Biswas-Diener (ed). *Positive psychology as social change* (pp. 53-72). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9938-9_4

Diener, E., Lucas, R. E. y Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *The American Psychologist, 61*(4), 305–314. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.305

Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment, 3*(1), 1-25. http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218

Froh, J. J. (2011). Happiness. En S. J. Lopez (ed.). *The encyclopedia of positive psychology* (pp. 455-461). John Wiley & Sons.

Fuenzalida, M. y Ruiz-Tagle, J. (2009). Riesgo financiero de los hogares. *Economía chilena, 12*(2), 35-53.

García-Álvarez, D. y Cobo-Rendón, R. (2020). Aportes de la psicología positiva a la salud mental frente a la pandemia por COVID-19. *CienciAmérica, 9*(2), 268-276. http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.323

Gokcen, N., Hefferon, K. y Attree, E., (2012). University students' constructions of 'flourishing' in British higher education: An inductive content analysis. *International Journal of Wellbeing, 2*(1), 1-21. https://doi:10.5502/ijw.v2i1.1

Gómez-Chacón, R., García-Fernández, J., Morales-Sánchez, V. y Hernández-Mendo, A. (2020). Adaptación y validación del cuestionario del empleado saludable del modelo HERO. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 36*(2), 361-369. https://doi.org/10.6018/analesps.395431

Gómez-López, M., Viejo, C. y Ortega-Ruiz, R. (2019). Well-being and romantic relationships: A systematic review in adolescence and emerging adulthood. *International journal of environmental research and public health, 16*(13), 2415. https://doi.org/10.3390/ijerph16132415

Góngora, V. y Solano, A. C. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad, 18*(1), 72-83. http://dx.doi.org/10.18682/pd.v18i1.740

Goodman, F. R., Disabato, D. J., Kashdan, T. B. y Machell, K. A. (2017). Personality strengths as resilience: A one-year multiwave study. *Journal of Personality, 85*(3), 423-434. https://doi.org/10.1111/jopy.12250

Grueso Hinestroza, M. P. y Toca Torres, C. E. (2012). Prácticas organizacionales saludables: una propuesta para su estudio. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte, 1*(37), 132–155. http://34.231.144.216/index.php/RevistaUCN/article/view/391

Hefti, R. (2011). Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions, 2,* 611–627. https://doi:10.3390/rel2040611

Henderson, L.W. y Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing, 2*(3), 196-221. https://doi:10.5502/ijw.v2i3.3

He, Y., Li, W. y Lai, K. K. (2012). Service climate, employee commitment and customer satisfaction. Evidence from the hospitality industry in China. *International Journal of Contemporary Hospitality Management, 23*(5), 592-607. https://doi.org/10.1108/09596111111143359

Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, J. M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B. y Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the theory of social behaviour, 30*(1), 51-77. https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119

Jayawickreme, E., Forgeard, M. J. y Seligman, M. E. P. (2012). The engine of well-being. *Review of General Psychology, 16*(4), 327-342. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027990

Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D., Schwarz, N. y Stone, A. (2004). Toward national well-being accounts. *American Economic Review, 94*(2), 429-434. https://doi.org/10.1257/0002828041301713

Karás, D., Cieciuch, J. y Keyes, C. L. M. (2014). The Polish adaptation of the mental health continuum short form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences, 69*(0), 104-109. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.011

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*(2), 121-140. https://doi.org/10.2307/2787065

Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An Agenda for the 21st Century. En C. L. M. Keyes y J. Haidt (eds.). *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293-312). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10594-013

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist, 62*(2), 95-108. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95

Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S. y Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2366-2371. https://doi.org/10.2105/ajph.2010.192245

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H. y Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 202,* 67–86. https://doi.org/10. 1016/j.jad.2016.03.063

Lambert, N. M., Gwinn, A. M., Fincham, F. D. y Stillman, T. F. (2011). Feeling tired? How sharing positive experiences can boost vitality. *International Journal of Wellbeing, 1*(3), 307-314. https://doi:10.5502/ijw.v1i3.1

Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M. y Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99-110. http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20741

Laurent, É., Battaglia, F., Janoo, A., Galli, A., Dalla Libera Marchiori, G. y Munteanu, R. (2021). Five pathways towards health-environment policy in a wellbeing economy. *WEALL Policy Paper.*

Lavy, V., Ebenstein, A. y Roth, S. (2014). *The impact of short-term exposure to ambient air pollution on cognitive performance and human capital formation* (No. w20648). National Bureau of Economic Research. https://doi.org/10.3386/w20648

Lee, M.T., Bialowolski, P., Weziak-Bialowolska, D., Mooney, K. D., Lerner, P. J., McNeely, zE. y VanderWeele T. J. (2020). Self-assessed importance of domains of flourishing: Demographics and correlations with well-being. *The Journal of Positive Psychology, 16*(1), 137-144. https://DOI:10.1080/17439760.2020.1716050

Logan, M. S. y Ganster, D. C. (2005). An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management, 31*(1), 90-107. https://doi.org/10.1177/0149206304271383

Lomas, T. (2019). Positive work: A multidimensional overview and analysis of work-related drivers of wellbeing. *International Journal of Applied Positive Psychology*, *3*(1), 69-96.

Lomas, T. y VanderWeele, T. J. (2022). The garden and the orchestra: Generative metaphors for conceptualizing the complexities of well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(21), 14544. https://doi.org/10.3390/ijerph192114544

Loveridge, R., Sallu, S. M., Pesha, I. J. y Marshall, A. R. (2020). Measuring human wellbeing: A protocol for selecting local indicators. *Environmental Science & Policy, 114*, 461-469. https://doi.org/10.1016/j.envsci.2020.09.002

Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar*. Ediciones Urano.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*(2), 111-131. https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111

Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. y Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events:

A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(5), 1046. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.1046

Marks, N. (2009). Creating national accounts of well-being: A parallel process to GNH. En K. Ura y D. Penjore (eds.). *Gross national happiness: Practice and measurement* (pp. 102-123). Centre for Bhutan Studies.

Marks, N. (2011). *The happiness manifesto: How nations and people can nurture well-being*. TED Books.

Martela, F. y Sheldon, K. M. (2019). Clarifying the concept of well-being: Psychological need satisfaction as the common core connecting eudaimonic and subjective well-being. *Review of General Psychology, 23*(4), 458-474. https://doi.org/10.1177/1089268019880886

Mathews, G. (2012). Happiness, culture, and context. *International Journal of Wellbeing, 2*(4), 299-312. https://doi:10.5502/ijw.v2.i4.2

McGregor, A. y Sumner, A. (2010). Beyond business as usual: what might 3-D wellbeing contribute to MDG momentum? *IDS Bulletin 41*(1). https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2010.00111.x

Mjøsund, N. H. (2021). A salutogenic mental health model: Flourishing as a metaphor for good mental health. En G. Haugan y M. Eriksson (eds.). *Health promotion in health care-vital theories and research* (pp. 47-59). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_5

Myers, D. G. y Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science, 6(*1), 10–19. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bienestar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad

Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica, 31*(1), 11-19. https://doi.org/10.4067/s0718-48082013000100002

Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (vol. 1). Oxford University Press. https://doi.org/10.5860/choice.42-0624

Petrillo, G., Capone, V., Caso, D. y Keyes, C. L. M. (2015). The mental health continuum–short form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research, 121*(1), 291- 312. https://doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3

Przybylko, G., Morton, D. P., Morton, J. K., Renfrew, M. E. y Hinze, J. (2022). An interdisciplinary mental wellbeing intervention for increasing flourishing: Two experimental studies. *The Journal of Positive Psychology, 17*(4), 573-588. https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1897868

Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. *Psychologia. Avances de la Disciplina, 7*(2), 69-86. http://dx.doi.org/10.21500/19002386.1205

Rashid, T. y McGrath, R. (2020). Strengths-based actions to enhance wellbeing in the time of COVID-19. *International Journal of Wellbeing, 10*(4), 113-132. https://doi.org/10.5502/ijw.v10i4.1441

Rasmussen, H. y Pressman, S. (2009). *Physical health*. En S. Lopez (ed.). *The encyclopaedia of positive psychology* (pp. 695–701). Blackwell.

Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 13-39. http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0

Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la psicología positiva. En C. Vázquez y G. Hervás (eds.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 403-427). Desclée De Brower.

Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión práctica de riesgos laborales: integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, (58), 18-23.

Salanova, M., Martínez, I. M. y Llorens Gumbau, S. (2014). Una mirada más "positiva" a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el equipo de investigación WoNT. *Papeles del Psicólogo*, *35*(1), 22-30.

Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. A. y Gómez, L. E. (2010). Quality of life model development in the field of intellectual disability. En R. Kober (ed.). *Quality of life for people with intellectual disability* (pp. 17-32). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9650-0_2

Seligman, M. E. P. (2011). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Editorial Océano.

Sheldon, K. M. y Lyubomirsky, S. (2012). The challenge of staying happier: Testing the hedonic adaptation prevention model. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*(5), 670-680. http://dx.doi.org/10.1177/0146167212436400

Shim, Y., Tay, L., Ward, M. y Pawelski, J. O. (2019). Arts and humanities engagement: An integrative conceptual framework for psychological research. *Review of General Psychology, 23*(2), 159–176. https://doi.org/10.1177/1089268019832847

Tosi, H. L. y Pilati, M. (2011). *Managing organizational behavior: Individuals, teams, organization and management*. Edward Elgar Publishing.

VanderWeele, T. J. (2017). On the promotion of human flourishing. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 114*(31), 8148-8156. https://doi.org/10.1073/pnas.1702996114

Vanhoutte, B. y Nazroo, J. (2016). Life course pathways to later life wellbeing: A comparative study of the role of socio-economic position in England and the US. *Journal of Population Ageing, 9*, 157-177. https://doi.org/10.1007/s12062-015-9127-x

Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual, 14*(3), 401-432.

Vittersø, J., Søholt, Y., Hetland, A., Thoresen, I. A. y Røysamb, E. (2010). Was Hercules happy? Some answers from a functional model of human well-being. *Social Indicators Research, 95*(1), 1. http://dx.doi.org/10.1007/s11205-009-9447-4

Wagner, B., Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*(3), 156-161. http://dx.doi.org/10.1080/16506070701339713

Wood, A. M. y Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and prac-

tice. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 819-829. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003
World Health Organization (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (summary report).. https://doi.org/10.1037/e538802013-009

Recibido: 04 de agosto de 2024
Última revisión: 11 de abril de 2025
Aceptado: 20 de mayo de 2025

CONTRIBUCIONES EN INVESTIGACIÓN

Research contributions

Creencias en salud, autoeficacia, disfrute y ambiente sobre hábitos de actividad física

[1]Ricardo Sandoval Domínguez, [1]Sonia Beatriz Echeverría Castro,
[2]Juan Carlos Manríquez Betanzos y [2] Luis Arturo Pacheco Pérez

[1]*Instituto Tecnológico de Sonora*
[2]*Universidad de Sonora*

Cómo citar este artículo (estilo APA) / Citing this article (APA style):
Sandoval, R., Echeverría, S., Manríquez, J., y Pacheco, L. (2025). Creencias en salud, autoeficacia, disfrute y ambiente sobre hábitos de actividad física. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 17(1), pp 71-86

Resumen
Dentro de la psicología de la salud, el modelo de creencias en salud (MCS) ofrece una explicación acerca de la conducta saludable y de prevención de enfermedades que adoptan los individuos. Se ha identificado que algunas variables pueden actuar como mediadoras en la práctica de la actividad física (AF), entre ellas la autoeficacia, el disfrute y los factores ambientales. Un aumento en la autoeficacia suele estar asociado al placer de realizar actividades físicas, y ambos factores resultan determinantes en la participación de los niños y niñas en comportamientos activos. El objetivo de esta investigación fue establecer la influencia de los factores cognitivos —creencias en salud, disfrute, autoeficacia, factores ambientales— en los hábitos de AF de niños y niñas de educación primaria en escuelas públicas del estado de Sonora, México. Participaron 1,391 estudiantes, cuyas edades oscilaron entre los 8 y 12 años. Entre los resultados más significativos, se encontró que la variable autoeficacia para la AF actuó como mediadora entre las creencias en salud y la frecuencia de la AF, lo que concuerda con investigaciones previas. Además, el ambiente mostró un papel importante en la realización de AF, ya que presentó un efecto directo y una relación moderada con la frecuencia de práctica de AF. Estos hallazgos representan un primer acercamiento a la investigación sobre el cuidado de la salud en la infancia. Para futuras investigaciones, se recomienda incluir el MCS como marco teórico para el estudio de la frecuencia de la AF en niños y niñas.
Palabras clave: Actividad física, niños, autoeficacia, Modelo de Creencias en Salud..

Dirigir toda correspondencia al autor a la siguiente dirección:
Ricardo Sandoval Domínguez
ricardo_sandoval8@yahoo.com
RMIP 2025, Vol. 17, Núm. 1, pp. 71-86
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx
Derechos reservados ®RMIP

Health beliefs, self-efficacy, enjoyment, and environment about physical activity habits

Abstract
Within health psychology, the Health Belief Model (HBM) offers an explanation of the adoption of healthy behaviors and disease prevention strategies by individuals. Several variables have been identified as potential mediators in the practice of physical activity (PA), including self-efficacy, enjoyment, and environmental factors. An increase in self-efficacy is often associated with the pleasure derived from engaging in physical activity, and both factors play a crucial role in encouraging children to participate in active behaviors. The objective of this research was to determine the influence of cognitive factors—health beliefs, enjoyment, self-efficacy, and environmental factors—on the PA habits of primary school children attending public schools in Sonora, Mexico. A total of 1,391 boys and girls between the ages of 8 and 12 participated in the study. Among the main findings, self-efficacy for PA emerged as a mediating variable between health beliefs and PA frequency, which aligns with previous research. Additionally, the environment was found to play a significant role in the practice of PA, showing a direct effect and a moderate correlation with the frequency of physical activity. These findings represent an initial

step toward research on children's health care, and future studies should incorporate the HBM to further examine the frequency of physical activity.
Keywords: Physical activity, children, self efficacy, Health Belief Model

INTRODUCCIÓN

El modelo de creencias en salud (MCS) permite una comprensión de las conductas saludables relacionadas con la prevención de enfermedades que realizan los individuos. Es un modelo cognitivo que toma en cuenta distintos comportamientos que son resultados de diferentes creencias y valoraciones de las personas en una situación de salud determinada (Moreno y Gil, 2003).

El MCS se desarrolló en los años cincuenta del siglo pasado en el campo de la psicología social en Estados Unidos con la finalidad de explicar el fracaso de las personas para participar en programas de prevención y detección temprana de enfermedades (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1974). Posteriormente, se amplió su utilización en la comprensión de las respuestas de las personas sobre los síntomas y sus creencias respecto al diagnóstico de una enfermedad y su adherencia a los regímenes médicos (Becker, 1974).

El modelo propone que el comportamiento está influenciado por dos aspectos: el valor que el individuo le da a una meta, y la probabilidad de ocurrencia de esa meta. Esto se traduce al deseo de prevenir una enfermedad o de recuperarse cuando se está enfermo considerando los comportamientos que le parecen saludables y son los apropiados para no enfermar, aliviarse o no empeorar o tener complicaciones cuando ya se tiene un diagnóstico (Maiman y Becker, 1974).

En el MCS se incluyen cuatro creencias percibidas que son predictores de que una persona tenga cuidado de su salud: susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras. Estas cuatro creencias fomentan el hecho de que una persona tenga comportamientos como acudir al médico, continuar con un tratamiento, prevenir su salud, cuidar su salud y ser consciente de la gravedad de su enfermedad (Rosenstock, 1966, 1974; Rosenstock et al., 1988).

Según Glanz et al. (2008), las creencias en salud se definen a partir de varios componentes: la susceptibilidad percibida, que son las creencias sobre la probabilidad de contraer una enfermedad; la severidad percibida, entendida como las creencias acerca de la gravedad de la enfermedad una vez adquirida; las barreras percibidas, que corresponden a las creencias negativas respecto a tomar un tratamiento para mejorar la salud; y los beneficios percibidos, que hacen referencia a las creencias sobre los aspectos positivos asociados al cuidado de la salud. Más adelante se describirá en detalle cada una de estas dimensiones.

CREENCIAS EN SALUD Y AUTOEFICACIA COMO MEDIADORAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Las variables del MCS no siguen un orden jerárquico establecido; sin embargo, se ha encontrado que, en el caso específico de las creencias de autoeficacia, estas pueden actuar como mediadoras de otras creencias, como las barreras o los beneficios percibidos. Un mayor nivel de autoeficacia puede disminuir la percepción de barreras y, al mismo tiempo, incrementar la percepción de beneficios asociados al cuidado de la salud (Ornelas et al., 2012).

Algunos estudios también evidencian que la autoeficacia desempeña un papel mediador entre los propósitos iniciales de realizar ejercicio y la constancia en la AF. Se ha observado que aquellos individuos que aumentan sus niveles de autoeficacia tienden a involucrarse y mantenerse de modo más constante en rutinas regulares de AF, en comparación con quienes presentan niveles bajos de autoeficacia (Aedo, 2009).

En el ámbito del ejercicio físico, se ha observado que la autoeficacia actúa como una variable mediadora entre diversas variables relacionadas con el desempeño y la ejecución de AF, en particular en niños, niñas y adolescentes (Dishman et al., 2004).

En un trabajo realizado con estudiantes universitarios, se encontró que las variables de AF y calidad de vida se relacionan a través de mediadores como la autoeficacia, la autoestima y el afecto. Los resultados indicaron que los estudiantes con mayores niveles de AF reportaron también mayores niveles de autoeficacia en el ejercicio (β = .28, P < .001), autoestima física (β = .10, P < .001), afecto positivo (β = .10 , p < 0,01) y afecto negativo (β = 0,08, p < 0,01) (Joseph et al., 2014). Por otro lado, en un estudio con infantes chinos sobre el disfrute y la AF, se observó una relación positiva entre a) las habilidades locomotoras —consideradas fundamentales en niños, niñas y adolescentes— y la competencia en habilidades de movimiento percibida (β = .11); y b) la competencia en habilidades de movimiento percibida y la AF (β = .59). Asimismo, la competencia física percibida y el disfrute mediaron la asociación entre las habilidades locomotoras y la AF (Chan et al., 2018). No obstante, estos resultados presentan contradicciones con otros estudios, diferencias que podrían atribuirse a las distintas metodologías de medición utilizadas.

En un estudio efectuado con adolescentes australianos se examinaron los efectos de la autoeficacia y la intención de realizar AF; se encontró que la autoeficacia funge como una variable mediadora en la práctica de AF. Este hallazgo apoya la hipótesis planteada desde la teoría cognitiva social, la cual sostiene que la autoeficacia es un factor mediador clave en la adopción de comportamientos saludables, como la AF (Hamilton et al., 2017).

De manera similar, en una investigación llevada a cabo con estudiantes de secundaria en Estados Unidos, se observó un efecto mediador de la autoeficacia en la relación entre la meta de aproximación al dominio, el clima de aula orientado al dominio percibido y la AF realizada (Gao et al., 2011).

Por otro lado, un estudio con mujeres adultas australianas reveló que la autoeficacia también media la relación entre la AF y el apoyo social. En este caso, se concluyó que las participantes con mayores niveles de autoeficacia tendían a reportar una mayor frecuencia de AF (Miller et al., 2002).

Los datos de una investigación con adolescentes del sexo femenino en Bélgica mostraron que la autoeficacia actúa como una variable mediadora entre los beneficios percibidos, las barreras y la AF. Además, todas estas variables se correlacionaron entre sí con puntuaciones superiores a .60, lo que resalta la importancia de factores como la autoeficacia para mantenerse activa y la percepción del disfrute como beneficios clave a considerar en futuras intervenciones (Verloigne et al., 2016).

Asimismo, se ha documentado que algunas variables que pueden desempeñar un rol mediador en la práctica de AF son la autoeficacia y el disfrute (Dishman et al., 2005). Los incrementos en los niveles de autoeficacia tienden a estar vinculados al placer que produce la AF, en especial en niñas. Ambos factores son determinantes para fomentar conductas activas en la infancia (Morano et al., 2019; Álvarez et al., 2022).

AUTOEFICACIA, DISFRUTE Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD

En un estudio llevado a cabo en Monterrey, México, con niños y adolescentes de entre 11 y 17 años, se observó que tanto la autoeficacia como el disfrute predecían significativamente la AF, con un coeficiente de determinación R de .34. También se encontró que la autoeficacia actuaba como una variable mediadora entre el disfrute y la práctica de AF (Zamarripa et al., 2017). Hallazgos similares se han reportado en otros estudios con población adolescente, en los que la autoeficacia también desempeña un papel mediador en la frecuencia de la AF. Estos resultados validan el rol moderador de la autoeficacia entre un conjunto de variables relacionadas con el disfrute del ejercicio físico, el deporte y la AF constante. Asimismo, refuerzan la relevancia de estas relaciones condicionales en la conservación de esta conducta saludable (Peterson et al., 2013; Suton et al., 2013).

Al analizar los niveles de AF en niños y adolescentes, se encontró que la autoeficacia tuvo una función mediadora en la relación entre apoyo percibido y la práctica de AF, mientras que las barreras que dificultan su realización no mostraron ese efecto. Este hallazgo sugiere que una condición clave para fomentar comportamientos saludables radica en alinear los correlatos personales, psicosociales, contextuales y generales vinculados al conocimiento de la AF (De la Torre et al., 2019).

En una investigación con 145 adolescentes de sexo femenino, se evaluó la mediación de la variable autoeficacia entre las barreras percibidas para la AF y la práctica de AF de moderada a vigorosa. Los resultados indicaron una mediación parcial, lo que lleva a concluir que los programas de intervención dirigidos a promover la AF en mujeres adolescentes deben enfocarse en fortalecer los niveles de eficacia (Kenyon et al., 2012).

El ambiente social que rodea a los niños, particularmente la familia y la escuela, representa dos núcleos fundamentales en su vida cotidiana, ya que en ellos transcurre gran parte del día. Ambos contextos son determinantes en la adquisición de hábitos saludables, como la práctica de AF. Por ello, es de suma importancia establecer una relación sólida entre la escuela y la familia, porque los centros educativos deben fomentar conductas saludables, mientras que el entorno familiar tiene la responsabilidad de reforzar lo aprendido (Navarro, 2018).

AMBIENTE FÍSICO

En un estudio con niños y adolescentes de entre 7 y 14 años, se observó que los factores físico-ambientales inciden en la frecuencia de AF y en los hábitos alimentarios. Uno de los hallazgos indica que el lugar de residencia tiene un impacto importante: los menores que viven en zonas urbanas realizan menos AF que aquellos que habitan en áreas rurales. Alrededor del 30% de los participantes dedicaba menos de 30 minutos diarios a la AF. Además, se encontraron diferencias significativas por género, y fueron los niños quienes reportaron niveles más altos de práctica física. En cuanto a la alimentación, los resultados mostraron que los menores obtenían bajas puntuaciones en la inclusión de alimentos saludables como pescado, lácteos, verduras y frutas en su dieta diaria (Zadka et al., 2018).

Por otra parte, diversos factores limitan la participación de la infancia en AF, como la escasa disponibilidad de espacios recreativos, las condiciones climáticas adversas, la inseguridad en las calles, la falta de promoción institucional de la AF y, en algunos casos, la prohibición del recreo escolar. No obstante, la práctica de algún deporte y el hecho de estar rodeado de un entorno que favorezca la AF se relacionan en forma positiva con una mayor frecuencia en su realización (Findholt et al., 2011).

Las escuelas desempeñan un rol significativo en el fomento de hábitos saludables en los niños, que pueden persistir en todas las etapas de la vida. Como entornos higiénicos y estructurados, los centros educativos, mediante sus planeaciones y actividades, tienen la capacidad de promover prácticas saludables que favorecen el desarrollo integral del alumnado; en particular, el desarrollo de hábitos adecuados de AF durante la infancia incrementa la probabilidad de que estos se conserven en la adultez (Toth et al., 2018).

Por medio de un registro de observación sistemático con niños de ocho años, se advirtió que aquellos que contaban con espacios adecuados para la práctica de AF —como canchas, parques y áreas deportivas— mostraban una mayor predisposición a involucrarse en dichas actividades. Asimismo, la presencia de al menos un amigo que practicara AF aumentaba el tiempo que los niños dedicaban al deporte, lo cual hace evidente la influencia del entorno social cercano (Larson et al., 2014).

Los factores ambientales, como la disponibilidad de espacios para la práctica de AF, el contexto sociocultural del individuo y las condiciones climáticas, presentan una correlación débil con la frecuencia de AF. Sin embargo, su influencia no

debe subestimarse, ya que estos elementos ayudan a explicar ciertos patrones conductuales que tienen que ver con la prevención del sobrepeso y la obesidad. Las personas que realizan poca o nula AF tienden a consumir alimentos con alto contenido calórico y azucarado, lo que genera un desequilibrio entre el gasto energético y el consumo calórico que favorece el aumento de peso (Schneider et al., 2017).

La baja frecuencia de AF en los menores de edad es consecuencia de cambios de comportamiento que provocan un mayor sedentarismo. Este fenómeno se acentúa debido a que, en la actualidad, los infantes pasan más horas frente al televisor, prefieren utilizar la computadora o jugar videojuegos en lugar de salir a jugar o practicar algún deporte en su tiempo libre. Además, en las zonas urbanas, un factor que limita la AF es la falta de espacios públicos seguros y adecuados para que los niñas y las niñas puedan caminar, correr o pasear en bicicleta (Hernández-Herrera et al., 2014; Liria, 2012).

Si bien los gobiernos han emprendido esfuerzos para desarrollar programas de alimentación saludable y ejercicio físico en las escuelas, los datos demuestran que la obesidad infantil sigue en aumento, lo que refleja la complejidad de esta problemática. Sin embargo, casi todos los programas de salud se enfocan en promover la salud una vez que la enfermedad ya se ha manifestado, y no en prevenir y promocionar hábitos saludables que puedan beneficiar a las personas. Además, la mayoría de las intervenciones y estudios sobre salud están dirigidos a la población adulta, a pesar de que se ha comprobado que establecer hábitos saludables en la infancia tiene un impacto positivo en el mantenimiento de la salud durante la edad adulta (Magalhães et at., 2020).

Aunque los beneficios de la AF son ampliamente reconocidos, en la actualidad se observa que muchos niños y niñas no la practican de acuerdo con las normas recomendadas. En consecuencia, se presenta un aumento del sedentarismo infantil y poca preocupación por el cuidado de la salud desde edades tempranas. Esta situación puede derivar en el desarrollo de enfermedades crónicas, afecciones cardiacas, incremento de peso corporal e incluso muertes prematuras asociadas a la inactividad en la infancia (Beauchamp et al., 2017).

Si bien se ha demostrado que la frecuencia de AF contribuye de modo significativo a la mejora de la salud física y cognitiva, aún se conoce poco sobre los factores que motivan a los niños y niñas a participar en AF y deportivas de manera constante (Pannekoek et al., 2013).

Son pocos los estudios que buscan identificar las variables mediadoras y moderadoras en el estudio de la AF infantil, a pesar de que existen factores estrechamente relacionados, como el sexo, la autoeficacia, el ambiente y el apoyo social, que podrían ser clave para diseñar intervenciones orientadas a mejorar la alimentación y los niveles de AF en la niñez (Hammersley et al., 2019).

En este sentido, el MCS, junto con otras variables de respuesta, podría representar una alternativa útil para explicar si las creencias en salud de los niños y niñas actúan como predictores de sus hábitos alimentarios y su práctica de AF.

Es imprescindible aumentar la investigación sobre las variables mediadoras biológicas-fisiológicas, cognitivo-psicológicas y socioambientales que influyen en la AF de niños y adolescentes. Específicamente, resulta necesario examinar la correlación entre estos factores con el objetivo de diseñar programas de intervención eficaces y, luego, evaluar los cambios generados por dichas intervenciones, fundamentadas en supuestos teóricos que permitan comprender y fomentar conductas saludables (Moral, 2017).

Se requiere mayor investigación que permita obtener evidencia más sólida sobre los efectos de mediación en la asociación entre la AF y las variables psicológicas que inciden en ella. El contexto de la AF, en relación con los resultados en materia de salud mental u otros aspectos psicológicos, aún es poco conocido. Es necesario profundizar en el estudio de los diferentes tipos de AF, las preferencias individuales, así como los contextos sociales y físicos en los que se desarro-

llan dichas prácticas (Biddle et al., 2019). Este estudio se centra en identificar los efectos de mediación de la autoeficacia entre el ambiente físico y la AF.

OBJETIVO

Determinar la influencia de los factores cognitivos de creencias en salud, disfrute, autoeficacia y factores ambientales en los hábitos de AF de niños y niñas en educación primaria de escuelas públicas de Sonora.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de campo, con un alcance correlacional–explicativo. Se recurrió a un análisis estadístico para examinar las relaciones entre variables y se buscó establecer posibles asociaciones de causa-efecto (Hernández et al., 2010).

TIPO DE DISEÑO

Se trata de un diseño no experimental de corte transversal, ya que no se manipularon variables y la aplicación del instrumento se realizó en un solo momento en el tiempo (Hernández et al., 2010).

MUESTRA

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio por conglomerados. Se invitó a a distintos grupos de diversos grados escolares a formar parte (Pérez, 2008). La muestra estuvo conformada por 1,391 niños y niñas de entre 8 y 12 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio- abajo. Con el objetivo de realizar comparaciones entre diferentes contextos urbanos, se seleccionaron estudiantes de educación primaria de 4º, 5º y 6º grado provenientes de escuelas públicas de los municipios de Ciudad Obregón (n=420), Nogales (n=360) y Hermosillo (n=611) en el estado de Sonora. Estas tres ciudades fueron elegidas debido a su alta concentración de instituciones educativas y alumnado.

INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE HÁBITOS DE VIDA EN ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA ESCOLARES DE 8-12 AÑOS (GUERRERO ET AL., 2014)

El cuestionario evalúa los hábitos alimentarios y la AF, y ha sido estandarizado para aplicarse en muestras de niños mexicanos de entre 8 y 12 años. Se compone de 11 preguntas con cinco opciones de respuesta tipo Likert, que van desde 1= nunca o menos de una vez al mes hasta 5= diariamente, lo que permite valorar la frecuencia con la que ocurre un determinado comportamiento. En un análisis factorial confirmatorio se reportan los indicadores de bondad de ajuste (gl= 43, X2= 50.94, p^{**}=.189, IC [.00-.21], NFI= .885, RMSEA= .030, GFI= .960, CFI= .979, CMIN/DF= 1.18). La confiabilidad medida por alpha de Cronbach global fue de 0.67, lo que indica una consistencia interna adecuada.

INSTRUMENTO DE AUTOEFICACIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN INFANTES ESCOLARES (GÓMEZ ET AL., 2017)

El instrumento utilizado evalúa la autoeficacia en relación con la prevención de la obesidad y ha sido validado para su aplicación en niñas y niños mexicanos en edad escolar primaria entre los 8 y 13 años. Consta de 14 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van desde 1= no soy capaz de hacerlo hasta 4= soy muy capaz de hacerlo. La puntuación mínima posible es de 14 puntos y la máxima de 70. La escala está compuesta de cuatro dimensiones: autoeficacia para la actividad física; evitación de alimentos con bajo aporte nutricional; elección de alimentos saludables; y control emocional. El análisis

factorial confirmatorio arrojó índices aceptables de bondad de ajuste (X2/gl = 123.01/71; NFI = 0.86; CFI = 0.93; GFI = 0.92; CMIN DF= 1.73; RMSEA = 0.59, 90% [IC 0.1-0.06]). La confiabilidad del instrumento, calculada mediante el alpha de Cronbach, fue de .81.

ESCALA DE CREENCIAS PARA AF

Esta escala permite evaluar las creencias en AF con base en el MCS. El instrumento considera cuatro dimensiones, correspondientes a los componentes centrales del modelo: susceptibilidad percibida, severidad percibida, barreras percibidas, y beneficios percibidos. Cuenta con 21 reactivos, distribuidos entre las dimensiones citadas, y utiliza un formato de escala tipo Likert de cinco puntos, que evalúa el grado de acuerdo con cada afirmación, desde 1= totalmente en desacuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo).

La puntuación total puede oscilar entre 21 y 105 puntos. A mayor puntuación, se interpreta que el participante posee creencias en salud más positivas en relación con la AF:

- Susceptibilidad percibida cuenta con tres reactivos, como "Hacer ejercicio evita que me enferme" o "Si no hago deporte, voy a estar débil".
- Severidad percibida, seis reactivos, como "Creo que si no hago ejercicio engordaré" o "Puedo llegar a ser un niño (a) enfermo (a) si no hago ejercicio".
- Barreras percibidas, seis reactivos, como "Me gusta más estar en la computadora que hacer ejercicio" o "Me gusta más jugar videojuegos que hacer ejercicio o deportes".
- Beneficios percibidos, seis reactivos, como "Creo que el ejercicio me ayudará a estar saludable" o "Si hago ejercicio me sentiré más a gusto con mi peso".

Los indicadores de bondad de ajuste del instrumento son: X2/gl = 290.65/183; NFI = 0.86; CFI = .944; GFI = 0.88; CMIN DF= 1.58; RMSEA = 0.53, 99% [IC 0.3-0.06], y cuenta con una puntuación de .84 en su índice de consistencia interna.

ESCALA DE AMBIENTE FÍSICO

Se diseñó una lista de chequeo para que los niños respondieran con sí o no a una serie de preguntas sobre los factores físico-ambientales que los rodean. Esta herramienta incluyó ítems como la existencia de venta de comida chatarra en la escuela, el hogar o la colonia, así como la disponibilidad de espacios para la AF, por ejemplo, parques, canchas u otras áreas recreativas. El instrumento estuvo compuesto por 18 preguntas, en las que cada respuesta afirmativa equivalía a un punto. La puntuación mínima posible fue de 0 y la máxima de 18. Un mayor puntaje indica una mayor presencia de factores ambientales que influyen, positiva o negativamente, en los hábitos de AF del niño o la niña.

PHYSICAL ACTIVITY ENJOYMENT SCALE (PACES) O ESCALA DE DISFRUTE CON LA ACTIVIDAD FÍSICA

Esta escala mide el grado de placer o disfrute asociado a la AF. Originalmente, fue validada para adultos mayores (Mullen et al., 2011) y ha sido utilizada con adolescentes mujeres (Motl et al., 2001). Más adelante, fue adaptada por Moore et al. (2009) para su aplicación en niños estadounidenses de tercer grado de primaria. El instrumento está conformado por 12 reactivos organizados como un diferencial semántico que evalúa dos dimensiones: disfrute y aburrimiento. Cada ítem inicia con la frase "Cuando estoy activo", seguida de pares de afirmaciones opuestas, como "lo disfruto", "lo odio", "me siento bien", entre otras. Las respuestas se registran en una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde 1= totalmente en desacuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo. La puntuación mínima posible es de 12 y la máxima de 60. A mayor puntuación, se interpreta un mayor nivel de disfrute por la AF.

Respecto a sus propiedades psicométricas, el instrumento tiene indicadores de bondad de ajuste aceptables (X2/gl = 56.49/53; NFI = 0.93; CFI = 996; GFI = 0.95; CMIN DF = 1.06; RMSEA =

0.18, 94% [IC 0.0-0.04]), y cuenta con una puntuación de .47 en su índice de consistencia interna.

PROCEDIMIENTO

Se seleccionaron instrumentos adecuados para su aplicación con niños de educación primaria. En el caso de los instrumentos diseñados para medir emociones, creencias en salud y factores del ambiente físico y social, se procedió al diseño específico de cada uno de ellos, seguido de la obtención de sus propiedades psicométricas, en particular la validez de contenido y la consistencia interna.

Para los instrumentos originalmente desarrollados en idioma inglés, como el cuestionario de comportamiento alimentario y la escala PACES, se utilizó el método de traducción inversa. Este procedimiento consistió, primero, en traducir el instrumento del idioma original (inglés) al español. En seguida, una persona con dominio de los dos idiomas y formación en psicología realizó una segunda traducción, esta vez del español al inglés, para verificar la equivalencia conceptual y lingüística de los reactivos (Tornimbeni et al., 2008).

Además, se llevó a cabo un proceso de validación por jueces expertos, en el que participaron cinco psicólogos de la salud con experiencia en temas de alimentación y AF. Cada experto revisó los reactivos para evaluar su congruencia teórica, la suficiencia de los ítems para medir las variables de estudio, y la claridad de las preguntas y escalas de respuesta para el nivel de comprensión de los niños y las niñas. A partir de sus observaciones, se hicieron ajustes significativos: se modificó la redacción de los reactivos, se cambiaron ítems de dimensión y se eliminaron aquellos que no cumplían los criterios establecidos. Todas las recomendaciones de los expertos fueron acatadas para garantizar la validez del contenido de los instrumentos.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto con una muestra de ocho niños, de los cuales seis respondieron de forma presencial y dos, de manera virtual. La finalidad fue verificar si los participantes entendían los reactivos, la escala de respuesta, su capacidad de respuesta, así como medir el tiempo dedicado para completar los cuestionarios. Se identificó que los niños de 10, 11 y 12 años terminaron más rápido, en un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos, mientras que los niños de 8 y 9 años tardaron entre 50 minutos y una hora, lo que hace evidente una diferencia en la velocidad de respuesta asociada a la edad.

Para la aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada para el análisis, en primer lugar, se contactó al supervisor de zona para informarle el objetivo del estudio, los beneficios de su colaboración y el compromiso del equipo de investigación de restituir los hallazgos obtenidos. Una vez otorgada la autorización, se notificó a los docentes, quienes a su vez comunicaron a madres y padres de familia a través de los grupos de WhatsApp. Se explicó que, como parte del estudio, se solicitaría a los niños responder las escalas, y que esta actividad sería considerada como una tarea.

Debido a las condiciones sanitarias derivadas de la pandemia originada por el covid–19, la aplicación del instrumento se efectuó en modalidad virtual. Se elaboró un formulario en Google Forms, cuya liga fue enviada primero al supervisor mediante correo electrónico y WhatsApp. Luego, el supervisor distribuyó el enlace a los docentes, quienes lo compartieron con las familias de los estudiantes, con la indicación de que los cuestionarios fueran respondidos por los niños y no por los papás. Para garantizar la ética del proceso, se entregó un consentimiento informado virtual al director del plantel y a los maestros con el fin de informar sobre el propósito del estudio y obtener su autorización para aplicar los instrumentos a los alumnos bajo su responsabilidad. Asimismo, se proporcionó a los estudiantes un formato de asentimiento, también virtual, y se les invitó a participar voluntariamente, garantizándoles la confidencialidad de la información brindada por ellos.

Por último, se les agradeció a los participantes, así como a los docentes, directores y padres de

familia, su apoyo, y al personal de las escuelas se les entregó un reporte final con las respuestas de los niños en formato Excel.

ANÁLISIS DE DATOS

Con los datos obtenidos, se elaboró una base de datos en el Statistical Package Social Sciences SPSS, versión 23, para análisis descriptivos (porcentajes, medias, desviación estándar) e inferenciales (pruebas de distribución normal, Kolmogorov-Smirnov, con corrección de Lilliefors) (Pérez, 2008).

En la correlación, los índices fueron los siguientes: .000 a .250 es escasa o nula; .260 a .500 débil; .510 a .750 moderada; .760 a .999 fuerte; 1.00 perfecta (Martínez et al., 2009). Se usó AMOS versión 23 para el análisis del modelo de ecuaciones estructurales y se consideraron aceptables los valores de X2 con *p* asociadas superiores al puntaje .000; TLI, CFI, AGFI iguales o mayores de .90 e idealmente de .95; RMSEA y SRMR con valores iguales o inferiores a .08, y de preferencia a .05 (Blunch, 2013; Brown, 2015; Byrne, 2010).

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados descriptivos de los hábitos de AF, las correlaciones entre las variables de estudio y el modelo final obtenido con los hallazgos de la investigación.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS EN ACTIVIDAD FÍSICA

El 59.4% de los sujetos encuestados consideró estar totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con realizar actividades físicas y deportivas con la familia, mientras que el 19.6% mencionó que sí está a favor de esta cuestión.

Tabla 1
Hago actividades físicas y deportivas con mi familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	465	33.4	33.4	33.4
	En desacuerdo	362	26.0	26.0	59.5
	Indeciso	291	20.9	20.9	80.4
	De acuerdo	181	13.0	13.0	93.4
	Totalmente de acuerdo	92	6.6	6.6	100.0
	Total	1391	100.0	100.0	

El 49.9% de los participantes reportó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación de que caminan al menos 15 minutos al día, mientras que el 32.5% indicó estar totalmente en desacuerdo o en desacuerdo.

Tabla 2
Camino por lo menos 15 minutos al día

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	239	17.2	17.2	17.2
	En desacuerdo	213	15.3	15.3	32.5
	Indeciso	245	17.6	17.6	50.1
	De acuerdo	350	25.2	25.2	75.3
	Totalmente de acuerdo	344	24.7	24.7	100.0
	Total	1391	100.0	100.0	

Los datos muestran que el 44.7% de los participantes juegan en el parque o jardín con otros niños, en tanto que el 36.8% estuvo en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con esto.

Tabla 3
Juego en el parque, jardín o patio con otros niños

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	302	21.7	21.7	21.7
	En desacuerdo	210	15.1	15.1	36.8
	Indeciso	275	18.5	18.5	55.3
	De acuerdo	352	25.3	25.3	80.6
	Totalmente de acuerdo	270	19.4	19.4	100.0
	Total	1391	100.0	100.0	

Se encontró que el 50.7% de los participantes manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la aseveración de que practican algún deporte o realizan AF durante el recreo. En contraste, el 29.3% estuvo en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con esta cuestión.

Tabla 4
A la hora del recreo hago algún deporte o actividad física

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	204	14.6	14.6	14.6
	En desacuerdo	205	14.7	14.7	29.4
	Indeciso	278	20.0	20.0	49.4
	De acuerdo	425	30.6	30.6	79.9
	Totalmente de acuerdo	279	20.1	20.1	100.0
	Total	1391	100.0	100.0	

CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES ASOCIADAS A LOS HÁBITOS DE AF

Se encontraron correlaciones de bajas a moderadas entre las variables de estudio y la AF, todas significativas al nivel de $p < .01$. Los resultados fueron los siguientes: susceptibilidad percibida con AF con una puntuación de .122**, beneficios percibidos con AF, .174**, barreras percibidas con AF, .368**, autoeficacia con AF, .398**, disfrute con AF, .251** y ambiente con AF, .419**.

Tabla 5

Correlaciones entre las variables de estudio asociadas a los hábitos de actividad física

	Susceptibilidad percibida AF	Severidad percibida AF	Beneficios percibidos AF	Barreras percibidas AF	Autoeficacia AF	Disfrute AF	Ambiente AF	Hábitos de actividad física
Susceptibilidad percibida AF	1	.556**	.461**	-.092*	.211**	.262**	.048	.122**
Severidad percibida AF	.556**	1	.603**	-.035	.229**	.247**	.081*	.127**
Beneficios percibidos AF	.461**	.603**	1	-.129**	.319**	.324**	.088*	.174**
Barreras percibidas AF	-.092*	-.035	-.129**	1	-.494**	-.301**	-.223**	-.368**
Autoeficacia AF	.211**	.229**	.319**	-.494**	1	.521**	.229**	.398**
Disfrute AF	.262**	.247**	.324**	-.301**	.521**	1	.193**	.251**
Ambiente AF	.048	.081*	.088*	-.223**	.229**	.193**	1	.419**
Hábitos de actividad física	.122**	.127**	.174**	-.368**	.398**	.251**	.419**	1

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

MODELO DE HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA

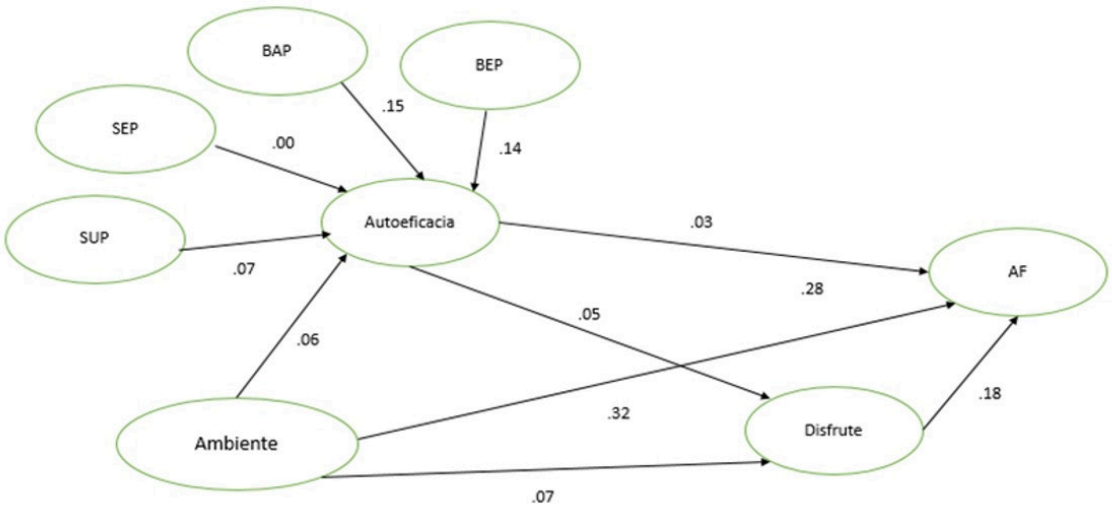


Figura 1. Modelo de hábitos de actividad física.
Susceptibilidad percibida (SUP), Severidad Percibida SEP), Barreras Percibidas (BAP) Y Beneficios Percibidos (BEP).

Tabla 6
Indicadores de bondad de ajuste del modelo preliminar de hábitos de actividad física

gl	*X²*	*p***	*NFI*	*RMSEA*	*GFI*	*CFI*	*CMIN/DF*
1	1.47	.225	.99	.03	.99	.99	1.47

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia de los factores cognitivos de creencias en salud, disfrute, autoeficacia y factores ambientales en los hábitos de AF de niños en educación primaria de escuelas públicas de Sonora.

Los resultados revelan que la variable autoeficacia para la AF actuó como mediadora de las creencias en salud ambiente y frecuencia de la AF. Lo anterior concuerda con los hallazgos de investigaciones previas que involucran estas y otras variables sociales (Moral, 2017; Dewar et al., 2012; Zamarripa et al., 2017; Peterson et al., 2013; Suton et al., 2013; De la Torre et al., 2019).

Asimismo, las creencias en salud resultaron ser un constructo relevante, aunque poco estudiado en el contexto de la medición de la AF. El análisis indica que el modelo mostró un ajuste adecuado; sin embargo, las puntuaciones correspondientes a las dimensiones de susceptibilidad percibida y severidad percibida fueron en particular bajas. Por ello, se recomienda interpretar estos resultados con precaución, ya que podrían reflejar una menor conciencia de riesgo en relación con la AF.

Esta situación probablemente se deba a que, en el caso de los infantes, es difícil probar la existencia de ciertos constructos, como la susceptibilidad o severidad percibida, ya que aún no desarrollan el análisis cognitivo asociado al cuidado de la salud; es decir, no se suelen reflexionar sobre las consecuencias a futuro de llevar una vida sedentaria o de no realizar AF; muchos de ellos creen que seguirán manteniendo un peso adecuado y evitarán enfermedades sin necesidad de adoptar hábitos saludables desde temprana edad.

Por otro lado, el ambiente juega un papel importante al momento de realizar AF, ya que se encontró que esta variable tiene un efecto directo y presenta una relación moderada con la frecuencia de AF. Estos hallazgos respaldan la idea de que contar con espacios adecuados para la práctica de AF aumenta la probabilidad de que los menores se involucren en comportamientos activos (Hammersley et al., 2019; Schneider, 2017; Larson et al., 2014; Toth et al., 2018; Findholt et al., 2011; Zadka et al., 2018).

Asimismo, los resultados muestran que los niños no suelen realizar actividades físicas y deportivas con su familia, lo que podría influir de manera negativa en sus niveles generales de AF. Esto refuerza la importancia de que el entorno familiar fomente el hábito de la AF desde edades temprana, y motive a los los niños a través de la participación conjunta en actividades deportivas, ya sea con juegos compartidos, la inscripción en clubes deportivos o en competencias físicas (Navarro, 2018).

Por otra parte, los datos indican que durante el recreo escolar, los niños sí practican AF, ya sea jugando, caminando al menos quince minutos o participando en deportes. Lo anterior sugiere que, en ese periodo, los estudiantes de educación primaria se mantienen activos, lo cual constrasta con lo reportado en otros estudios que señalan que los niños no cumplen con los niveles diarios recomendados de AF (Hernández-Herrera et al., 2014; Beauchamp et al., 2017).

CONCLUSIONES

Estos hallazgos representan un primer acercamiento al estudio sobre el cuidado de la salud en niños y niñas, específicamente en relación con la AF. Se recomienda que en futuras investigaciones se incluya el MCS, ya que demostró ser una herramienta útil para explicar el comportamiento saludable. Asimismo, sería pertinente incorporar otras variables relevantes, como el disfrute, la percepción del ambiente físico y social, el género y la edad, entre otras.

También es necesario desarrollar instrumentos de medición específicos para población infantil, ya que la mayoría de los existentes han sido diseñados para adolescentes, jóvenes o personas adultas, y se ha dejado a los infantes como un grupo escasamente explorado. Esta omisión resulta problemática, dado que la infancia es una etapa clave para la adquisicón de hábitos y costumbres que pueden perdurar en el tiempo.

Se sugiere que futuros estudios tomen en cuenta las creencias de los niños y las niñas sobre su propia salud, en especial respecto a la susceptibilidad percibida y la severidad percibida, a fin de seguir validando la existencia de estos constructos en los infantes. Además, sería valioso conocer qué significa para ellos "ser una persona saludable", considerando factores como el peso corporal, la presencia de enfermedades, los hábitos de alimentación y la práctica de AF.

En relación con el ambiente, se recomienda estrategias de medición más amplias. En este estudio, se consideró la percepción infantil sobre la disponibilidad de comida chatarra y espacios para realizar AF. No obstante, podría profundizarse mediante un análisis contextual de las colonias a fin de observar directamente la existencia de instalaciones deportivas, comercios y puestos de comida a distintas horas del día. Este análisis podría fortalecerse con herramientas como Google Maps, aplicaciones de geolocalización o bases de datos de especialistas en economía para conocer más a fondo los niveles socioeconómicos de esos lugares.

Asimismo, es necesario investigar las posibles barreras que dificultan la práctica de AF, dado que esta variable guarda una estrecha relación con la conducta física y ha sido poco abordada en el contexto infantil. La creación de instrumentos y estudios específicos sobre lo que impide que los menores hagan AF sería de gran utilidad.

Por otro lado, se recomienda realizar estudios cualitativos que permitan explorar en profundidad las creencias, conocimientos y percepciones de los niños sobre temas como sobrepeso y obesidad infantil, malos hábitos alimentarios y la inactividad física. Estas investigaciones podrían abordar el conocimiento que los infantes tienen sobre alimentación saludable, autoeficacia para la AF, frecuencia y tipo de ejercicio, rutinas de entrenamiento, deportes, baile o cualquier forma de movimiento físico desde su propia perspectiva.

Finalmente, la realización de estudios mixtos también aportaría información valiosa. Un diseño metodológico que combine enfoques cuantitativos y cualitativos permitiría comparar y corroborar los resultados obtenidos, fortaleciendo así la validez de los hallazgos. Además, podría complementarse con observaciones directas en las escuelas para analizar aspectos como las clases de educación física, la práctica deportiva durante el recreo, la venta de alimentos saludables, los desayunos escolares o los productos que los niños compran, elementos que podrían dar aún más credibilidad a los hallazgos obtenidos.

LIMITACIONES

- El uso de un instrumento nuevo para medir las creencias en salud en relación con la AF, el cual fue previamente diseñado, piloteado y validado. Sin embargo, su aplicación responde a la falta de instrumentos con propiedades psicométricas aceptables en el contexto mexicano que evalúan las variables propuestas en el modelo.
- La medición de la AF se centró únicamente en ejercicios estructurados o actividades dia-

rias, como caminar o desplazarse, sin considerar otras formas de movimiento, como el baile o la danza que pueden ser consideradas como AF y eso podría darle más validez de contenido a los instrumentos de medición.

- Falta de estudios sobre este tema en poblaciones infantiles porque al revisar la literatura los estudios se centran en adultos y adolescentes lo que complicó la obtención de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aedo, Á. y Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Revista Panameña de Salud Pública, 26*(4), 324-329.

Álvarez, C. et. al. (2022). Comparación del programa Escuelas Promotoras de Paz sobre la autoeficacia hacia la actividad física en escolares de Honduras y Nicaragua. *Revista Ensayos Pedagógicos, 17*(2), 139-160. https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayospedagogicos/article/view/18040/27417

Beauchamp, M., Rhodes, R. y Nigg, C. (2017). Physical activity for children in elementary schools: time for a rethink? *Translalational Behavior Medicine, 7*(1), 64-68. https://doi.org/10.1007/s13142-016-0443-3

Becker, M. (1974). The Health Belief Model and Personal *Health Behavior. Health Education Monographs, 2*, 324–473.

Biddle, S., Ciaccioni, S., Thomas, G. y Vergeer, I. (2019). Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. P*sychology of Sport and Exercise, 42*(1), 146-155. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.08.011

Blunch, N. (2013). *Introduction to structural equation modeling using IBM SPSS statistics and AMOS* (2th ed.). SAGE.

Brown, T. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2th ed.). The Guilford Press.

Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications, and programming* (2th ed.). Routledge.

Chan, C., Ha, A., Ng, J. y Revalds, D. (2018). Associations between fundamental movement skill competence, physical activity and psycho-social determinants in Hong Kong Chinese Children. *Journal of Sports Sciences, 37*(2), 229-236.

De la Torre, M., Ruiz, A., López, S. y Martínez, E. (2019). Apoyo social y práctica de actividad física en adolescentes: análisis del efecto mediador de la autoeficacia y obstáculos percibidos para su práctica. *European Journal of Health Research, 5*(2), 99-108. https://doi.org/10.30552/ejhr.v5i2.181

Dewar, D. L., Lubans, D. R., Plotnikoff, R. C. y Morgan, P. J. (2012). Development and evaluation of social cognitive measures related to adolescent dietary behaviors. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*, 36. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-36

Dishman, R. et al. (2004). Self-efficacy partially mediate the efect of aschool-based physical-activity intervention among adolescent girls. *Preventive Medicine*, 628-636.

Dishamn, R. et al. (2005). Enjoyment mediates effects of a school-based physical-activity intervention. *Medicine & Science in Sports & Exercise 37*(3), 478-487. https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000155391.62733.A7

Findholt, N., Michael, Y., Jerofke, L. y Brogoitti, V. (2011). Environmental influences on children's physical activity and eating habits in a rural Oregon County. *American Journal of Health Promotion, 26*(2), 74-85. https://doi.org/10.4278/ajhp.100622-QUAL-210

Gao, Z., Lochbaum, M. y Podlog, L. (2011). Self-efficacy as a mediator of children's achievement motivation and in-class physical activity. *Perceptual and Motor Skills, 113*(3), 969-981. https://doi.org/10.2466/06.11.25.PMS.113.6.969-981

Glanz, K., Rimer, B. y Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education Theory, Research, and Practice* (4ta ed.). Jossey-Bass.

Gómez, G., Platas, S., Pineda, G., Guzmán, R. y León, R. (2017). Validation of an instrument of self-efficacy for the prevention of obesity in school children. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 8,* 21-30. http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.004

Guerrero, G., López, J., Villaseñor, N., Gutiérrez, C., Sánchez, Y., Santiago, L., Martínez, O. y Maya, N. (2014). Diseño y validación de un cuestionario de hábitos de vida de alimentación y actividad física para escolares de 8-12 años. *Revista Chilena de Salud Pública, 18*(3), 249-256. https://doi.org/10.5354/0719-5281.2014.33915

Hamilton, K., Warner, L. y Schwarzer, R. (2017). The role of self-efficacy and friend support on adolescent vigorous physical activity. *Health Education & Behavior, 44*(1) 175–181. https://doi.org/10.1177/1090198116648266

Hammersley, M., Okely, A., Batterham, M. y Jones, R. (2019). Investigating the mediators and moderators of child body mass index change in the Time2bHealthy childhood obesity pr change in the Time2bHealthy childhood obesity prevention pr ention program for parents of preschool-aged children. Faculty of Social Sciences-Papers, 4474. https://ro.uow.edu.au/sspapers/4474

Hernández-Herrera, R., Mathiew-Quirós, Á. y Díaz-Sánchez, O. (2014). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de Monterrey, Nuevo León. *Revista Médica del Instituto Mexicano Seguro Social, 52*(1), 42-4

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (4ª. ed.). McGraw-Hill.

Hochbaum, G. (1958). Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study. US Dept. of Health, Education, and Welfare.

Joseph, R., Royse, K., Benítez, T. y Pekmezi, D. (2014). Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of Life Research, 23*, 659–667. https://doi.org/10.1007/s11136-013-0492-8

Kenyon, D, Kubik, M., Davey, C., Sirard, J. y Fulkerson, J. (2012). Alternative high school students' physical activity: role of self-efficacy. *American Journal of Health Behavior, 36*(3), 300-310.

Larson, T., Normand, M., Morley, A. y Hustyi, K. (2014). The role of the physical environment in promoting physical activity in children across different group composi-

tions. *Behavior Modification, 38*(6), 837-851. https://doi.org/10.1177/0145445514543466

Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 29*(3), 357-360. https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2012.v29n3/357-360/es

Magalhães, P., Silva, C. y Pereira, B. (2020). An online-based intervention to promote healthy eating through self-regulation among children: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 21*, 786 https://doi.org/10.1186/s13063-020-04685-5

Maiman, L. A. y Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs, 2*, 336-353.

Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A. y Canovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8*(2), 1-20. https://www.redalyc.org/pdf/1804/180414044017.pdf

Miller, Y., Trost, S. y Brown, W. (2002). Mediators of physical activity behavior change among women with young children. *American Journal of Preventive Medicine, 23*(2), 98-103. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00484-1

Moore, J., Yin, Z., Hanes, J., Duda, J., Gutin, B. y Barbeau, P. (2009). Measuring enjoyment of physical activity in children: Validation of the physical activity enjoyment scale. *Journal of Applied Sport Psychology, 21*(1), 116-129. https://doi.org/10.1080/10413200802593612

Moral, L. (2017). Teorías y modelos que explican y promueven la práctica de actividad física en niños y adolescentes. *Educación y Futuro, 36*, 177-208. https://cesdonbosco.com/documentos/revistaeyf/EYF_36.pdf

Morano, M., Bortoli, L., Ruiz, M. C., Vitali, F. y Robazza, C. (2019). Self-efficacy and enjoyment of enjoyment of physical activity in children: Factorial validity of two pictorial scales. *Brain, Cognition and Mental Health, 7*, 1–12. https://doi.org/10.7717/peerj.7402

Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica/ International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*(1), 91-109. https://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf

Motl, R., Dishman, R., Saunders, R., Dowda, M., Felton, G. y Pate, R. Measuring enjoyment of physical activity in adolescent girls (2001). *American Journal of Preventive Medicine, 21*(1) 110–117.

Mullen, S., Olson, E., Phillips, S. Szabo, A.,Wójcicki, T., Mailey, E., Gothe, N., Fanning, J., Kramer, A. y McAuley, E. (2011). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*(103), 1-9. https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-103

Navarro, M. (2018). *¿Cómo fomentar hábitos saludables en niños de 5-6 años?* Tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja. Valencia, España. https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/6816/NAVARRO%20FERRANDO%20MARIA%20DEL%20PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ornelas, M., Blanco, H., Aguirre, J. y Guedea, J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. Un estudio con alumnos de educación física. *Perfiles Educativos, 34*(138), 62-74. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982012000400005

Pannekoek, L., Piek, J. y Hagger, M. (2013). Motivation for physical activity in children: A moving matter in need for study. *Human Movement Science, 32*(5), 1097-1115. https://doi.org/10.1016/j.humov.2013.08.004

Pérez, H. (2008). *Estadística para las ciencias sociales del comportamiento y de la salud* (3ª. ed.). Cengage Learning.

Peterson, M. S., Lawman, H. G., Wilson, D. K., Fairchild, A. y Van Horn, M. L. (2013). The association of self-efficacy and parent social support on physical activity in male and female adolescents. *Health Psychology, 32*(6), 666–674. https://doi.org/10.1037/a0029129

Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health, 50*, 295–302.

Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Mem Fund Q. 44,* 94-127.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354–386.

Rosenstock, I. M, Strecher, V. J. y Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183.

Schneider, S., Diehl, K., Görig, T., Schilling, L., De Brock, F., Hoffmann, K., Albrecht, M., Sontang, D. y Fischer, J. (2017). Contextual influences on physical activity and eating habits-options for action on the community level. *BMC Public Health, 17*(760), 1-7. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4790-x

Suton, D., Pfeiffer, K. A., Feltz, D. L., Yee, K. E., Eisenmann, J. C. y Carlson, J. J. (2013). Physical activity and self-efficacy in normal and over-fat children. *American Journal of Health Behavior, 37*(5), 635-640. http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.37.5.7

Tornimbeni, S., Perez, F. y Olaz, G. (2008). *Introducción a la psicometría.* Paidós.

Toth, S., Evans, R., O´neal, M. y Highfill, M. (2018). Addressing school district readiness for elementary health education using the transtheoretical model. *Journal of Health Education Teaching, 9*(1), 68-80. https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1194127.pdf

Verloigne, M., Cardon, G., De Craemer, M., D´ Haese, S. y De Bourdeaudhuij, I. (2016). Mediating effects of self-efficacy, benefits and barriers on the association between peer and parental factors and physical activity among adolescent girls with a lower educational level. *PLOS One, 11*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157216

Wardle, J. Guthrie, C., Sanderson, S. y Rapoport, L. (2001). Develepment of the children´s eating behavior questionnaire. *Journal Child Psychology and psychiatrist, 42*(7), 963-970.

Zadka K, Pałkowska-Goździk E. y Rosołowska-Huszcz, D. (2018). Relation between environmental factors and children's health behaviors contributing to the occurrence of diet-related diseases in Central Poland. *International Journal Environmental Research and Public Health, 16*(1), 52. https://doi.org/10.3390/ijerph16010052

Zamarripa, J., Marentes-Castillo, M., Delgado, M. y Álvarez,

O., y Ródenas, L. (2017). Decisional balance, self-efficacy and its association to the exercise enjoyment in Mexican population. *Revista de Psicología del Deporte*, *26*(4), 88-92. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235152047016

Recibido: 09 de febrero de 2024
Última revisión: 06 de mayo de 2025
Aceptado: 22 de mayo de 2025

Efectos de los mecanismos del monitoreo de la atención y la aceptación en dos intervenciones de mindfulness: una prueba aleatorizada controlada

[1]Arturo Enrique Orozco-Vargas, [1]Yenit Martínez-Garduño, [2]Esteban Jaime Camacho-Ruíz,
[3]Brenda Sarahi Cervantes-Luna, [3]María Del Consuelo Escoto-Ponce De León y [4]Melissa Sánchez-rodas

[1]*Instituto de Estudios Sobre la Universidad, UAEMex,*
[2]*Centro Universitario Uaem Nezahualcóyotl,* [3]*Centro Universitario Uaem Ecatepec,*
[4]*Universidad Autónoma del Estado de México*

Cómo citar este artículo (estilo APA) / Citing this article (APA style):
Orozco-Vargas, A. E., Martínez-Garduño, Y., Camacho-Ruíz, E. J., Cervantes-Luna, B. S., Escoto-Ponce de León, M. C. y Sánchez-Rodas, M. (2025). Efectos de los mecanismos del monitoreo de la atención y la aceptación en dos intervenciones de mindfulness: una prueba aleatorizada controlada. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 17*(1), pp 87-104

Resumen
La práctica del mindfulness en estudiantes universitarios ha contribuido al tratamiento efectivo de diversos trastornos y deficiencias mentales. De la misma manera, se han comenzado a explorar sus efectos sobre los factores psicológicos de protección. Atendiendo esta doble vertiente, el objetivo de este estudio fue determinar la eficacia del mindfulness para reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, así como para incrementar el uso de estrategias de regulación emocional y el bienestar psicológico. Para ello, se diseñó un ensayo controlado aleatorizado basado en la teoría del monitoreo y la aceptación, mediante la aplicación del programa Mindfulness-Based Stress Reduction. Se conformaron dos grupos experimentales (MonAten y MonAten + Acep), diferenciados de acuerdo con los mecanismos teóricos de monitoreo y aceptación. La muestra final estuvo compuesta por 128 estudiantes universitarios, asignados aleatoriamente a tres grupos. Los resultados subrayan la relevancia de los mecanismos de aceptación que los participantes aprendieron en el programa MonAten + Acep. En este grupo, los estudiantes mostraron una reducción significativa en sus niveles de ansiedad, estrés y depresión, así como un aumento significativo en el empleo de las estrategias de aceptación, focalización positiva, puesta en perspectiva, reinterpretación positiva, focalización en los planes y su bienestar psicológico. En conclusión, aunque ambos grupos experimentales reportaron mejoras tras la intervención, los mayores cambios se observaron en el grupo que incorporó el componente de aceptación.

Palabras clave: Mindfulness, ansiedad, depresión, estrés, regulación emocional, bienestar psicológico

Dirigir toda correspondencia al autor a la siguiente dirección:
Correo electrónico: aeorozcov@uaemex.mx
Dirección: Instituto de Estudios Sobre la Universidad, Av. Paseo Tollocan 1402, Ciudad Universitaria, Toluca, Estado de México
RMIP 2025, Vol. 17, Núm. 1, pp. 87-104
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx
Derechos reservados ®RMIP

Effects of the mechanisms of attention monitoring and acceptance in two mindfulness interventions: A randomized controlled trial

Abstract

The practice of mindfulness among university students has contributed to the effective treatment of several mental disorders and deficiencies. In the same way, its effects on psychological protective factors have begun to be examined. Considering this dual focus, the objective of this study was to determine if the mindfulness practice is effective in reducing stress, anxiety, and depression, as well as increasing emotional regulation strategies and psychological well-being. To achieve this purpose, a randomized controlled trial was used based on the Monitoring and Acceptance Theory and the application of the Mindfulness-Based Stress Reduction program. This approach resulted in the design of two experimental groups (MonAten vs MonAten + Acep), in accordance with the theoretical principles that underlie the monitoring and acceptance mechanisms. A total of 128 university students were part of the final sample and were randomly assigned to the three groups.

The results focus on the importance of acceptance mechanisms acquired by participants in the MonAten + Acep program. Students in this group showed a significant reduction in anxiety, stress, and depression levels, as well as a significant increase in the use of acceptance, positive focusing, putting into perspective, positive reappraisal, planning-focused strategies, and overall psychological well-being. In conclusion, although the participants in both experimental groups reported significant modifications in the post-intervention measurement compared to the pre-intervention, the MonAten + Acep group exhibited the most substantial changes.

Keywords: Mindfulness, anxiety, depression, stress, emotion regulation, psychological well-being

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y el estrés crónico representan un problema de salud pública de gran magnitud a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud, cerca de mil millones de personas en el mundo padecen algún trastorno mental, y se estima que esta cifra aumentará en las próximas décadas (Alonso et al., 2018; Organización Mundial de la Salud, 2022). En Latinoamérica, la situación no es diferente, con reportes que indican niveles muy elevados de estos trastornos en la población (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Específicamente en México, se ha encontrado que los trastornos mentales tienen una incidencia muy importante en la población en general, en la que la depresión y la ansiedad tienen un mayor impacto (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2021). La primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado, de 2021, indica que el 15.4% de la población adulta presenta síntomas de depresión, mientras que el 19.3% muestra síntomas de ansiedad severa, y otro 31.3%, síntomas de ansiedad mínima o en algún nivel (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

La prevalencia de estos trastornos en la comunidad universitaria obedece a una compleja interacción de elementos socioeconómicos, culturales y ambientales (Rabanal-León et al., 2023). En un estudio llevado a cabo por la Universidad Autónoma de Yucatán, se constató que los estudiantes de medicina experimentan tasas más altas de depresión y ansiedad que la población general, con el género femenino como el sector más afectado (Pérez et al., 2023). Otro estudio reveló que el 53.2% de los estudiantes universitarios presentan síntomas de ansiedad, el 47.8% síntomas de estrés, y el 29% síntomas de depresión (Trunce et al., 2020).

Con el propósito de contrarrestar y tratar los efectos de la depresión, el estrés y la ansiedad, el mindfulness ha cobrado relevancia principalmente en Europa y Estados Unidos (Zuo et al., 2023). Las intervenciones basadas en esta práctica son cada vez más comunes en la comunidad universitaria. No solo hay un incremento en el número de estudiantes universitarios que se incorporan a algún programa de mindfulness, sino también en el tiempo que le dedican. En consecuencia, los estudiantes universitarios han logrado enfrentar de mejor forma los obstáculos que afectan su rendimiento académico y su salud mental.

Con la finalidad de esclarecer los mecanismos psicológicos que fundamentan varios programas de mindfulness, específicamente el programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Lindsay y Creswell (2017) propusieron la teoría del monitoreo y la aceptación (Monitor and Acceptance Theory), que busca explicar los mecanismos que intervienen en esta práctica y sus efectos en los procesos emocionales y cognitivos, la empatía, la regulación emocional y diversas variables relacionadas con la salud física y mental. En el núcleo de dicho programa se encuentran las dos habilidades centrales que postula esta teoría: el monitoreo de la atención y la aceptación, que constituyen los componentes que forman la base del mindfulness.

De acuerdo con Lindsay y Creswell (2017), el monitoreo de la atención (MonAten) se define como la conciencia constante del momento presente y las experiencias perceptuales y sensoriales. Este monitoreo de la atención permite que las personas puedan tomar conciencia de los sonidos que los rodean, las sensaciones provenientes de su cuerpo, las interacciones con los otros, el diálogo mental que establecemos con nosotros mismos y las imágenes que observamos. Esta capacidad de monitoreo depende del sistema de atención selectiva y ejecutiva.

Por otra parte, la aceptación (Acep) se entiende como una actitud mental caracterizada por la apertura, receptividad y ecuanimidad hacia las experiencias internas y externas, sin emitir juicios de valor. Esta actitud implica que los pensamientos y emociones negativas no deben considerarse como elementos indeseables, sino que han de ser acogidos de manera consciente y permitir, así, que, al ser reconocidos sin resistencia, disminuyan progresivamente en intensidad, como ocurre con otras experiencias que ingresan a la conciencia. Lindsay y Creswell (2017) coinciden en que la combinación de los mecanismos de monitoreo y aceptación constituye el núcleo esencial de la práctica del mindfulness.

Además de ser empleado tradicionalmente para el tratamiento de la ansiedad, el estrés y la depresión, en las últimas dos décadas ha crecido el interés por determinar los efectos del mindfulness en una serie de nuevos constructos psicológicos. Uno de ellos es la regulación emocional. Este proceso neuropsicológico se refiere a una serie de mecanismos cognitivos, conductuales y fisiológicos que las personas utilizan para influenciar, modular y gestionar sus emociones. Su propósito fundamental es fomentar el bienestar, al posibilitar que las personas experimenten emociones positivas de forma saludable y reduzcan las negativas (Gross y Thompson, 2007). Estudios como el de Compas et al. (2017) destacan la relevancia de la regulación emocional en la salud mental. Estos autores señalan que desarrollar habilidades para identificar, comprender y gestionar las emociones de manera adecuada se asocia con menores niveles de psicopatologías.

A la par de la regulación emocional, se han llevado a cabo diversas investigaciones encaminadas a examinar la influencia del mindfulness en el bienestar psicológico (Caguana y Ponce, 2023; Kultsum et al., 2024). Desde la perspectiva eudaimónica, el bienestar psicológico representa un estado de satisfacción y plenitud que se alcanza al vivir una vida plena y significativa, superando obstáculos y desarrollando todo nuestro potencial (Ryff, 1995). Para lograr este cometido, Ryff (1989) propone seis dimensiones (relaciones positivas, dominio del entorno, propósito en la vida, autoaceptación, autonomía y crecimiento personal), que permiten a cada persona realizar una evaluación de su propio nivel de bienestar psicológico.

Como resultado del desarrollo de cada una de estas dimensiones, es posible regular el propio comportamiento, responder adecuadamente a las demandas del entorno, acrecentar las capacidades, establecer relaciones positivas con los otros, aceptar las limitaciones, guiar la propia vida con un propósito claro y mantener una actitud positiva (Gómez-López et al., 2019).

Con base en la teoría del monitoreo y la aceptación y la aplicación del programa de mindfulness MBSR, se llevó a cabo una prueba controlada aleatorizada con el objetivo de determinar si las dos versiones del programa de mindfulness (MonAten versus MonAten + Acep), comparadas con el grupo control, son eficaces en la disminución del estrés, ansiedad y depresión, así como en el aumento de las estrategias de regulación emocional y el bienestar psicológico. Con base en los hallazgos reportados en la literatura científica, se formuló como hipótesis que la combinación del monitoreo de la atención más los mecanismos de aceptación reducirá de forma más significativa los niveles de estrés, ansiedad y depresión, además del incremento de las estrategias de regulación emocional y el bienestar psicológico, al compararlo con el entrenamiento centrado únicamente en el conocimiento y las habilidades en el monitoreo. Asimismo, ambos programas experimentales mostrarán cambios importantes en las variables, al compararlos con el grupo control.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron estudiantes de una universidad pública mexicana localizada en el centro del país. Un total de 128 universitarios formaron parte de la muestra final (mujeres 58.4%). La edad osciló entre los 19 y los 27 años (M = 20.84 años, DE = 1.49). El mayor número de estudiantes se encontraba en el cuarto semestre (32.03%), seguido del sexto semestre (27.34%), el segundo semestre (22.65%) y el octavo semestre (17.98%). El tamaño de la muestra se calculó usando el programa G*Power con la finalidad de estimar el tamaño de la muestra que se necesitaría para identificar cambios significativos en las variables de estudio. Con la finalidad de encontrar diferencias relevantes en los análisis con un tamaño del efecto de mediano a largo (0.5 – 1.2), una potencia deseada del .90, incluyendo un diseño de tres grupos, que fueron medidos en dos ocasiones y usando una tasa de error tipo I de dos colas de .05, el tamaño de la muestra calculado que se requiere fue de 120 participantes.

PROCEDIMIENTO

Una vez obtenida la autorización de los directivos de los espacios académicos, se llevó a cabo la difusión del proyecto de investigación entre los estudiantes de siete licenciaturas (Trabajo Social, Cultura Física y Deporte, Educación, Administración, Contaduría, Derecho y Psicología). El reclutamiento de los estudiantes se hizo por medio de invitaciones orales en sus salones de clase y con carteles colocados en las instalaciones escolares. A quienes estuviesen interesados en participar, se les pidió contactar al investigador principal vía mensajes telefónicos. A lo largo de tres semanas, se estuvieron recibiendo los mensajes de 144 estudiantes, quienes mostraron interés por participar. A todos se les enviaron las indicaciones para asistir a la sesión de información, en la cual se les explicó el objetivo del estudio y el procedimiento que se llevaría a cabo para recibir alguno de los dos programas experimentales o formar parte del grupo control.

En dicha sesión se hizo hincapié en la importancia de la adhesión al programa y en cumplir con las actividades que harían en casa. Se ofrecieron cinco sesiones de información en diversos horarios para que no se empalmaran con sus clases. De los 144 estudiantes que originalmente mostraron interés, llegaron a esta primera sesión un total de 128. Como parte de un diseño aleatorizado controlado, los 128 participantes fueron asignados en una proporción de 1:1 a cada uno de los tres grupos. La figura que se presenta muestra este procedimiento.

Una vez que terminó la explicación de la investigación, se les entregó el consentimiento informado que firmaron y que aprobaba su participación voluntaria. Finalmente, se les dio

un sobre en el que se les indicaba alguno de los dos grupos experimentales o el grupo control al cual habían sido asignados de manera aleatoria, junto con las indicaciones y horario en el que debían presentarse para participar en la primera sesión. A todos los estudiantes se les explicó que la participación en las ocho sesiones tenía que ser de forma secuencial y que no era posible saltar o repetir sesiones. Cuando un participante no se presentaba en dos ocasiones, se consideraba que había abandonado el programa. Antes de retirarse, contestaron los cinco instrumentos que medían las variables de estudio. Esta evaluación se llevó a cabo en la sesión de información (línea base) y al concluir las ocho sesiones.

La investigación cumplió con todos los requisitos éticos que se han establecido en México para ejecutar un estudio con seres humanos. Además de apegarse a los estándares internacionales que marca la American Psychological Association (2002), se siguieron los criterios y normas establecidos por la Sociedad Mexicana de Psicología (2004). Asimismo, se cumplió con la normatividad que establece la Universidad Autónoma del Estado de México respecto a la protección de datos personales.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos que se conformaron. El primer grupo se denominó Programa de Monitoreo de la Atención + Aceptación (MonAten + Acep), el segundo grupo, Programa de Monitoreo de la Atención (MonAten), y el tercero fue un grupo control que no recibió tratamiento. Buscando que el entrenamiento no se empalmara con las actividades escolares de los estudiantes, para cada uno de los dos grupos experimentales se crearon tres horarios en los que los participantes podían elegir el que fuera de su conveniencia. La participación en cada horario osciló entre los 8 y 17 estudiantes. Para maximizar el control experimental, las ocho sesiones en ambas intervenciones las dirigió una instructora, quien tiene 18 años de practicar mindfulness de manera personal y 11 como instructora de yoga y mindfulness.

Para llevar a cabo ambas intervenciones, se crearon dos manuales con el contenido específico para cada una. Las dos intervenciones experimentales se igualaron en lo referente a la estructura, la duración de las sesiones presenciales y su contenido, el número de actividades en casa y las instrucciones que se les daban a los participantes; esto, con la finalidad de mantener consistencia en ambos programas experimentales.

DISEÑO Y ASIGNACIÓN ALEATORIZADA

En cuanto a las prácticas en casa que debían completar los participantes, para lograr un control adecuado, se les proporcionó un diario en el que indicaban el tiempo que diariamente dedicaron a completar dichas prácticas. El parámetro de cumplimiento que se estableció a priori fue igual o mayor que el 75% de asistencia a las sesiones presenciales, así como la realización igual o mayor que el 75% de las actividades en casa, considerando que debían dedicar al menos 45 minutos de práctica diaria. El total de minutos/horas de las actividades en casa durante seis días a la semana fue también evaluado. A continuación, se describen en detalle cada una de las dos intervenciones experimentales y el grupo control.

Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (Mindfulness-Based Stress Reduction)

Antes de describir las dos intervenciones experimentales, es importante señalar que en esta investigación se utilizó el programa MBSR como la base del diseño de estas dos intervenciones. Dicho programa fue creado por el doctor Jon Kabat Zinn, y tiene una historia de cuatro décadas a través de las cuales ha demostrado una

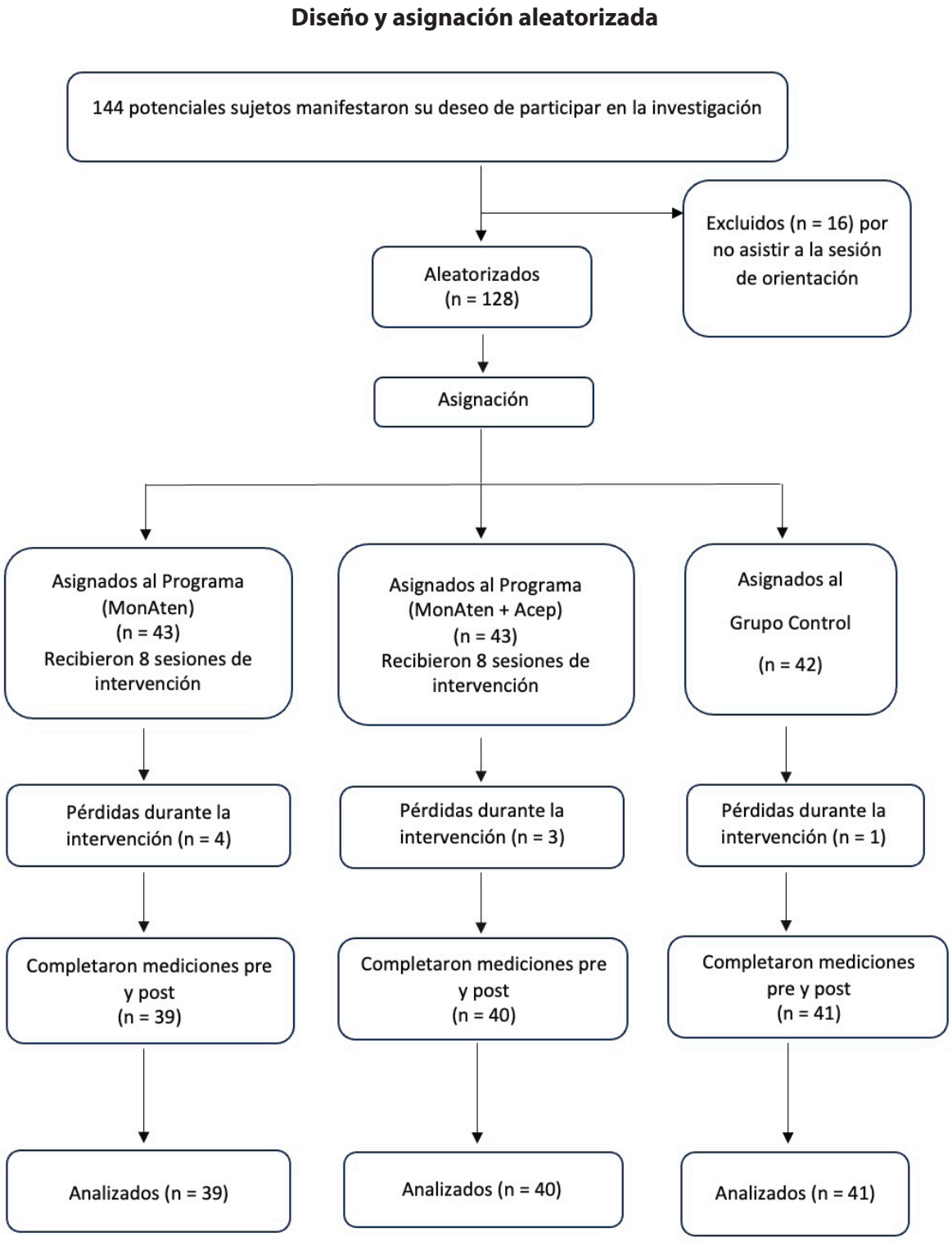


Figura 1. Diagrama de flujo mostrando los 128 sujetos que fueron aleatorizados de los cuales 120 completaron el estudio y fueron incluidos en los análisis estadísticos.

gran eficacia. Con base en las aportaciones de la meditación budista, Kabat Zinn creó el MBSR para brindar una serie de prácticas y meditaciones de mindfulness a lo largo de ocho semanas (Kabat-Zinn, 1982). Este programa en particular incluye los dos componentes centrales de la teoría del monitoreo y la aceptación. Con respecto al monitoreo de la atención, fomenta en los participantes la capacidad de mantener un contacto permanente con las experiencias presentes en el aquí y ahora. A su vez, el desarrollo de la aceptación se consolida en las últimas sesiones del entrenamiento sirviendo como un mecanismo de regulación emocional que mejorará el control de las experiencias afectivas y reducirá el estrés (Lindsay y Creswell, 2017).

Programa de Monitoreo de la Atención + Aceptación (MonAten + Acep)

Está basado totalmente en el contenido del MBSR. Además de las sesiones presenciales, los participantes deben completar actividades en casa con una duración aproximada de 45 minutos. Estas actividades las deben realizar a diario y descansar solo un día a la semana. En lo general, en cada una de las ocho sesiones, los participantes aprendían a tomar conciencia de manera intencional o monitorear las experiencias positivas, negativas o neutras que se presentaban momento a momento en la cotidianidad. Asimismo, desarrollaban una actitud de aceptación y apertura evitando los juicios a priori, mientras ejecutaban sus actividades todos los días.

Además de brindar conocimientos sobre mindfulness, en las ocho sesiones se realizan discusiones grupales con la finalidad de desarrollar un monitoreo de atención plena con una actitud abierta y no intrusiva. Con el transcurso de las sesiones, los participantes pueden identificar y monitorear hábitos de reacción al estrés que les son inútiles. Por otra parte, las actividades en casa que también deben llevar a cabo a lo largo de las ocho semanas guían a los participantes con meditaciones, ejercicios de yoga y toma de conciencia, lecturas y videos que van completando cada semana. Todo el material y el contenido se encuentra en el manual original del programa.

Programa de Monitoreo de la Atención (MonAten)

Para el diseño de este programa se llevó a cabo una adaptación del MBSR de acuerdo con la propuesta de Lindsay et al. (2018). El objetivo de esta intervención es ayudar a los participantes a concentrarse plenamente para lograr un monitoreo de las experiencias corporales y emocionales que viven todos los días. En un primer momento, aprenden habilidades básicas de atención que les permiten enfocarse en las experiencias físicas y emocionales que están ocurriendo en el presente. Para ello, se les pide que identifiquen cuando su atención se desvía y busquen regresar al objeto que están atendiendo.

Como el objetivo de esta versión es que los participantes no reciban ningún entrenamiento relacionado con los mecanismos de aceptación, se hace una adaptación del programa original para centrarse en la concentración, el desarrollo de la atención focalizada en ciertos objetos o personas, así como en la capacidad de reorientar la atención cuando sucede una distracción. En consecuencia, los participantes logran volver a centrarse en el momento presente. Al igual que quienes tomaron parte en el MonAten + Acep, los participantes de este programa también recibieron ocho sesiones de dos horas cada una y realizaron una serie de prácticas en casa durante seis días a la semana, a las que dedicaron alrededor de 45 minutos. Estas actividades en casa son similares al programa MonAten + Acep con la excepción de haber eliminado todo el contenido que tenía que ver con los mecanismos de aceptación para resaltar únicamente los procesos relacionados con el monitoreo de la atención.

GRUPO CONTROL

Los participantes asignados a este grupo no recibieron ningún entrenamiento y esperaron un

periodo de ocho semanas entre la primera y la segunda medición (línea base y posintervención).

INSTRUMENTOS

El estrés, la ansiedad y la depresión se midieron por medio de la escala DASS (Depression, Anxiety and Stress Scales 42 [DASS-42]; Lovibond y Lovibond, 1995). Este instrumento incluye 42 reactivos clasificados en tres subescalas de 14 reactivos cada una con la finalidad de medir los síntomas asociados a la ansiedad, depresión y estrés. En esta investigación se utilizó la versión en castellano diseñada por Bados et al. (2005). Las propiedades psicométricas de la escala en el estudio de Bordos y colaboradores mostraron alfas de Cronbach de 0.70 para ansiedad, de 0.82 para el estrés y de .0.84 para la depresión. De la misma manera, el análisis de validez arrojó índices de ajuste apropiados χ^2 (*df* = 186; *p* = .00001) = 431.4; RMSEA = .061; GFI = .90; CFI = .90. En esta investigación, para evaluar la consistencia interna de cada factor, se empleó el coeficiente ω de McDonald (1999). En esta escala los resultados fueron adecuados (ansiedad ω = 0.88; estrés ω = 0.87; depresión ω = 0.92).

Para la medición de las estrategias de regulación emocional, se recurrió al cuestionario cognitivo de regulación emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) creado por Garnefski et al. (2001). Este es uno de los instrumentos más usados para evaluar las estrategias de regulación emocional, y tiene el objetivo de examinar el proceso cognitivo en general y las estrategias emocionales en lo particular. Cuenta con 36 reactivos clasificados en las estrategias adaptativas (funcionales): aceptación, focalización positiva, poner en perspectiva, reinterpretación positiva y focalización en los planes, así como en las estrategias desadaptativas (inadecuadas): rumiación, autoculparse, catastrofización, y culpar a otros.

La escala tiene un formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones, que oscilan entre 1 (casi nunca) y 5 (casi siempre). En esta investigación se usó la versión en castellano propuesta por Domínguez-Sánchez et al. (2013), que incluye únicamente las estrategias adaptativas. Las propiedades psicométricas identificadas en la investigación de Domínguez-Sánchez et al. (2013) fueron muy adecuadas. Con respecto al análisis de validez, los resultados mostraron un muy buen ajuste χ^2 (*df* = 556; *p* = .00001) = 2250.52; RMSEA = .078 con un intervalo al 90% (.075 a .082); GFI = .96; AGFI = .95; CFI = .98; NFI = .99; y SRMR = .06. Para la consistencia interna, los alfas de Cronbach reportados fueron para focalización positiva α = 0.89; poner en perspectiva α = 0.83; aceptación α = 0.64; reinterpretación α = 0.80; focalización en los planes α = 0.83. Estos resultados son similares a los encontrados en los análisis de su validez convergente y discriminante en el estudio original (Garnefski et al., 2001). En cuanto a la consistencia interna que se obtuvo en esta escala, los resultados fueron aceptables (focalización positiva ω = 0.83; poner en perspectiva ω = 0.77; aceptación ω = 0.69; reinterpretación ω = 0.88; focalización en los planes ω = 0.82; regulación emocional [puntuación total de las estrategias adaptativas] ω = 0.90).

Finalmente, el bienestar psicológico de los participantes fue medido usando la escala de bienestar psicológico (Ryff's Psychological Well-being Scale) de Ryff (1989). Este instrumento es uno de los más utilizados a nivel mundial para medir este constructo e incluye 29 reactivos divididos en seis dimensiones (relaciones positivas, dominio del entorno, propósito en la vida, autoaceptación, autonomía y crecimiento personal). En esta investigación se usó la versión en castellano propuesta por Díaz et al. (2006).

En su versión original y en esta en castellano, la escala de Ryff ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas. En la versión en castellano, los resultados mostraron una confiabilidad que osciló entre α = 0.68 y α = 0.83. De la misma manera, respecto a su validez, el análisis factorial confirmatorio que se llevó a cabo mostró buenos índices de ajuste (X^2 = 615.76, *df* = 345, AIC = 788.16, CFI = .95, NNFI = .94 y RMSEA = .04) (Díaz et al., 2006). En los resultados del análisis

de consistencia interna en esta muestra, se pueden observar coeficientes de omega de McDonald que oscilaron entre 0.72 y 0.88 (relaciones positivas ω = 0.81; dominio del entorno ω = 0.79; propósito en la vida ω = 0.82; autoaceptación ω = 0.75; crecimiento personal = 0.72; autonomía = 0.76; puntuación total del bienestar psicológico ω = 0.88).

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo usando el programa SPSS 28.0, que emplea un nivel de significancia de $p > .05$ con dos colas. En un primer momento, se compararon las puntuaciones obtenidas en la línea base entre los tres grupos con respecto a los datos sociodemográficos y las variables de estudio. El análisis de los datos sociodemográficos de los tres grupos se efectuó usando la prueba de Kruskal-Wallis H para las variables continuas y la Chi-cuadrada para las variables categóricas. Debido a la ausencia de covariables de interés, todos los análisis se realizaron sin ajustes a las covariables. Posteriormente, se desarrollaron modelos lineales generales para comparar los efectos de los programas en los tres grupos de participantes: MonAten + Acep, MonAten y el grupo control. Los efectos de los programas en las variables incluidas en esta investigación fueron analizados usando 3 (grupos) X 2 (tiempos) ANOVA de medidas repetidas. La adhesión al programa se evaluó por medio del número de sesiones a las que asistieron, el reporte de sus diarios y los minutos que practicaron en casa.

RESULTADOS

En el grupo MonAten + Acep solo tres participantes abandonaron la intervención, mientras que en el grupo MonAten lo hicieron cuatro estudiantes. Para el grupo control, únicamente un estudiante que contestó los instrumentos en la línea base ya no lo hizo en la segunda medición. Los resultados mostraron que no se presentaron diferencias significativas entre los tres grupos para las diferentes características sociodemográficas ($p > 0.05$). Asimismo, al realizar una inspección preliminar de los datos, no se identificaron datos atípicos o diferencias importantes en las variables de estudio en la línea base.

Antes de analizar la efectividad de las intervenciones, se verificó el supuesto de normalidad usando la prueba de Shapiro-Wilk, y se encontró que la distribución de las puntuaciones de las variables de estudio fue normal. Posteriormente, se examinó la varianza (ANOVA) con el propósito de identificar las diferencias significativas entre los grupos respecto a la ansiedad, estrés, depresión, estrategias adaptativas de regulación emocional y bienestar psicológico. Asimismo, se llevó a cabo un ANOVA de medidas repetidas para la evaluación pre y posintervención. Se observó el efecto principal del tiempo (pre y posintervención) con los tres grupos y los efectos de la interacción (grupo x tiempo). Para estimar el tamaño del efecto en los análisis ANOVA, se utilizó la eta parcial al cuadrado (η^2p), y para las comparaciones de pares, la *d* de Cohen. En la tabla se muestran los resultados en cada una de las variables de estudio.

En lo relativo a la ansiedad, no hubo diferencias significativas entre los tres grupos antes de la intervención ($F(2,117) = 0.08, p = 0.817, \eta^2p < .01$). En el grupo MonAten, se encontró un efecto del tiempo en la ansiedad ($F(1,38) = 4.25, p = 0.021, \eta^2p = .04$), con una disminución significativa entre las puntuaciones pre y posintervención ($t(1,38) = 2.89, p = .034, d = 0.57$). En el grupo MonAten + Acep fue observado un efecto del tiempo en la ansiedad ($F(1,39) = 8.82, p = .004, \eta^2p = .03$), con una disminución significativa entre las puntuaciones pre y posintervención ($t(1,39) = 3.73, p = .001, d = 0.72$). En el grupo control ($F(1,40) = 0.40, p = .517, \eta^2p < 0.01$) no se advirtieron diferencias importantes. El efecto de la interacción grupo x tiempo fue significativa en la ansiedad ($F(2,117) = 3.71, p = 0.028, \eta^2p = 0.07$).

Tabla

Medias y desviaciones estándar de la evaluación pre y posintervención, y tamaño del efecto intragrupo (*d*) en las variables de estudio de los dos grupos experimentales y el grupo control

Variables	(MonAten)			(MonAten + Acep)			Grupo control		
	Pre	Post	*d*	Pre	Post	*d*	Pre	Post	*d*
	M (DE)	*M (DE)*		*M (DE)*	*M (DE)*		*M (DE)*	*M (DE)*	
Ansiedad	12.38 (8.91)	6.44 (5.01)	0.57	11.92 (8.26)	5.24 (4.29)	0.72	12.70(7.95)	11.93(6.84)	0.08
Estrés	17.42 (9.45)	11.17 (8.24)	0.42	16.84 (7.15)	10.08 (7.54)	0.52	17.45 (11.57)	17.11 (10.08)	0.05
Depresión	11.05 (6.37)	8.19 (5.40)	0.31	10.32 (5.94)	7.76 (6.17)	0.35	11.40 (7.16)	10.89 (7.51)	0.11
RE	55.42 (15.37)	73.68 (16.74)	-0.40	57.61 (14.94)	75.89 (14.23)	-0.45	55.81 (14.28)	56.28 (13.54)	-0.09
Acep	14.67 (8.88)	18.37 (8.46)	-0.64	14.48 (8.67)	18.70 (8.12)	-0.71	14.79 (9.24)	14.67 (9.47)	0.15
FP	13.74 (8.14)	17.11 (8.69)	-0.47	13.69 (8.17)	17.51 (8.97)	-0.50	14.07 (8.17)	13.84 (8.09)	0.03
PP	12.74 (7.08)	16.11 (7.69)	-0.37	12.93 (9.24)	16.43 (9.51)	-0.44	12.30 (8.67)	12.59 (8.24)	-0.07
RP	14.20 (9.60)	17.62 (9.41)	-0.55	14.09 (9.37)	17.95 (9.71)	-0.59	14.57 (8.61)	14.72 (8.12)	-0.06
FPla	11.34 (8.94)	14.20 (8.10)	-.026	11.01 (8.48)	14.58 (8.11)	-0.33	11.69 (8.34)	11.27 (8.74)	0.08
BP	122.46 (23.71)	164.87 (24.49)	-0.45	123.67 (23.47)	172.49 (23.17)	-0.52	123.80 (24.75)	124.37 (25.18)	-0.10
Rpos.	22.50 (11.27)	26.53 (10.75)	-0.37	22.43 (9.75)	26.31 (10.24)	-0.32	22.74 (9.45)	23.11 (9.74)	0.04
DE	22.12 (10.67)	25.92 (10.68)	-0.21	22.38 (11.54)	26.04 (10.75)	-0.24	22.02 (10.71)	22.69 (10.31)	-0.05
PV	23.49 (9.45)	27.22 (10.71)	-0.41	23.10 (10.74)	27.63 (10.42)	-0.49	22.89 (9.68)	22.53 (10.05)	0.11
AA	21.67 (9.71)	26.71 (10.31)	-0.57	22.47 (10.19)	28.08 (9.41)	-0.74	21.96 (10.27)	22.07 (10.71)	-0.08
Auton	25.29 (9.16)	28.74 (10.46)	-0.27	25.58 (9.49)	29.07 (9.30)	-0.32	25.31 (11.08)	25.64 (10.78)	-0.06
CP	28.17 (10.63)	33.14 (10.71)	-0.45	28.28 (9.68)	33.79 (10.25)	-0.58	28.53 (10.68)	28.20 (10.47)	0.07

Nota: RE = regulación emocional, Acep = aceptación, FP = focalización positiva, PP = poner en perspectiva, RP = reinterpretación positiva, focalización en los planes = focalización en los planes, BP = bienestar psicológico, RPos = relaciones positivas, DE = dominio del entorno, propósito en la vida = PV, AA= autoaceptación, Auton = autonomía, CP = crecimiento personal.

Por otra parte, para el estrés, no resultaron diferencias significativas entre los tres grupos en la medición pretest (F (2,117) = 0.12, p =0.716, η^2p < 0.01). En el grupo MonAten se encontró un efecto del tiempo en el estrés (F (1,38) = 3.94, p =0.041, η^2p = 0.05). Una reducción de consideración se observó cuando se comparó la pre y posintervención (t (1,38) = 2.24, p = 0.046, d = 0.42). Para el grupo MonAten + Acep, hubo un efecto importante del tiempo en el estrés (F (1,39) = 6.14, p =0.011, η^2p = 0.05). Una disminución significativa arrojó la comparación entre la pre y posintervención (t (1,39) = 3.38, p = 0.004, d = 0.52). No hubo diferencias significativas en el grupo control (F (1,40) = 0.74, p =0.475, η^2p < 0.01). El efecto de la interacción grupo x tiempo fue importante en el estrés (F (2,117) = 3.41, p =0.037, η^2p = 0.10).

En cuanto al análisis de la depresión, no se identificaron diferencias significativas entre los grupos antes de la intervención (F (2,117) = 0.04, p =0.942, η^2p < 0.01). En el grupo MonAten, un efecto significativo en el tiempo fue observado en la depresión (F (1,38) = 3.49, p =0.047, η^2p = 0.06), y una reducción significativa en las puntuaciones de la depresión de la pre a la posintervención (t (1,38) = 2.04, p = 0.040, d = 0.35). En el grupo MonAten + Acep, un efecto en el

tiempo fue también identificado (F (1,39) = 5.18, p =0.021, η^2p = 0.07). Una disminución significativa en las puntuaciones de la depresión se obtuvo de la pre a la posintervención (t (1,39) = 2.47, p = 0.027, d = 0.31). En el grupo control no se observó un efecto en el tiempo (F (1,40) = 0.39, p =0.571, η^2p < 0.01). La interacción grupo x tiempo fue importante en la depresión (F (2,117) = 2.68, p =0.041, η^2p = 0.13).

Por otra parte, se realizaron los análisis correspondientes a la regulación emocional. La tabla muestra la ausencia de diferencias significativas entre los grupos antes de la intervención referente a la puntuación total de la regulación emocional (F (2,117) = 0.15, p =0.737, η^2p < 0.01). Para el grupo MonAten, hubo un efecto significativo en el tiempo en la dimensión de aceptación (F (1,38) = 5.03, p =0.008, η^2p = 0.03), focalización positiva (F (1,38) = 3.49, p =0.027, η^2p = 0.06), poner en perspectiva (F (1,38) = 3.03, p =0.037, η^2p = 0.05), reinterpretación positiva (F (1,38) = 4.71, p =0.018, η^2p = 0.10) y focalización en los planes (F (1,38) = 2.70, p =0.045, η^2p = 0.08).

En todas las dimensiones hubo un aumento importante cuando se compararon la pre y la posintervención para las subescalas de aceptación (t (1,38) = -4.04, p = 0.001, d = -0.64), focalización positiva (t (1,38) = -3.34, p = 0.027, d = -0.47), poner en perspectiva (t (1,38) = -2.57, p = 0.040, d = -0.37), reinterpretación positiva (t (1,38) = -3.71, p = 0.011, d = -0.55) y focalización en los planes (t (1,38) = -2.21, p = 0.047, d = -0.26).

Asimismo, para el grupo MonAten + Acep se dio un efecto significativo en el tiempo en las dimensiones de aceptación (F (1,39) = 7.17, p =0.001, η^2p = 0.07), focalización positiva (F (1,39) = 3.49, p =0.027, η^2p = 0.05), poner en perspectiva (F (1,39) = 4.37, p =0.033, η^2p = 0.08), reinterpretación positiva (F (1,39) = 5.94, p =0.021, η^2p = 0.08) y focalización en los planes (F (1,39) = 2.20, p =0.041, η^2p = 0.07).

En todas las dimensiones se observó un aumento significativo cuando se compararon la pre y la posintervención para las subescalas de aceptación (t (1,39) = -5.34, p = 0.001, d = -0.71), focalización positiva (t (1,39) = -3.71, p = 0.023, d = -0.50), poner en perspectiva (t (1,39) = -2.13, p = 0.038, d = -0.44), reinterpretación positiva (t (1,39) = -4.58, p = 0.017, d = -0.59) y focalización en los planes (t (1,39) = -1.89, p = 0.043, d = -0.33).

Con respecto al grupo control, no se encontraron diferencias significativas en las cinco dimensiones ni en la puntación total. El impacto de la interacción grupo x tiempo fue significativo solamente para las subescalas de aceptación (F (2,117) = 5.79, p =0.009, η^2p = 0.22), reinterpretación positiva (F (2,117) = 4.13, p =0.025, η^2p = 0.17) y focalización positiva (F (2,117) = 3.47, p=0.040, η^2p = 0.12).

De igual modo, se analizó la puntuación global del bienestar psicológico, así como sus seis dimensiones. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas entre los grupos antes de la intervención referente a la puntuación total del bienestar psicológico (F (2,117) = 0.27, p =0.816, η^2p < 0.01). Para el grupo MonAten, se registró un efecto significativo en el tiempo en las dimensiones de relaciones positivas (F (1,38) = 4.95, p = 0.030, η^2p = 0.09), dominio del entorno (F (1,38) = 3.10, p = 0.039, η^2p = 0.04), propósito en la vida (F (1,38) = 4.87, p = 0.022, η^2p= 0.09), autoaceptación (F (1,38) = 5.52, p =0.001, η^2p= 0.15), autonomía (F (1,38) = 4.70, p =0.035, η^2p = 0.07) y crecimiento personal (F (1,38) = 5.18, p =0.017, η^2p = 0.13).

En todas las dimensiones se produjo un aumento significativo cuando se compararon la pre y la posintervención para las subescalas de relaciones positivas (t (1,38) = -4.08, p = 0.030, d = -0.37), dominio del entorno (t (1,38) = -3.11, p = 0.047, d = -0.21), propósito en la vida (t (1,38) = -4.57, p = 0.021, d = -0.41), autoaceptación (t (1,38) = -5.71, p = 0.010, d = -0.57), autonomía (t (1,38) = -3.21, p = 0.038, d = -0.27) y crecimiento personal (t (1,38) = -5.21, p = 0.022, d = -0.45).

Asimismo, para el grupo MonAten + Acep se constató un efecto significativo en el tiempo en las dimensiones de relaciones positivas (F (1,38) = 4.47, p =0.035, η^2p = 0.09), dominio del entorno (F (1,38) = 3.58, p =0.042, η^2p = 0.04), propósito

en la vida (F (1,38) = 5.11, p =0.017, η^2p = 0.11), autoaceptación (F (1,38) = 6.30, p =0.001, η^2p = 0.20), autonomía (F (1,38) = 4.22, p =0.039, η^2p = 0.08) y crecimiento personal (F (1,38) = 5.77, p =0.001, η^2p = 0.15).

En todas las dimensiones fue evidente un incremento significativo cuando se compararon la pre y la posintervención para las subescalas de relaciones positivas (t (1,38) = -4.54, p = 0.028, d = -0.32), dominio del entorno (t (1,38) = -3.69, p = 0.041, d = -0.24), propósito en la vida (t (1,38) = -5.08, p = 0.017, d = -0.49), autoaceptación (t (1,38) = -7.30, p = 0.001, d = -0.74), autonomía (t (1,38) = -4.38, p = 0.030, d = -0.32) y crecimiento personal (t (1,38) = -6.75, p = 0.001, d = -0.58).

Respecto al grupo control, no se encontraron diferencias significativas en las seis dimensiones ni en la puntación total. El impacto de la interacción grupo x tiempo fue significativo solamente para las subescalas de autoaceptación (F (2,117) = 7.48, p =0.001, η^2p = 0.20) y crecimiento personal (F (2,117) = 5.93, p =0.011, η^2p = 0.15).

DISCUSIÓN

En esta investigación se analizaron los efectos de dos intervenciones de mindfulness en la ansiedad, depresión y estrés en una muestra de estudiantes universitarios, así como el impacto de estos programas en el desarrollo de los procesos de regulación emocional y el bienestar psicológico. Los resultados encontrados permiten dilucidar algunas dudas respecto a los componentes presentes en las intervenciones de mindfulness que emplean el programa MBSR.

El principal hallazgo de esta investigación se centra en la importancia de los mecanismos de aceptación que los participantes aprendieron en el programa MonAten + Acep. Los resultados son consistentes con la evidencia que ha identificado los efectos que producen las intervenciones que incluyen los componentes de la aceptación en el entrenamiento de mindfulness (Lindsay y Creswell, 2019; Simione et al., 2021; Yang et al., 2019). Aunque los participantes de ambos grupos experimentales mostraron una reducción significativa en sus niveles de ansiedad, estrés y depresión, así como un aumento de consideración en el empleo de las estrategias de aceptación, focalización positiva, poner en perspectiva, reinterpretación positiva, focalización en los planes y en su bienestar psicológico, fueron los estudiantes que participaron en el programa MonAten + Acep quienes reportaron los tamaños del efecto más grandes en comparación con los participantes que recibieron el programa MonAten. Solamente en la variable relaciones positivas se encontró que el tamaño del efecto fue mayor para el grupo MonAten (-0.37 vs -0.32).

Los resultados evidencian de manera contundente que en ambos grupos experimentales hubo cambios significativos en la medición posintervención comparada con la preintervención. Sin embargo, no se reportaron diferencias estadísticamente significativas en la medición posintervención entre el grupo MonAten y el MonAten + Acep. Ello demuestra que la efectividad del programa fue muy similar para ambos grupos experimentales. Por otra parte, respecto al grupo control, no hubo diferencias importantes entre la primera y la segunda medición en ninguna de las variables estudiadas.

Mediante una intervención controlada aleatorizada, esta es la primera investigación llevada a cabo en México y América Latina con este diseño y estas variables de estudio. Los resultados mostraron efectos significativos en la ansiedad, el estrés y la depresión que experimentaron los participantes. Con relación a la ansiedad, los resultados son consistentes con otras investigaciones que han identificado los efectos de la práctica del mindfulness en estudiantes universitarios en la reducción de la ansiedad (Komariah et al., 2022; Malik y Perveen, 2023; Ritvo et al., 2021; Simonsson et al., 2021). Aunque ambos programas experimentales reportaron resultados significativos, el grupo que recibió el programa MonAten + Acep registró los tamaños del efecto más grandes. Particularmente, la implementación del programa MonAten + Acep constató

que los mecanismos vinculados a la aceptación son determinantes para conseguir una disminución considerable de la ansiedad.

El aprendizaje que adquirieron los participantes en ambos entrenamientos, y en especial en el grupo MonAten + Acep, les permitió desarrollar la capacidad de aceptación que consiguieron implementar en sus actividades cotidianas. No solo lograron ser conscientes del momento presente que estaban viviendo, sino también aceptar de forma activa aquello que les provocaba ansiedad. Una posible explicación de los resultados obtenidos permitiría inferir que los participantes redujeron la ansiedad que experimentaban debido a la capacidad de comprender las emociones, los pensamientos y las sensaciones como acontecimientos transitorios, lo cual, se piensa, ayuda a desarrollar una percepción de los eventos más abierta, curiosa y exenta de prejuicios. Al estar más atentos a todo lo que les rodea y presentes en el momento actual, los participantes pudieron contener y afrontar los síntomas somáticos de tensión, la aprensión y los miedos que caracterizan la ansiedad.

Por otra parte, la depresión fue el segundo trastorno investigado. Al igual que en otras investigaciones con estudiantes universitarios (Dvořáková et al., 2017; Fernández et al., 2023; Gallo et al., 2023; Küchler et al., 2022), los resultados de esta investigación mostraron una disminución en los niveles de depresión en los participantes de ambos grupos experimentales. Una posibilidad de esta reducción se puede atribuir al aprendizaje adquirido por los participantes a través del cual desarrollaron su capacidad de aceptación adoptando el momento presente sin emitir juicios o intentando cambiar los eventos actuales. Esta condición no implica de ninguna manera una pasividad, sumisión o resignación (Hofmann et al., 2009); por el contrario, al aceptar las circunstancias que viven, los participantes pueden afrontar de mejor manera los diversos síntomas que produce la depresión. En vez de reaccionar impulsivamente, los estudiantes adquirieron una disposición activa que les permitió experimentar emociones, sensaciones y pensamientos a la par que conseguían orientar su comportamiento hacia sus objetivos personales.

Lo anterior fue fundamental en el manejo de los principales síntomas que acompañan a la depresión, como tristeza, pesimismo, desaliento, insatisfacción, descontento, aislamiento social y falta de motivación. Por medio del entrenamiento que recibieron, los participantes pudieron disminuir los patrones automáticos de reactividad emocional estando más en el presente. Junto con la aceptación, los participantes de ambos grupos experimentales fomentaron su capacidad de atención, la cual es considerada un componente central en los procesos cognitivos multifacéticos inherentes a la conciencia plena (Goldin et al., 2019).

Finalmente, el estrés disminuyó de manera significativa como consecuencia de la implementación de ambos programas experimentales. Resultados similares se habían encontrado en muestras universitarias (Fernández et al., 2023; Gallo et al., 2023; Hj et al., 2018; Küchler et al., 2022), lo que confirma la efectividad de los programas de mindfulness en el tratamiento del estrés. Es posible inferir que el monitoreo de la atención puede ser un factor determinante en la contención y manejo de los niveles de estrés que experimentaron los participantes de los dos grupos experimentales. Al tener niveles altos de estrés, los estudiantes comenzaron sin duda a responder en términos psicológicos y fisiológicos a los estresores internos y externos, lo que influyó en el modo de sentirse y comportarse. El entrenamiento que recibieron les permitió aprender a monitorear todas las actividades que realizaban en forma cotidiana con la finalidad de incrementar la atención que ponían en ellas. Por consiguiente, cuando los participantes se distraían o se dedicaban a otras ocupaciones, podían con facilidad redirigir la atención hacia el objetivo que estaba en su mente.

Aunado a la atención consciente que alcanzaron, los participantes del grupo MonAten + Acep desarrollaron una disposición de apertura a las experiencias emocionales sin tratar de cambiar-

las, controlarlas o evitarlas aun cuando sean incómodas, una concentración plena al momento presente, así como una evaluación de las expresiones emocionales que se manifiestan fisiológica o conductualmente. De esta manera, como parte de su nueva capacidad de aceptación, los participantes adquirieron no solo un sentido de curiosidad de sus emociones, sino también una perspectiva que ve las emociones como fenómenos mentales que cumplen la misión de proporcionarles información actualizada acerca de su estado mental (Messina et al., 2021).

Por otra parte, el objetivo de esta investigación también fue analizar el impacto de ambos programas experimentales, en constructos que no forman parte de la psicopatología que se presenta con frecuencia entre estudiantes universitarios. Por ello, se examinaron los efectos del mindfulness en la regulación emocional y el bienestar psicológico. En lo concerniente al manejo de las emociones, los resultados mostraron que el grupo MonAten y el grupo MonAten + Acep reportaron cambios significativos como consecuencia del programa diseñado para cada uno. En específico, el grupo que incluyó el aprendizaje de la aceptación mostró en las cinco dimensiones de la regulación emocional un tamaño del efecto más grande. Al analizar las puntuaciones posintervención entre ambos grupos experimentales, no se observaron diferencias significativas. Sin embargo, estas sí se encontraron al comparar los dos grupos experimentales con el grupo control.

En el estudio de los procesos neuropsicológicos de la regulación emocional, la aceptación ha sido conceptualizada como una estrategia de regulación emocional basada en una actitud de apertura y acogida hacia las emociones, pensamientos y eventos, y es una de las más empleada en la población general y en los estudiantes universitarios (Williams y Lynn, 2010). Como ha sido documentado en otras investigaciones (Naragon-Gainey et al., 2017; Smith et al., 2023; Tamir et al., 2023), la capacidad de aceptación puede conducir al uso de otras estrategias de regulación emocional, con lo cual se logra un mayor impacto en el control de las emociones y la salud mental en general.

Sin restar importancia a los resultados obtenidos en el grupo MonAten, los cuales también fueron estadísticamente significativos entre el pretest y el postest, así como al compararlos con el grupo control, es posible inferir que el monitoreo de la atención, al combinarse con la aceptación, logra potencializar los efectos del entrenamiento de mindfulness en los procesos de regulación emocional. La aceptación no es un estado de procesamiento pasivo, sino, por el contrario, una capacidad de aceptar las experiencias emocionales como parte de la vida, sin la necesidad de contenerlas o quedarse atrapado en ellas. A su vez, la aceptación es una estrategia regulatoria que permite un control deliberado de la atención con el propósito de minimizar el exceso de reactividad emocional (Dixon et al., 2020).

El último de los constructos analizados fue el bienestar psicológico. Con anterioridad, se habían llevado a cabo investigaciones en universitarios que examinaron los efectos de la práctica del mindfulness en el bienestar psicológico (Klainin-Yobas et al., 2016; Sarfraz et al., 2023; Räsänen et al., 2016). De manera similar, en esta investigación se confirmó que el programa MBSR tuvo cambios importantes en los participantes de ambos grupos experimentales. Específicamente, a excepción del factor de relaciones positivas, en las otras cinco dimensiones del bienestar psicológico se identificó que el tamaño del efecto fue más grande en el grupo MonAten + Acep.

Al comparar las puntuaciones del postest entre ambos grupos experimentales, no se observaron contrastes estadísticamente relevantes a diferencia de lo observado al compararlos con el grupo control, en el que sí se evidenciaron efectos significativos. Una de las posibles explicaciones de haber identificado el tamaño del efecto más grande en este grupo, se basa en la inclusión de los componentes asociados con la aceptación, más allá del monitoreo de la atención. Los resultados sugieren que, al añadir los mecanismos inherentes a la capacidad de aceptación, los participantes

pudieron incrementar de manera primordial los procesos de autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida y relaciones positivas.

Por investigaciones realizadas empleando la teoría del monitoreo y la aceptación (Desrosiers et al., 2014; Lau et al., 2018; Warrier et al., 2022), se conoce que las habilidades de aceptación permiten que las personas desarrollen un comportamiento menos reactivo. Al mismo tiempo, consiguen adaptarse de modo apropiado a las nuevas circunstancias y reflexionar con mayor profundidad en sus actos (Chin et al., 2019). Estos componentes de los mecanismos de adaptación impactaron en el bienestar psicológico de los participantes. No solo reportaron un mayor crecimiento personal, sino también manifestaron esclarecer y reafirmar los propósitos que guían sus vidas, lo que repercutió en mejores relaciones con las personas que conviven. Así, estos hallazgos proporcionan una evidencia robusta que confirma que el monitoreo de la atención, aunado a la capacidad de aceptación, tiene un impacto clave en el desarrollo del bienestar psicológico de los estudiantes universitarios que participaron en esta investigación.

Otro de los aspectos más relevantes de esta investigación fue el cuidado que se siguió en el diseño y estructura de las intervenciones. La precisión en todo el procedimiento, desde la invitación a los potenciales participantes hasta la medición posintervención, asegura la calidad de los datos obtenidos y analizados. Ello se vio reflejado en los altos índices de participación en las sesiones presenciales (97.50% y 97.44%) y la adhesión al cumplimiento de las actividades en casa que debían realizar los participantes (97.50% y 92.31%), así como un bajo nivel de deserción en ambos grupos experimentales y el grupo control (9.3%).

Este estudio no estuvo exento de algunas limitaciones. La primera de ellas es la elección de los instrumentos utilizados. En particular, la escala de Ryff y el cuestionario cognitivo de regulación emocional han tenido diferentes versiones, desde la unidimensional a diferentes multidimensionales, lo que ha complicado determinar con precisión cuál de todas ellas es la más apropiada. Dependiendo del país, el tipo de muestra seleccionado, las condiciones de la recolección y las características de los participantes, entre otras, los hallazgos que han arrojado los múltiples análisis de las propiedades psicométricas de estos dos instrumentos no han sido concluyentes. Futuras investigaciones se tendrán que realizar con el objetivo de ir depurando las discrepancias entre los diversos análisis que se hagan. Ello permitirá conocer en cada contexto poblacional cuál es la mejor versión para conseguir una medición más exacta. A su vez, el hecho de haber recolectado los datos en una misma universidad limita la generalización de los resultados únicamente a estudiantes de una población similar. Investigaciones futuras deberían enfocarse en intentar replicar estos hallazgos con poblaciones diferentes. Sería de un interés muy especial el que se incluyeran muestras clínicas.

Asimismo, esta investigación tuvo la limitación de haber recolectado datos por medio de un autorreporte. Estudios posteriores deberían considerar la incorporación de otros métodos que evalúen los efectos que tiene la práctica de este programa más allá de la participación en las sesiones presenciales. Es importante medir el tiempo que los participantes practican en casa lo que aprenden en las sesiones. Para ello, puede ser de mucha utilidad la inclusión de recursos tecnológicos que ayuden a este propósito. Asimismo, la integración de métodos cualitativos permitiría conocer los contenidos y actividades que más o que menos contribuyen al entrenamiento del mindfulness. Una cuarta limitación es la ausencia de mediciones de seguimiento.

Es verdad que se tiene registro de las diferencias significativas que se observaron entre el pretest y el postest en todas las variables de estudio; sin embargo, no se llevaron a cabo mediciones posteriores. Futuras investigaciones deberían implementar diseños longitudinales que permitan verificar la permanencia de los cambios a lo largo del tiempo. En la literatura científica se han do-

cumentado los cambios que se reportan en los programas de mindfulness durante los siguientes seis meses de haber concluido con el entrenamiento. No solo es necesario diseñar estudios que den seguimiento en los meses posteriores, sino también durante los siguientes años, lo cual no se ha concretado. Esto contribuirá a conocer la presencia o disipación de los efectos de los mecanismos del monitoreo de la atención y la aceptación que se pueden presentar, o no, a lo largo del tiempo.

Por último, el haber investigado por primera vez la propuesta teórica de Lindsay y Creswell en el contexto mexicano es otra limitación. Debido a la ausencia de otros estudios previos en México, es imposible comparar nuestros resultados. Aunque en otros países ya se han realizado investigaciones con el objetivo de identificar los efectos de la teoría del monitoreo y la aceptación empleando el programa de MBSR, se requiere una mayor cantidad de estudios para determinar si los hallazgos encontrados de manera previa son similares a los que se lleguen a observar en la población mexicana. Futuras indagaciones tienen la encomienda de replicar este estudio con diferentes muestras, distintos instrumentos y otros diseños con la finalidad de comparar los resultados encontrados.

En conclusión, hasta lo que se tiene conocido, esta es la primera investigación en México que permite esclarecer los mecanismos del monitoreo de la atención y la aceptación inherentes a los programas de mindfulness. Los resultados mostraron que ambos mecanismos tuvieron efectos significativos en la ansiedad, depresión, estrés, regulación emocional y bienestar psicológico de los participantes. Al comparar ambos grupos experimentales y, a su vez con el grupo control, quedó demostrado que, de manera especial, los componentes de la aceptación son un elemento primordial en el entrenamiento de mindfulness.

Los resultados permitieron observar que en el programa de monitoreo de la atención, junto con la aceptación, se observaron los tamaños del efecto más grandes en comparación con el otro grupo experimental y, por supuesto, con el grupo control. Esta investigación aporta nuevas evidencias para identificar el efecto de los componentes del entrenamiento mindfulness (atención y aceptación) en la ansiedad, estrés y depresión, así como en la regulación emocional y el bienestar psicológico. Estos resultados contribuyen a proporcionar nuevas evidencias al estudio de los programas de mindfulness respecto al efecto específico que producen los diversos componentes de estas intervenciones. Conocer en profundidad el impacto que tiene cada uno de los mecanismos que constituyen los programas de mindfulness será determinante para incrementar su uso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P., Karam, E. G. y Graham, T. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety, 35*(3), 195-208. https://doi.org/10.1002/da.22711

American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57*(12), 1060-1073. https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1060

Bados, A., Solanas, A. y Andres, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety, and stress scales (DASS). *Psicothema, 17*, 679-83.

Caguana, L. M. y Ponce, R. (2023). Regulación emocional y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades 4(*1), 587-550. https://doi.org/ 10.56712/latam.v4i1.275

Chin, B., Lindsay, E. K., Greco, C. M., Brown, K. W., Smyth, J. M., Wright, A. G. C., y Creswell, J. D. (2019). Psychological mechanisms driving stress resilience in mindfulness training: A randomized controlled trial. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 38*(8), 759-768. https://doi.org/10.1037/hea0000763

Comisión Nacional contra las Adicciones (2021). *Informe País 2021*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf

Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E. y Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin, 143*(9), 939-991. https://doi.org/10.1037/bul0000110

Desrosiers, A., Vine, V., Curtiss, J. y Klemanski, D. H. (2014). Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies,

and depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders, 165*, 31-37. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.024

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I.,
Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las
escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema,18*(3), 572-577.

Dixon, M. L., Moodie, C. A., Goldin, P. R., Farb, N., Heimberg, R. G. y Gross, J. J. (2020). Emotion regulation in social anxiety disorder: Reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 5*(1), 119-129. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.07.009

Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, M. Amor, P. J. y Holgado-Tello, F. P. (2013). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment, 20,* 253-261. doi:10.1177/1073191110397274

Dvořáková, K., Kishida, M., Li, J., Elavsky, S., Broderick, P. C., Agrusti, M. R. y Greenberg, M. T. (2017). Promoting healthy transition to college through mindfulness training with first-year college students: Pilot randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 65*(4), 259-267. https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1278605

Fernández, M., Rodas, R. L., Grance, J. M., Rodas, L. R., Báez, D., Franco, F., Franco, N. M. y Benitez, M. F. (2023). Mindfulness para la reducción de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Yhú, Paraguay. *Revista Científica Ciencias de la Salud, 5,* 1-7. https://doi.org/10.53732/rccsalud/2023.e5115

Gallo, G. G., Curado, D. F., Machado, M. P. A., Espíndola, M. I., Scattone, V. V. y Noto, A. R. (2023). A randomized controlled trial of mindfulness: Effects on university students' mental health. *International Journal of Mental Health Systems, 17*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s13033-023-00604-8

Garnefski, N., Kraaij, V. y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Dizerences, 30*, 1311–1327.

Goldin, P. R., Moodie, C. A. y Gross, J. J. (2019). Acceptance versus reappraisal: Behavioral, autonomic, and neural effects. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience, 19*(4), 927-944. https://doi.org/10.3758/s13415-019-00690-7

Gómez-López, M., Viejo, C. y Ortega-Ruiz, R. (2019). Psychological well-being during adolescence: Stability and association with romantic relationships. *Frontiers in Psychology, 10,* 1772. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01772

Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.

Hj Ramli, N. H., Alavi, M., Mehrinezhad, S. A., y Ahmadi, A. (2018). Academic stress and self-regulation among university students in Malaysia: Mediator role of mindfulness. *Behavioral Sciences, 8*(12), 1-9.

Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. y Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 389-394. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.010

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021, 14 de diciembre). *Comunicado de prensa núm. 772/21 14 de diciembre de 2021 presenta inegi resultados de la primera encuesta nacional de bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021.* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/diciembre/comunicado772_21.pdf

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33-47. https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3

Klainin-Yobas, P., Ramirez, D., Fernandez, Z., Sarmiento, J., Thanoi, W., Ignacio, J. y Lau, Y. (2016). Examining the predicting effect of mindfulness on psychological well-being among undergraduate students: A structural equation modelling approach. *Personality and Individual Differences, 91*, 63-68. https://10.1016/j.paid.2015.11.034

Komariah, M., Ibrahim, K., Pahria, T., Rahayuwati, L. y Somantri, I. (2022). Effect of mindfulness breathing meditation on depression, anxiety, and stress: A randomized controlled trial among university students. *Healthcare (Basel, Switzerland), 11*(1), 26. https://doi.org/10.3390/healthcare11010026

Küchler, A. M., Kählke, F., Vollbrecht, D., Peip, K., Ebert, D. D. y Baumeister, H. (2022). Efectividad, aceptabilidad y mecanismos de cambio de la intervención basada en Internet StudiCare Mindfulness para estudiantes universitarios: un ensayo controlado aleatorizado. *Mindfulness, 13*(9), 2140-2154. https://doi.org/10.1007/s12671-022-01949-w

Kultsum, U., Fadillah, C., Rahma, S., Adellia, V. y Naufla, M. (2024). The influence of mindfulness on students psychological well-being. *Journal of Psychology and Social Sciences, 2*(1), 20-26. https://doi.org/10.61994/jpss.v2i1.87

Lau, W. K. W., Leung, M. K., Wing, Y. K. y Lee, T. M. C. (2018). Potential mechanisms of mindfulness in improving sleep and distress. *Mindfulness, 9*(2), 547-555. https://doi.org/ 10. 1007/s12671-017-0796-9

Lindsay, E. K., Chin, B., Greco, C. M., Young, S., Brown, K. W., Wright, A. G. C., Smyth, J. M., Burkett, D. y Creswell, J. D. (2018). How mindfulness training promotes positive emotions: Dismantling acceptance skills training in two randomized controlled trials. *Journal of Personality and Social Psychology, 115*(6), 944-973. https://doi.org/10.1037/pspa0000134

Lindsay, E. K. y Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and acceptance theory (MAT). *Clinical Psychology Review, 51*, 48-59. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.011

Lindsay, E. K. y Creswell, J. D. (2019). Mindfulness, acceptance, and emotion regulation: Perspectives from Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Current Opinion in Psychology, 28*, 120-125. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.004

Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional
states: comparison of The Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the
Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy,*
33, 335-343.

Malik, S. y Perveen, A. (2023). Mindfulness and anxiety among university students: Moderating role of cognitive emotion regulation. *Current Psychology, 42*(7), 5621-5628. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01906-1

McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. L. Erlbaum Associates.

Messina, I., Grecucci, A. y Viviani, R. (2021). Neurobiological models of emotion regulation: A meta-analysis of neuroim-

aging studies of acceptance as an emotion regulation strategy. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 16*(3), 257-267. https://doi.org/10.1093/scan/nsab007

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P. y Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin, 143*(4), 384-427. https://doi.org/10.1037/bul0000093

Organización Mundial de la Salud (2022, 17 de junio). C*omunicado de prensa Ginebra La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care

Organización Panamericana de la Salud (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la comisión de alto nivel sobre salud mental y covid-19 de la Organización Panamericana de la Salud.* https://iris.paho.org/handle/10665.2/57504

Pérez, E. A., Chalé, J. D. y Salgado, H. (2023). Prevalencia de depresión y ansiedad en estudiantes de medicina. Un estudio longitudinal. *Revista Electrónica sobre Tecnología, Educación y Sociedad, 10*(20), 1-18. https://www.ctes.org.mx/index.php/ctes/article/view/813

Rabanal-León, H. C., Aguilar-Chávez, P. V., Figueroa-Rojas, P., Peralta-Iparraguirre, A. V., Rodriguez-Azabache, J. y Yupari-Azabache, I. L. (2023). Characteristics associated with depression, anxiety, and stress in university students. *Enfermería Global, 22*(71), 152-178. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.553991

Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A. y Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 78*, 30-42. https://10.1016/j.brat.2016.01.001

Ritvo, P., Ahmad, F., El Morr, C., Pirbaglou, M., Moineddin, R. y MVC Team (2021). A mindfulness-based intervention for student depression, anxiety, and stress: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health, 8*(1), e23491. https://doi.org/10.2196/23491

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-104. https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395

Sarfraz, A., Siddiqui, S., Galante, J. y Sikander, S. (2023). Feasibility and acceptability of an online mindfulness-based intervention for stress reduction and psychological wellbeing of university students in Pakistan: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(8), 5512. https://doi.org/10.3390/ijerph20085512

Simione, L., Raffone, A. y Mirolli, M. (2021). Acceptance, and not its interaction with attention monitoring, increases psychological well-being: Testing the monitor and acceptance theory of mindfulness. *Mindfulness, 12*(6), 1398-1411. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01607-7

Simonsson, O., Bazin, O., Fisher, S. D. y Goldberg, S. B. (2021). Effects of an eight-week, online mindfulness program on anxiety and depression in university students during COVID-19: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research, 305*, 114222. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114222

Smith, M. R., Seldin, K., Galtieri, L. R., Alawadhi, Y. T., Lengua, L. J. y King, K. M. (2023). Specific emotion and momentary emotion regulation in adolescence and early adulthood. *Emotion, 23*(4), 1011-1027. https://doi.org/10.1037/emo0001127

Sociedad Mexicana de Psicología (2004). *Código ético del psicólogo*. Editorial Trillas.

Tamir, M., Ito, A., Miyamoto, Y., Chentsova-Dutton, Y., Choi, J. H., Cieciuch, J., Riediger, M., Rauers, A., Padun, M., Kim, M. Y., Solak, N., Qiu, J., Wang, X., Alvarez-Risco, A., Hanoch, Y., Uchida, Y., Torres, C., Nascimento, T. G., Afshar Jahanshahi, A. y García Ibarra, V. J. (2023). Emotion regulation strategies and psychological health across cultures. *American Psychologist*. https://doi.org/10.1037/amp0001237

Trunce, S. T., Villarroel, G. P., Arntz, J. A., Muñoz, S. I. y Werner, K. M. (2020). Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación en Educación Médica*, 9(36), 8-16. https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20229

Warrier, U., Foropon, C. y Chehimi, M. (2022). Examining the influence of mindfulness on organizational role stress (ORS): A monitor acceptance theory perspective. *International Journal of Manpower, 43*(2), 448-462. https://doi.org/10.1108/IJM-02-2021-0067

Williams, J. C. y Lynn, S. J. (2010). Acceptance: An historical and conceptual review. *Imagination, Cognition and Personality, 30*(1), 5-56. https://doi.org/10.2190/IC.30.1.c

Yang, M., Jia, G., Sun, S., Ye, C., Zhang, R. y Yu, X. (2019). Effects of an online mindfulness intervention focusing on attention monitoring and acceptance in pregnant women: a randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health, 64*(1), 68-77. https://doi.org/10.1111/jmwh.12944

Zuo, X., Tang, Y., Chen, Y. y Zhou, Z. (2023). The efficacy of mindfulness-based interventions on mental health among university students: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health, 11*, 1259250. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1259250

Recibido: 15 de julio de 2024
Última revisión: 08 de mayo de 2025
Aceptado: 01 de junio de 2025

Indexaciones

NORMAS EDITORIALES PARA AUTORES

A continuación se presenta una serie de criterios con el fin de facilitar la presentación final de sus contribuciones a la revista. La RMIP recibe artículos inéditos, producto del trabajo de investigación y reflexión en todas las áreas y enfoques de la psicología.

someta sus manuscritos vía elec-trónica en el portal de la RMIP: https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx/index.php/RMIP/about/submissions

Políticas de publicación: el manuscrito no debe someterse a consideración de otra revista simultáneamente. Además, se debe garantizar que sus contenidos no han sido publicados, que son originales y que todas las personas incluidas como autoras han dado su aprobación para su publicación en la RMIP. Los datos que apoyen los resultados de la investigación deberán conservarse por cinco años después de la publicación, para garantizar que otros profesionales puedan corroborar los argumentosque se sostienen en el trabajo escrito, siempre y cuando al hacerlo no se violen derechos legales o éticos. Los manuscritos publicados en la RMIP representan la opinión de sus autoras/res y no reflejan la posición de la Editora General, del Consejo editorial, ni de la Universidad de Guadalajara. Las autoras y los autores aceptan estas políticas al someter sus manuscritos.

Derechos: en el caso de que un manuscrito sea aceptado para su publicación, las/los autoras(es) autorizan a la RMIP la reproducción del manuscrito en cualquier medio y formato, físico o electrónico; sin embargo, las/los autoras(es) podrán reproducir sus artículos con fines académicos, de divulgación o enseñanza.

Instrucciones para autores y autoras

Las y los autores que deseen publicar su manuscrito deberánconsiderar su manuscrito para alguna de las siguientes secciones, de acuerdo a los requerimientos particulares por tipo de manuscrito.

Contribuciones en investigación: se revisarán manuscritos de investigación que cumplan con rigor conceptual y metodológico; esta decisión depende de los miembros del Consejo Editorial, de dictaminadores y en última instancia, del Editor General. Se sugiere someter manuscritos con una extensión máxima de 30 páginas tamaño carta. La consideración de manuscritos con mayor longitud puede argumentarse en la carta de presentación.

Informes: se invita a proponer manuscritos que puedan ser prematuros para publicar como investigación final, debido a que su metodología requiere refinamientos o el tamaño de la muestra es aún reducido. Se considerarán proyectos e informes en su fase inicial, en curso, y sus avances, siempre y cuando contengan una sólida base conceptual. La extensión máxima es de 25 páginas que serán comprendidas bajo el acápite "Investigación empírica".

Contribuciones teóricas y revisiones conceptuales: se considerarán manuscritos que presenten de manera creativa posturas teóricas o que revisen conceptos y su estatus teórico y/o aplicado. Extensión máxima de 35 páginas, sin incluir la lista de referencias.

Metodología e instrumentos: se considerarán manuscritos que correspondan a la inves

tigación instrumental, es decir, que analizan las propiedades psicométricas de diversos instrumentos (p. Ej., baremaciones o traducciones de escalas o cuestionarios, propuestas de construcción de instrumentos de medición en psicología, etc.); y manuscritos que propongan o analicen métodos de diseño, medida o análisis de los datos de investigación.

Monográficos: se considerarán manuscritos de cualquiera de las anteriores categorías en torno a un tema propuesto con anterioridad por el comité editorial de la RMIP, que se envíen dentro de las fechas de entrega programadas para esta seccióNn

Preparación de manuscritos

El contenidode los manuscritos ha de seguir el estilo dela American Psychological Association (APA, 7ma edición), Los trabajos han de ser escritos en procesador de palabras, a doble espacio (Word), fuente arial de 12 puntos con márgenes de 2.5 cms. Deben presentarse en idioma español y han de caracterizarse por ser concisos.

Primer archivo: consta de una sola página (es conocido como archivo de metadatos y deberá subirse a la plataforma de Open Journal System. Debe contener el título del manuscrito en españole inglés, nombre de las/los autoras(es), y adscripción institucional. En la parte inferiorse debe incluir el nombre del autor a quien se dirigirá cualquier correspondencia, número telefónico, correo electrónico y domicilio completo. Debe incorporar también la fecha de envío del manuscrito, ya que se publicará junto con la fecha de dictamen/correcciones y la de aceptación definitiva. Los agradecimientos,información de financiamientos o cualquierotro crédito o reconocimiento también deben insertarse al final de la primera página.

Segundo archivo: consta de todo el manuscritoy deberá subirse a la plataforma de Open Journal System. Primera página debe contener un resumen en español, con extensión máxima de 150 palabras, incluyendo seis palabras claves. Segunda página: debe incluir el resumen correspondiente en inglés (abstract), con una extensión máxima de 150 palabras, incluyendo seis palabras claves (keywords). Tercera página: debe contener el título del manuscrito sin nombres de autores(as). Cualquier manuscrito podrá ser editado, por ejemplo,si presenta indicios de quiénes son los autores, o prejuicio de género en el lenguaje. Cuarta página y siguientes: iniciar con el título: Introducción. A continuación todo el textodel manuscrito con tablas y figuras insertadasen el lugar que les corresponde en páginas continuas, sin espacios adicionales.

Otros criterios editoriales importantes

Resultados reportados: se ha de proveer información de la magnitud de los efectos(e.g., beta, efectos del tamaño y grados delibertad), así como de la probabilidad de todos los resultados significativos (e.g., $p < .05$); losresultados no significativos se deben indicarcon siglas (NS).

Tablas y figuras: las tablas deben ser hechas con el procesador Word en el mismo manuscrito y no deben ser tablas insertadas que no permitan la edición. Tanto las tablas como las figuras deben ir acompañadas de su respectiva leyenda y ser completamente comprensibles de manera independiente del texto. Cada tabla y figura debe ser numerada con números

arábigos secuencialmente. Las tablas deben seguir el formato APA y no editarse como aparecen en la revista impresa.

Referencias: las lista de referencias se deben incluir en hoja aparte y al finalizar el texto.

Revisión del manuscrito: toda la informaciónque permita identificar a los autores debe eliminarse del texto porque todos los manuscritos son enviados a revisión ciega por pares (doble ciego) a, por lo menos, dos dictaminadoras(es).

Pies de página: no se aceptan pies de página.

Estilo: todos los manuscritos aceptados son enviados a corrección de estilo.

Permisos: debe anexarse una carta que otorgue el permiso para reproducir figuras,imágenes o párrafos extensos tomados de otras fuentes, en caso de incluirlos su manuscrito.

Correcciones: se espera que las correcciones solicitadas se regresen al Editor General en el tiempo señalado en la carta de dictamen. Las/los autoras(es) son responsables de cubrir los gastos ocasionados por cambios o correcciones adicionales a los solicitados en el manuscrito original y que no sean debidosa errores de la RMIP. El Editor General puede cancelar tales cargos, en algunos casos.

Separatas: los/las autores(as) de manuscritos no reciben separatas o sobretiros, ya que larevista es de acceso libre.

Carta de presentación: además de losarchivos subidos en la plataforma de Open Journal System, se debe subir una carta de presentación (véase modelo en este ejemplar) o dirigirla a la Editora General, al correo: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com. Por otra parte, las autoras o autores pueden sugerir revisoras(es) de su trabajo, al igual que señalar a quiénes no se debería enviar por conflicto de intereses. Esta información se utilizará a discreción de los editores. La carta debe incluir nombre completo, grado de estudios, adscripción, domicilio y correo electrónico de las personas sugeridas para la revisión.

Guía para comprobar el cumplimiento de requisitos de manuscritos

Checklist for manuscript submission

Nota para autores:

Se sugiere someter manuscritos con una extensión máxima de 30 páginas tamaño carta. La consideración de manuscritos con mayor longitud puede argumentarse en una carta que deberá enviarse al Editor General: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com

Los autores tienen tres opciones para incluir los datos que se piden más abajo: subir o cargar en la plataforma OJS una carta, pero en la sección de Metadatos para que los revisores NO tengan acceso a ella; redactar todos los datos requeridos en la sección de perfil de los autores; o enviar la carta por correo al Editor.

Los datos deben contener el título del manuscrito en español e inglés, nombre de las/los autoras(es), GRADOS obtenidos, correos de todos y su adscripción institucional. En la parte inferior se debe incluir el nombre del autor a quien se dirigirá cualquier correspondencia, número telefónico, correo electrónico y domicilio completo. Debe agregarse también la fecha de envío del manuscrito, ya que se publicará junto con la fecha de dictamen/correcciones y la de aceptación definitiva. Los agradecimientos, información de financiamientos o cualquier otro crédito o reconocimiento también deben insertarse al final de la primera página. Estos datos NO deben ir en el manuscrito.

Requisitos de los manuscritos:

Sugerimos envíen los nombres de los autores reducidos, ya que no se acostumbra utilizar dobles nombres propios, ni dobles apellidos. De otra manera es probable que nosotros eliminemos el segundo apellido de todos los autores. Esto porque los sistemas de indexación confunden el primer apellido como un segundo o tercer nombre de la persona.
Sí ☐ No ☐

Se incluye carta de presentación.
Sí ☐ No ☐

El manuscrito debe incluir el título sin nombres de autores(as). Cualquier manuscrito podrá ser editado, por ejemplo, si presenta indicios de quiénes son los autores, o prejuicio de género en el lenguaje.
Sí ☐ No ☐

Toda la información que permita identificar a los autores debe eliminarse del texto porque todos los manuscritos son enviados a revisión ciega por pares (doble ciego) a, por lo menos, dos dictaminadoras/es.
Sí ☐ No ☐

Debe contener el resumen en español y en inglés (abstract) con el título en inglés, con una extensión máxima de 150 palabra cada uno, incluyendo seis palabras claves (keywords).
Sí ☐ No ☐

Todo el texto está justificado y con márgenes de 2.5 cm.
Sí ☐ No ☐

Los encabezados centrados, sin negritas y con la primera letra mayúscula.
Sí ☐ No ☐

El primer encabezado del texto es el de Introducción.
Sí ☐ No ☐

Los subencabezados o subtítulos en el margen izquierdo con primera letra mayúscula y en cursivas.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Todo el texto está a doble espacio, incluyendo Tablas y Lista de Referencias.
Sí ☐ No ☐

El primer párrafo después de un título o subtítulo debe ir sin sangría. Todos los otros párrafos deben llevar sangría de 1 cm.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

No se dejan más de dos espacios a lo largo de todo el texto, ya sea entre párrafos, encabezados, o subencabezados.
Sí ☐ No ☐

No se deja más de un espacio entre palabras.
Sí ☐ No ☐

Después de la Sección de Procedimiento incluye consideraciones éticas (subtítulo de Aspectos o Consideraciones éticas). Asegurar la no violación de los mismos de acuerdo, por lo menos al Código Ético de Psicología de su institución, o publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología, u otra Sociedad reconocida (APA).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Después del párrafo anterior debe incluirse el subtítulo de Análisis estadísticos, o Análisis de datos.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Tablas y figuras insertadas en el lugar que les corresponde en páginas continuas, sin espacios adicionales.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Las Tablas se deben escribir en el texto (en el lugar preferido por los autores, pero no al final) con Word, es decir, las rayas y los datos se teclean no se pegan de otro programa. Además, deben seguir el formato de la APA, esto es, sin sombreados en las columnas y las filas. Las tablas tampoco deben ser cuadros insertados de otros programas.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Tanto las Tablas como las Figuras deben ir acompañadas de su respectiva leyenda y ser completamente comprensibles de manera independiente del texto. Cada Tabla y Figura debe ser numerada con números arábigos secuencialmente. Las Tablas deben seguir el formato APA y no editarse como aparecen en la revista impresa.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Todos los símbolos estadísticos están en cursivas (por ejemplo: *F*).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Se utilizan paréntesis para fórmulas estadísticas.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Se ha de proveer información de la magnitud de los efectos (e.g., beta, efectos del tamaño, intervalos de confianza y grados de libertad), así como de la probabilidad de todos los resultados significativos (e.g., $p < .05$); los resultados no significativos se deben indicar con siglas (*NS*).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Se tienen los archivos directos de Excel con las gráficas del manuscrito que, si es aceptado, se les solicitarán.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Se tienen las figuras o fotografías originales que, al ser aceptado el manuscrito, se enviarán.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Todas las citas con dos autores van completas siempre, aunque se repitan a lo largo del texto. Cuando son más autores, las citas subsecuentes a la primera deben citarse en el texto como, por ejemplo: Beristain y colegas (2010), o Beristain *et al.* (2010). Sí la cita va en paréntesis, debe citarse como el siguiente ejemplo: (Beristain *et al.*, 2010).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Todas las citas y referencias incluyen el símbolo "&" en lugar de "y". Pero cuando las citas forman parte del texto utilizan "y".
Sí ☐ No ☐

Las citas en el texto con más de dos autores llevan una coma antes del símbolo "&", cuando van en paréntesis, únicamente.
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

Si se incluyen paréntesis dentro de otros, entonces se usan corchetes, no paréntesis; por ejemplo, (este autor los denominó diferente en sus primeros trabajos [Ramírez, 1970 y 1978] y más adelante los modificó [Ramírez, 1990]).
Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

En la Lista de Referencias, las referencias con dos o más autores y/o editores sí llevan una coma antes del símbolo "&".
Sí ☐ No ☐

Todas las referencias citadas en el texto y los años se incluyen en la lista de referencias y viceversa, comprobando que los años coincidan.
Sí ☐ No ☐

La lista de referencias se debe incluir en hoja aparte y al finalizar el texto.
Sí ☐ No ☐

La lista de referencias incluye los doi de todos los artículos. Si no se encuentran algunos, dejarlos así.
Sí ☐ No ☐

NOTA IMPORTANTE: SI ESTOS REQUERIMIENTOS NO SE CUMPLEN, EL MANUSCRITO SERÁ RECHAZADO SIN PASAR A REVISIÓN ACADÉMICA.

Carta de presentación

(LUGAR Y FECHA)
Dra. Lidia Karina Macias Esparza, Editora General
Revista Mexicana de Investigación en Psicología (RMIP)

Sometemos a consideración de la RMIP el manuscrito: _____, el cual proponemos para la sección de:_____, de la RMIP.

Se trata de un estudio realizado con apego a las normas éticas y formato estipulados por la American Psychological Association (APA). Declaramos, las/los autoras(es), que el manuscrito no ha sido publicado, que es original y que la autoría del mismo corresponde a la o las persona(s) incluida(s), quien(es) ha(n) dado su aprobación para su publicación en la RMIP; y que los datos que apoyan los resultados de la investigación se conservarán por cinco años después de la publicación para ga- rantizar que otros profesionales puedan corroborar los argumentos que se sostienen en el trabajo escrito, siempre y cuando al hacerlo no se violen derechos legales o éticos.

Además, ratificamos que este manuscrito no se ha sometido de manera simultánea a otra re- vista o libro. Y, en el caso de que el manuscrito sea aceptado para su publicación, autorizamos a la RMIP la reproducción del manuscrito en cualquier medio y formato, físico o electrónico, incluyendo internet; sin embargo, las/los autoras(es) podrán reproducir sus artículos con fines académicos, de divulgación o enseñanza.

Atentamente
(NOMBRES COMPLETOS, DOMICILIOS Y FIRMAS DE TODOS LOS AUTORES Y AUTORAS)

Auspiciada por el Centro Universitario de la Ciénega
Universidad de Guadalajara