

Vol.13 N.2

PSICO **ESTUDIANTES**



COLECTIVO DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

ÍNDICE

Artículos

- Concepto de Hiperfoco, y flujo: Cómo se pueden presentar en la conducta normal y patológica
Pedro Gabriel Macedo
- La pornografía: el condicionamiento clásico de la violencia sexual en la actualidad
Andrea Mendoza Mercenario
- Salud mental y barreras de acceso en personas migrantes: Retos para una intervención plena, integradora y eficaz.
Octavio Anuario Mendoza Tapia
- ¿Y ahora qué? Los trasplantes de órganos desde la visión de las personas donantes
Sofía Palacios García
- Neurobiología de la Identidad: el Coste de la Coherencia en la Era de la Posverdad y la Saturación Digital.
Enrique Poza Barbero
- Personalidad adictiva; ¿mito o realidad?
Celia Milán Vea

¿Qué es Psicoestudiantes?

Psicoestudiantes es la revista oficial publicada por el CEP-PIE. Redactada, maquetada y publicada entera y exclusivamente por estudiantes de las diferentes universidades del país, es una ventana a las inquietudes académicas y trabajo del estudiantado de psicología de España.

Coordinación

Pablo Camacho Sánchez (Univ. Europea de Valencia) y Andrea Mendoza Mercenario (Univ. de Nebrija).

Redacción

Pedro Gabriel Macedo (Univ. Autónoma de Barcelona), Andrea Mendoza Mercenario (Univ. de Nebrija), Sofía Palacios García (Euskal Herriko Unibertsitatea), Octavio Anuario Mendoza Tapia (Univ. Nacional de Educación a Distancia), Enrique Poza Barbero (Univ. Europea Miguel de Cervantes), Celia Milán Vea (Univ. Autónoma de Barcelona).

Revisión por pares

Carlota Barril Cortés (Univ. de Sevilla), Pablo Camacho Sánchez (Univ. Europea de Valencia), Andrea Mendoza Mercenario (Univ. de Nebrija), Sofía Palacios García (Euskal Herriko Unibertsitatea), Enrique Poza Barbero (Univ. Europea Miguel de Cervantes).

Diseño y maquetación

Carlota Barril Cortés (Univ. de Sevilla), Pablo Camacho Sánchez (Univ. Europea de Valencia), Andrea Mendoza Mercenario (Univ. de Nebrija), Anabel Ruiz Ríos (Univ. de Cádiz), Sofía Palacios García (Euskal Herriko Unibertsitatea).

Depósito Legal

ISSN: 2990-3009

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

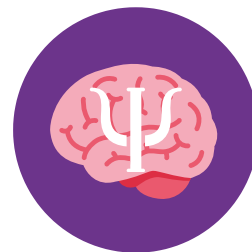
Colectivo de Estudiantes de Psicología de España
E-mail: juntaceppie@gmail.com

Psicoestudiantes se puede consultar en la página del Colectivo de Estudiantes de Psicología de España:
<https://www.cep-pie.org>



CEP-PIE

Colectivo de estudiantes de psicología
Col·lectiu d'estudiants de psicologia
Colectivo de estudantes de psicoloxía
Psikologiako ikasleen elkargoa
Colectivu d'estudiantes de psicoloxía



Concepto de Hiperfoco, y flujo: Cómo se pueden presentar en la conducta normal y patológica

Pedro Gabriel Macedo¹

¹Universidad Autónoma de Barcelona I.

INFORMACIÓN

Palabras clave

Hiperfoco
Flujo
TDAH
TEA
Esquizofrenia
Arousal

RESUMEN

El concepto de Hiperfoco se ha ido popularizando gradualmente con el tiempo dentro de discusiones asociadas a la concentración, rendimiento, cierto tipo de conductas y neurodivergencias. La falta de evidencia y investigación a día de hoy podría llegar a dar la idea equivocada sobre qué es, en qué se parece y se diferencia de otros estados cognitivos y conductas, o si para empezar es un fenómeno real. El objetivo de este artículo es presentar el concepto de Hiperfoco, posibles diferencias con estados cognitivos bien documentados como el Flujo y especialmente cómo se le hace referencia en determinados trastornos y cómo podría ser producto de la conducta normal. Este artículo busca presentar el concepto de Hiperfoco, su posible relación con diferentes elementos ampliamente estudiados en psicología, y diferenciarlo de otros constructos actuales a través de una revisión de literatura exhaustiva tanto de bases de datos oficiales (PubMed) como elementos de literatura gris.

Introducción

Alta concentración, alta intensidad, alta proactividad, son algunas de las características que coloquialmente se dice que un individuo supuestamente puede experimentar durante el ambiguo fenómeno mental de Hiperfoco. Un estado en el que, en principio, el sujeto se encuentra completamente absorto en una actividad específica, dedicando la mayoría de sus recursos cognitivos para la realización de la misma de manera totalmente consciente... pero probablemente no voluntaria. El hiperfoco no parece algo que uno pueda controlar, sino más bien parece una reacción, una respuesta a determinados estímulos y condiciones que hacen que accedas a este estado mental. De momento la investigación científica apunta principalmente a casos de hiperfoco en

personas neurodivergentes, especialmente en el TDAH (Déficit de atención con hiperactividad); al que se suele asociar con más fuerza; también en el TEA (Trastorno del Espectro Autista), y la esquizofrenia (Ashinoff, Abu-Akel, 2019), aunque también hay literatura gris que hace mención de este fenómeno en las AACC (Altas capacidades), el TOC (Trastorno obsesivo compulsivo), trastornos depresivos y de la ansiedad, cada experiencia con sus particularidades, pero compartiendo la condición de un estado de una muy alta concentración.

Construcción del concepto de atención

La atención, tal como la conocemos, es un proceso de focalización perceptiva que incrementa la conciencia clara de un número concreto de estímulos sobre otros que quedan más relegados

(Pinillos, 1975). También puede definirse como un proceso implicado en la selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica (García Sevilla, 2007). Por su parte la teoría atencional de Michael Posner (1990) nos dice que el funcionamiento óptimo de nuestra atención depende de las que él denomina las tres funciones atencionales: Orientación espacial, alerta y control cognitivo. El punto en común que comparten estas ideas es que “atención” es un proceso que escoge los estímulos a captar de manera consciente y deja de lado los que considera irrelevantes, como si fuera un filtro. Basándonos precisamente en los postulados de filtro, si cogemos por ejemplo el modelo de Deutsch y Deutsch (1963), la mayoría de la energía estará enfocada en uno o varios estímulos concretos, esto sería lo que conocemos como estar atentos y como es natural pensar, aunque percibimos y procesamos el resto de estímulos, cuánto menos oscile este estado de atención mejor procesarás la información relevante que estás recibiendo en aquel momento.

Fisiología de la atención y arousal

El mecanismo principal que nos permite discriminar los estímulos, sería el S.A.R. (Sistema de Activación Reticular), localizado neuro anatómicamente en el mesencéfalo posterior y anterior del puente de Varolio. Está formado por más de 20 núcleos neuronales, encargados de liberar diferentes neurotransmisores, tales como la dopamina, la noradrenalina, la serotonina y el glutamato que, de manera muy general, están relacionadas con el estado de ánimo, emoción, motivación, aprendizaje, memoria, sistema de recompensa, etc.; también es conocido por ser el sustrato fisiológico del factor de personalidad extraversión y el neuroticismo. (Eysenck, 1967).

A nivel funcional, el SAR participa en la regulación de los ciclos de sueño-vigilia, la presencia de consciencia y regula la atención, a través de la activación del córtex cerebral de manera inespecífica a través de proyecciones sinápticas difusas. Esta activación (o falta de ésta) a grandes rasgos es la que nos produce un cierto estado de excitación en nuestro sistema nervioso central (SNC), el cual tiene una influencia directa en nuestra atención, nuestras emociones y también en

nuestro rendimiento. Dependiendo de los estímulos externos que recibimos (inputs) nuestro SNC puede presentar más o menos excitación. Esta excitación es el constructo que se conoce como arousal, este fenómeno es el que describe los procesos que controlan el nivel de alerta y de preparación para la acción, (Moruzzi, Magoun, 1949) representadas por ejemplo en ondas cerebrales que son observables con electroencefalografías. Cuando es descendente, estos cambios se observan en el sistema nervioso autónomo, especialmente en el sistema simpático, produciendo cambios fisiológicos tales como dilatación de pupilas, aumento de pulsaciones, segregación de epinefrina y noradrenalina, inhibición de la actividad estomacal, estimulación de la liberación de glucosa, etc., poniendo nuestro cuerpo a punto para tomar acción en caso de que sea necesario. Todos estos cambios fisiológicos, contribuyen a lo que se consideraría un estado de activación, no solo presente al sistema nervioso periférico como estipulado, si no que también al SNC, que estaría representado a través del nivel de arousal (Moruzzi y Magoun, 1949), (Lindsley et al., 1950). Ahora bien a partir de estos conceptos, dentro de los procesos psicológicos de motivación y activación podemos encontrar una teoría para explicar la relación entre nuestro nivel de excitación y nuestro rendimiento físico y mental: la Ley de Yerkes-Dodson (Yerkes, y Dodson, 1908), originalmente establece que hay un nivel óptimo de activación, o de arousal, y que valores por debajo o encima de éste significarían un declive en el rendimiento. Este principio representa la relación activación-rendimiento en forma de “U” invertida, donde poca o mucha activación significa un peor rendimiento y que lo mejor sería estar en un punto intermedio. Este principio se entiende traduciendo el nivel de activación a niveles de estrés, si este es motivante, competitivo y positivo será eustrés, pero si llega a niveles muy altos, puede perturbar nuestro desempeño, llegando a sentirnos más ansiosos, entonces sería distrés. Sin embargo si no llega a niveles suficientes para activarnos pero la tarea no supone un gran reto, entonces tampoco supondría un problema su realización.

Este es un principio fundamental que nos ayuda a entender y inferir estados atencionales o de rendimiento de diferentes sujetos. Tiempo después se convertiría en un concepto clave de uno de los

fundamentos de la psicología positiva moderna, la teoría del estado de flujo (Csikszentmihalyi, 1990).

Estado de flujo

La teoría del flujo elaborada por Csikszentmihalyi en la década de los 70, estipula que la mejor manera de conseguir la felicidad, es dejar de perseguirla, enfocarse en el aquí y ahora de manera activa, estar presente en cada momento de nuestra vida y seguir su flujo natural. Su teoría, pionera en la psicología positiva, busca el estado óptimo de la consciencia del individuo para así, sin buscarla obsesivamente, tener una experiencia de vida plena.

A pesar de que el objetivo primario de la teoría del estado de flujo sea la “felicidad”, ésta ha ido tomando una dirección que se relaciona más con el rendimiento. Para entender un poco mejor cómo funciona el concepto moderno de Flujo, podemos operativizarlo y dividirlo en Flujo-disposicional y Flujo-situacional. El primero se podría dar en los momentos del día a día de manera natural, presentándose como una manera de disfrutar tanto el camino como la meta, teniendo así una vida más plena y feliz. Para hablar de Flujo-situacional hablaríamos del momento específico donde la persona encuentra el equilibrio entre capacidades y dificultad y rinde de forma óptima durante momentos específicos, según el modelo operativo de Massimini (1985) que constaría de estas características:

1. Concentración completa en la tarea.
2. Claridad de objetivos y recompensa en mente y retroalimentación inmediata.
3. Transformación del tiempo (aceleración/desaceleración).
4. La experiencia es intrínsecamente gratificante.
5. Sin esfuerzo y facilidad.
6. Existe un equilibrio entre el desafío y las habilidades.
7. Las acciones y la conciencia se fusionan, perdiéndose la rumia autoconsciente.
8. Hay una sensación de control sobre la tarea.

Algunas de estas características son similares a las de un supuesto estado de hiperfoco, que veremos más adelante, tales como la concentración completa, la transformación de la percepción del tiempo y la claridad de objetivos y recompensa

(aunque no la retroalimentación). Estas características particulares, junto con el hecho de que en un estado de hiperconcentración es común pensar que se rinde muy bien, puede generar confusión entre el estado de flujo y el supuesto estado de Hiperfoco; documentado como algo común en neurodivergencias, pero probablemente no de manera exclusiva; razón por la cual hay teóricos hoy en día que defienden la idea de que el hiperfoco es un flujo “defectuoso” donde el individuo ha entrado en flujo pero les cuesta más salir porque tendría un problema para transicionar de una tarea a otra (Ashinoff y Abu-Akel, 2019). Sin embargo este pensamiento podría no ser correcto.

Neurodivergencias e Hiperfoco

Como mencionamos anteriormente, históricamente el hiperfoco se ha visto asociado directamente a neurodivergencias y a trastornos mentales, siendo el principal exponente el TDAH, seguido por el TEA y en menor medida la esquizofrenia que son en las que nos centraremos en este apartado. Cabría destacar la casualidad de que justamente los trastornos mayormente relacionados son del desarrollo, algo que podría dar peso a los teóricos que defienden la hipótesis de que el Hiperfoco/Hiperconcentración es un estado de flujo defectuoso. Una de las mejores propuestas de definición de este concepto a día de hoy de es la siguiente : “(1) la hiperconcentración es inducida por la participación en la tarea; (2) la hiperconcentración se caracteriza por un estado intenso de atención sostenida o selectiva; (3) durante un estado de hiperconcentración, hay una percepción disminuida de estímulos no relevantes para la tarea; y (4) durante un estado de hiperconcentración, el desempeño de la tarea mejora”(Ashinoff y Abu-Akel, 2019).

Esta definición presenta similitudes con el estado de flujo pero es solo para presentar el concepto. En su investigación mencionan el hecho de que estos estados son activados gracias a la involucración activa, voluntaria y posiblemente divertida o entretenida, que hace que los niveles de atención sostenida y selectiva sean muy altos. Esto último apoyado por estudios de correlación y reportes subjetivos y anecdóticos de sujetos, sin mediciones cognitivas o psicométricas la fecha en que se realizó

el estudio.

Partiendo del fin que persiguen estos estados cognitivos los autores [Ashinoff y Abu-Akel \(2019\)](#), sugieren que la evidencia apunta a que son el mismo fenómeno con diferente nombre:

TDAH: *“Si bien a los aproximadamente 8 millones de adultos en EE. UU. afectados por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) les puede resultar casi imposible permanecer sentados en un aula o les resulta extremadamente difícil concentrarse en la redacción de un trabajo final, estas mismas personas pueden pasar horas componiendo una nueva canción, trasteando con su coche, programando programas informáticos o viendo la televisión (Kessler et al., 2006 como se citó en Ashinoff y Abu-Akel 2019). El término « hiperconcentración » (HF) se ha utilizado para caracterizar este estado de atención intensificada y concentrada que las personas con TDAH suelen reportar (Brown, 2005 ; Conner, 1994 ; Ozel-Kizil et al., 2016, como se citó en Ashinoff y Abu-Akel (2019).*

TEA: *“Por lo general, se sabe que los niños con autismo prestan una atención anormal y obsesiva a los detalles, y registran su entorno con una claridad exquisita (Casey et al., 2008, como se citó en Ashinoff y Abu-Akel 2019). Son capaces de hiperconcentrarse y concentrarse en temas aparentemente arbitrarios, y de mantener su atención en estos temas durante periodos inusualmente largos. Como resultado de esta hiperconcentración interna , sería más difícil para otra persona captar la atención del niño con autismo, y también sería más difícil para el propio niño captar su propia atención voluntariamente (Posner y Dehaene, 1994; Isomura et al., 2015, como se citaron en Ashinoff y Abu-Akel 2019)*

ESQUIZOFRENIA: *“...la hipótesis de la hiperconcentración , que propone que los pacientes con esquizofrenia tienden a enfocar sus recursos de procesamiento con mayor intensidad, pero de forma más estrecha, que los controles sanos como resultado de una dinámica de atracción alterada que tiende a crear cuencas de atracción más profundas y a producir un procesamiento exagerado de "el ganador se lo lleva todo" (Luck et al., 2014; Sawaki et al., 2017, como se citaron en Ashinoff y Abu-Akel 2019)*

Sin embargo, estudios más recientes contradicen esta hipótesis. Uno en concreto, con una amplia muestra de estudiantes universitarios, compara y mide flujo y hiperfoco en personas con y sin TDAH (población no clínica), donde no solo proponen y presentan evidencia de que son dos constructos distintos, a través de tests psicométricos estandarizados, sino que sus resultados apuntan a que estos estarían inversamente relacionados al contrario de lo que uno podría pensar, siendo personas diagnosticadas y con sintomatología TDAH más propensas a experimentar hiperfoco y menos flujo ([Grotewiel, MM, Crenshaw, ME, Dorsey, A. et al., 2023](#)).

Hiperfoco y conducta normal

Si volvemos atrás en el tiempo y revisamos el trabajo de los teóricos del arousal y la activación del siglo XX, una vez consensuado que esta se relaciona con el rendimiento también se consensuó que esta relación no es lineal sino que tiene forma de U invertida, como establece la ley de Yerkes-Dodson, esta relación que de primeras parece paradójica, dividió a los teóricos de la época en dos grupos, los que postulaban que esta relación era así porque a partir de cierto punto la activación se convierte en ansiedad transformándose en un elemento negativo para el rendimiento ([Cattell, Child, 1975](#)) y los que postulaban que niveles altos de activación afectan a los mecanismos atencionales ¿Pero cómo sería esto posible?

Algunas de las hipótesis destacadas defendían que la activación aumentaba la selectividad atencional, lo cual en principio es beneficioso mientras esta selección solo discrimine estímulos innecesarios pero si la activación es muy alta, al punto que vaya estrechando el foco atencional y dejando de lado estímulos relevantes para la tarea, entonces el rendimiento no tendría de otra que decaer ([Easterbrook, 1959](#)). Teniendo en cuenta que en las tareas complejas suele haber más estímulos relevantes a los que prestar atención, demasiada activación y una selectividad demasiado alta podría en vez de ayudar, perjudicar.

Por otro lado había teóricos que creían que niveles altos de activación disminuyen la capacidad atencional en general, pero que esto no tendría efecto en tareas sencillas que se puedan automatizar

(Hasher, Zacks, 1979), más adelante se teorizaba que una activación muy elevada afectaba directamente a cuatro parámetros atencionales: la selección, la capacidad, la velocidad de cambio atencional o shifting y susceptibilidad a la distracción. Estos elementos se relacionarían directamente en el rendimiento. Cuanta más activación, más selectividad y por lo tanto menos capacidad atencional, cualquier estímulo nuevo habría que ser procesado primero como relevante o irrelevante para la tarea (de ahí la susceptibilidad a distraerse) y la característica estimulante de la tarea nos haría querer perseverar en ella, no cambiar de actividad (Eysenck, 1982). Estos factores también nos indican que el rendimiento más que mejorar, probablemente empeore bajo estas condiciones, pero también podrían ser las primeras definiciones disponibles; sin mención de un trastorno conocido, solamente jugando con el concepto de atención; de lo que hoy se habla como hiperfoco.

Conclusión

Todavía queda mucho que investigar sobre estos fenómenos atencionales extraordinarios, cómo y por qué se presentan, mecanismos fisiológicos y ambientales que pueden influir y variaciones no mencionadas en este artículo como la zona o la hiperfijación.

Por el momento la evidencia disponible apunta a estos puntos clave:

- Existe una relación entre Hiperfoco y neurodivergencias, especialmente las relacionadas con trastornos del desarrollo.
- Hiperfoco y flujo, pese a presentar similitudes, seguramente sean fenómenos diferentes y no deberían confundirse como el mismo.
- Pese a la presunta relación entre Hiperfoco y neurodivergencias, no necesariamente es algo único de estas, podría estar presente en la conducta normal del individuo.
- El rendimiento puede verse influenciado (positiva y negativamente) por este fenómeno.

Entender cómo funciona el hiperfoco podría ser de gran utilidad en el uso de casos clínicos de sujetos afectados por algún trastorno del desarrollo y en conductas desadaptativas además que podría ayudar en el rendimiento y la mejora de uno y hasta comprender mejor cómo funcionan los procesos atencionales, por lo que se espera que las investigaciones continúen.

REFERENCIAS

AMLSPORT. (3 de diciembre de 2024). *El arousal: El estímulo energizante que nos activa*. Blog AMLSSPORT.

<https://blogamlsport.com/publicacion/arousal-estimulo-energizante-que-activa/>

Ashinoff, B. K., y Abu-Akel, A. (2021). Hyperfocus: The forgotten frontier of attention. *Psychological Research*, 85(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01245-8>

Castillo, M. (2010). *Estrés, ansiedad y rendimiento cognitivo: Una síntesis de seis teorías*. XI Congreso Virtual de Psiquiatría (Interpsiquis). <https://psiquiatria.com/trabajos/8cof345431.pdf>

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

Deutsch, JA, y Deutsch, D. (1963). Atención: Algunas consideraciones teóricas. *Psychological Review*, 70 (1), 80–90. <https://doi.org/10.1037/h0039515>

Figueroba, A. (2017, septiembre 7). *Ley de Yerkes-Dodson: la relación entre estrés y rendimiento*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/organizaciones/ley-yerkes-dodson>

Funes, M. J., y Lupiáñez, J. (2003). La teoría atencional de Posner: Una tarea para medir las funciones atencionales de orientación, alerta y control cognitivo y la interacción entre ellas. *Psicothema*, 15(2), 260–266. <https://www.psicothema.com/pdf/1055.pdf>

García Sevilla, J. (1997). *Psicología de la atención. Síntesis*.

Grotewiel, M. M., Crenshaw, M. E., Dorsey, A., et al. (2023). Experiencias de hiperconcentración y fluidez en estudiantes universitarios con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Current Psychology*, 42, 13265–13275.

Lindsley, D. B., Schreiner, L. H., Knowles, W. B., y Magoun, H. W. (1950). Behavioral and EEG changes following chronic brain stem lesions in the cat. *Electroencephalography & Clinical Neurophysiology*, 2, 483–498. [https://doi.org/10.1016/0013-4694\(50\)90086-1](https://doi.org/10.1016/0013-4694(50)90086-1)

Montagud Rubio, N. (3 de junio de 2020). *Sistema reticular activador ascendente: características, partes y funciones*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/neurociencias/sistema-reticular-activador-ascendente>

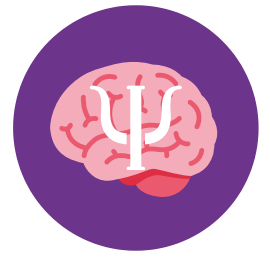
Moruzzi G. y Magoun, HW. Brain stem reticular formation and activation of the EEG. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*. 1949 Nov;1(4):455-73. PMID: 18421835.

Oppland, M. (2017, March 13). Mihaly Csikszentmihalyi: *All about flow & positive psychology* (+PDF). Positive Psychology Program. <https://positivepsychologyprogram.com/mihaly-csikszentmihalyi-father-of-flow/>

Pinillos, J. L. (1975). *Principios de psicología*. Alianza.

Rosselló Mir, J. (1994). Los primeros teóricos de la activación: panorama del nacimiento y desarrollo de una teoría in articulo mortis. *Revista de Historia de la Psicología*, 15, 133–141.

Yerkes, R. M., y Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18(5), 459–482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>



La pornografía: el condicionamiento clásico de la violencia sexual en la actualidad

Andrea Mendoza Mercenario¹

¹ Universidad Antonio de Nebrija

INFORMACIÓN

Palabras clave

Violencia sexual
Sexo
Pornografía
Violencia
Conducta aprendida

RESUMEN

El artículo pretende exponer que la violencia sexual no tiene una motivación principal de carácter biológico, sino ambiental. A través del condicionamiento clásico, así como otros tipos de aprendizaje, la pornografía —con un número de consumidores significativo— funciona como nexo entre la violencia y la satisfacción de la libido; la idea del sexo está ya modificada, incluso antes de practicarse por primera vez. Igualmente, se puede aprender a tener prácticas sexuales libres de violencia

Introducción

“La experiencia cotidiana muestra que la mayoría de estas extralimitaciones [...] constituyen parte integrante de la vida sexual del hombre normal y son juzgadas por éste del mismo modo que otras de sus intimidades” -Freud, S. (2019).

¿Qué es una conducta normativa dentro de la sexualidad? ¿Qué es tener una sexualidad normal? De acuerdo con el psicoanalista Sigmund Freud (2019), todas las personas están un poco enfermas dentro de lo sexual. Si las aberraciones sexuales son todo afuera del acto del coito, el sexo oral y los besos, por ejemplo, serían consideradas dentro de aquellos desvíos.

La erotización de los besos, el fetichismo, voyerismo, exhibicionismo, son todos estímulos que se han asociado a la satisfacción sexual. Pero sin la existencia de la sociedad actual, serían estímulos totalmente neutros a una respuesta fisiológica como la libido, ¿o no? Tal vez, si el desarrollo de la

civilización hubiera sido diferente, por ejemplo, ¿nos excitaría chocar nuestra nariz con la del otro?

Muchas cosas se alejan del mero acto del coito. De igual forma que los besos incitan a la libido, hay varios que consideran la violencia como un estímulo más para motivar la excitación. ¿De dónde viene esto? ¿Por qué es una práctica común?

Metodología

El presente artículo consiste en una revisión de literatura que puede ser dividida principalmente en dos. En primer lugar, se hizo una investigación exhaustiva de bases de datos específicas y las teorías psicológicas que lo sustentan. Por otro lado, se inspeccionaron escritos que aportaban datos relevantes acerca de la violencia sexual y la pornografía, pero no lo atribuyen a un tipo de aprendizaje concreto o a alguna correlación. Con esto, se han juntado ambas premisas, tanto las que dicen el “qué”, como las que dicen el “cómo”, para presentar la propuesta de síntesis de cuales son los

pasos psicológicos que suceden para adquirir conductas de violencia sexual a través del consumo de contenido pornográfico. Cabe aclarar que este artículo no pretende justificar aquellas conductas, sino entender cómo surgen.

Origen de la violencia sexual

La violencia sexual es definida por la [UNHCR \(2026\)](#) como cualquier acto, cometido o amenazado, de naturaleza sexual y llevado a cabo sin el consentimiento de la víctima. A menudo, actos de violencia física, emocional y psicológica se combinan con las formas en la que la violencia sexual es ejercida.

Por otro lado, el sexo es un patrón de acción modal ([Domjan, M. 2019](#)), es una conducta instintiva y no aprendida, ([Kazdin, 2009](#)) esencial para la procreación y parte de las necesidades fisiológicas dentro de las motivaciones de Maslow. Usando esta información, algunos podrían atribuir la violencia dentro del sexo a un “instinto natural” de los hombres. ¿Qué tan cierto es esto?

La violencia se relaciona en nuestro sistema nervioso con el sistema simpático ([Romero, Young, y Salado-Castillo, 2019](#)). Este actúa a través de la noradrenalina en situaciones de estrés, ansiedad, miedo, etc ([Ylarri, Díaz y Lipszyc, s.f.](#)).

En contraste, el sistema parasimpático, el sistema de tranquilidad, estimula la excitación sexual y promueve la erección ([Tindle y Tadi, 2022](#)).

Aunque la eyaculación por sí sola es mayoritariamente un fenómeno del sistema simpático ([Krassioukov y Elliott, 2017](#)), para llegar a la eyaculación, debe haber estimulación de la excitación sexual, atribuida al sistema parasimpático ([Medicine Plus, s.f.](#)).

Otro dato que apoya esta tesis es la patofisiología del síndrome Klüver- Bucy. Este síndrome se caracteriza (entre otros síntomas) por un comportamiento hipersexual, el cual está relacionado con el daño de la amígdala, que juega un papel crucial en la percepción del miedo y en la modulación de respuestas emocionales. Una amígdala dañada, hace que surjan síntomas como la docilidad y la pérdida de respuestas de miedo ([Universidad de Navarra, 2023](#)).

Las neuronas de la amígdala responden de preferencia a estímulos desagradables. Las doctrinas, dogmas, preceptos, normas, signos, ritos, estimulación de la amígdala puede desencadenar conducta de agresión, ya que esa región se encarga principalmente del miedo y el enojo. En este caso, la estimulación de la amígdala conlleva la desaparición de la conducta violenta, como se explica en el síndrome ([Escobar y González, 2006](#)).

Entonces la aparición de la conducta hipersexual va de la mano con la desaparición de la conducta violenta, y no de forma opuesta.

En contraste, se ha sugerido a través de un experimento realizado con ratones, que hay una relación entre la agresividad y el comportamiento sexual, proponiendo que trabajan de forma cooperativa dentro de la amígdala. Se dice que esta tiene una organización bastante parecida a la de otros mamíferos, incluyendo los humanos ([Cádiz-Moretti, Otero-García, Martínez-García, Lanuza, 2016](#)). Sin embargo, los ratones macho raramente atacan a las hembras, mientras que, en la especie humana, las mujeres constituyen el blanco más común en la violencia ([Escobar y González, 2006](#)).

Entonces tal vez no pueden ser proporcionalmente comparables las respuestas de un ratón y la de un ser humano para afirmar la correlación entre comportamientos violentos y sexuales, ya que los seres humanos tienen un nivel incomparable y complejo de lenguaje e interacciones sociales.

Además, desde que [Paul MacLean \(1970\)](#) planteó la teoría del cerebro triuno, el ser humano es considerado como lo suficientemente consciente de sus propios procesos cognitivos —metaconocimiento— como para poder ser castigado al presentar conductas de violencia sexual. Aquello es gracias al tercer componente: el neocortical. Este tiene programación y conectividad para conllevar al elemento que se denomina como convivencia social, paz, y todos los afectos agradables, que hacen al hombre un ser civilizado. Aunque la conducta violenta constituye una función normal del encéfalo del ser humano, la neocorteza hace posible la regulación e inhibición de la violencia ([Escobar y González, 2006](#)).

También cabe recalcar que no existe una patología específica que genere el tipo de delitos sexuales, no existe un perfil psicológico o psicopatológico del

agresor sexual (Pardo Fernández y González Fernández, 2007). Entonces el perfil sería uno libre de cualquier trastorno, un cerebro común y corriente.

Igualmente, ya se demostró que no existe correlación entre patología y consumo de pornografía, sabiendo que la mayoría de la pornografía consumida es violenta (Alario Gavilán, 2021). Por ejemplo, se encontró a través de un estudio que solo el 8.6% de los usuarios tenían riesgo potencial de uso patológico de pornografía online, pero el uso patológico es incluso menor al 1%, siendo del 0.7% (Ballester-Arnal, Castro Calvo, Gil-Llario y Gil-Julia, 2017).

Este dato se ve apoyado por Weir (2014); una encuesta comprobó que el porcentaje de los consumidores de pornografía que no han tenido éxito para detener su uso está alrededor del 9%. Incluso, algunos científicos como Erick Janssen, PhD, del Kinsey Institute, afirman que “Hay mucha gente por ahí viendo mucho porno que no tiene problema alguno” (Weir, 2014).

Por otro lado, fundamentos básicos de la psicología diferencial, como el modelo biopsicosocial de Engel (1977), explican que si bien las diferencias entre individuos se dan por aspectos biológicos, también por psicológicos y sociales. Berry (1980), propone una clasificación de contextos (factores del ambiente) que conllevan el desarrollo de unos efectos psicológicos asociados: contextos experienciales y situacionales que conllevan a repertorios conductuales y acciones. Es decir, la violencia sexual no puede ser una conducta únicamente atribuible a la genética. Esto es apoyado por Tomasello (2007), los seres humanos no están de ningún modo determinados por la adaptación biológica.

Con la información anterior, podemos empezar a introducir la idea de que, la violencia sexual es el resultado de una conducta reforzada por una sociedad consciente de este aprendizaje ¿De dónde surge la normalización de la violencia sexual en la pornografía? ¿Cómo es que los seres humanos aprenden esto?

Violencia sexual en la pornografía como condicionamiento clásico y el sistema de recompensa

El condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje descubierto por el fisiólogo Iván Pavlov a finales del siglo XIX, en el que hace posible que el sonido de una campana genere la salivación en un perro. Este tipo de aprendizaje, significativo para los avances psicológicos, se conforma de cuatro fases. En la primera se presenta un estímulo incondicionado, el cual genera una respuesta fisiológica incondicionada en el sujeto. En la segunda se presenta un estímulo neutro, el cual no genera respuesta alguna en el sujeto. En la tercera se presentan ambos estímulos a la vez o en un periodo cercano de tiempo, permitiendo el apareamiento de ambos y generando la misma respuesta incondicionada de antes. En la última fase, después de haber presentado los dos estímulos una cantidad de veces óptima, se presenta el estímulo condicionado, antes neutro, y genera una respuesta condicionada, antes incondicionada (Rehman, Mahabadi, Sanvictores y Rehman, 2017).

De la misma forma que los perros de Pavlov, los humanos actúan. A pesar de que inicialmente la violencia no genere excitación, funcionando como estímulo neutro, se convertirá en estímulo condicionado al asociarse con el estímulo incondicionado, la excitación. Así se aprende a relacionar la violencia con la satisfacción sexual. “Al visualizar estos videos, no se interpretan estas situaciones como violencia sexual, sino como sexo y, al masturbarse con ellas, se aprende a erotizarlas.” (Alario Gavilán, 2021). Entonces, la violencia deja de ser parte del sexo y se convierte en la campana o estímulo neutro del condicionamiento clásico, es decir, la violencia por sí sola genera excitación.

Desafortunadamente, el consumo de la pornografía violenta no es minoritario (si no es que el concepto de pornografía en sí ya implica violencia, como recalcar que el agua es mojada), Russell (1993) definió a la pornografía como “material que combina sexo y/o la exposición de los genitales con abuso o degradación de una forma que se respalda, condona o alienta aquel comportamiento”. Esta conceptualización sale de la teoría y entra en

práctica al percatarse de que el vídeo pornográfico más popular en 2019 era uno en el que se mostraba a una mujer siendo violada por 4 hombres. Mientras ella lloraba, gritaba, e intentaba escapar, ellos le escupían, golpeaban y se turnaban para penetrarla anal, vaginal y oralmente. El vídeo tenía 225.784.374 visualizaciones (Alario Gavilán, 2021).

Sin embargo, esto no es lo más alarmante de aquel aprendizaje. Existe un fenómeno dentro del condicionamiento clásico que consiste en la generalización del aprendizaje (Kazdin, 2009), en la que una conducta aprendida en una situación se transfiere a otra. De esta manera, la violencia aprendida se usa como medio en otras situaciones de la vida cotidiana, fuera de la intimidad. En este sentido, la violencia deja de ser un castigo para convertirse en una conducta que facilita muchas recompensas. La erotización de la violencia sexual también alude al sistema de recompensas y castigos dentro de nuestro cerebro.

Skinner (1953) descubrió que se puede modificar la conducta al recompensar conductas deseadas y castigar las que no se busca repetir. El cerebro libera una cantidad de dopamina cada vez que una conducta tiene una recompensa, funcionando como un reforzador que motiva a que la conducta vuelva a suceder en el futuro (Berke, 2018).

Lo que ocurre con la pornografía, es que libera una cantidad excesiva de dopamina (Dhage, 2020). A medida del uso de ella y sobreestimularse, los receptores de dopamina se adaptan al reducir la cantidad de receptores disponibles en el sistema de recompensa, liberando menos dopamina (Berke, 2018). Entonces, el umbral de excitación sexual tiende a elevarse y de esa manera aparecen disfunciones sexuales (Malamuth, 2018).

A pesar de que el uso compulsivo de pornografía aún no este considerado como un desorden hipersexual (Privara y Bob, 2023), los cerebros de los consumidores compulsivos de pornografía se asimilan a los de los alcohólicos cuando ven anuncios de bebidas alcohólicas (Weir, 2014).

Sin embargo, recurriendo al sistema de recompensas, podemos indicar que las personas que hacen un uso de pornografía violenta y replican estas prácticas no son “malas”, sino obedientes.

Como en el libro 22 cells in Nuremberg , el diario personal del psiquiatra Douglass Kelley (1947). En él concluye que los criminales nazis eran personas que simplemente querían poder, el cual se les otorgaba en forma de recompensas que “lo valían” más. No es que ellos específicamente odiaran a los judíos, era la afinidad y obediencia a la ideología de Hitler y estaban de acuerdo porque les otorgó control. Esta conclusión encaja con lo comprobado por Milgram (1963), poniendo a prueba la obediencia a la autoridad. Se instruyó a los participantes para que administraran cargas eléctricas cada vez más intensas a la otra persona, que en realidad era un actor, a medida que respondían incorrectamente a las preguntas. En la realización de su famoso experimento, resulta incluso intuitivo pensar que la mayoría de los participantes renunciarían a dar descargas eléctricas que hicieran un daño severo a otro ser humano que pide ayuda. Eran sujetos comunes y corrientes que leyeron que iban a hacer un estudio en Yale sobre la adquisición de nuevas palabras en un periódico por el que les pagarían 4 dólares. Aun así, los resultados fueron que el 65% de los participantes siguieron las instrucciones de seguir con el experimento y alcanzar el voltaje máximo de 450 voltios.

A pesar de que el experimento de Milgram trata la obediencia a la autoridad y la practica de la violencia sexual es realizada en búsqueda de una recompensa autónoma, entendemos que ambos siguen un guión cultural internalizado. Las personas que participan en actos de violencia sexual tal vez no tengan un odio consciente hacia las personas con las que cometen actos sexuales o siquiera un pensamiento muy profundo acerca de lo que hacen, sino que sus sistemas de recompensa han sido manipulados y engañados, ¿En qué situación tan vulnerable se debe estar para dejarse maniobrar por ello?

Experimento del muñeco bobo y esquemas de Piaget

En España, alarmantemente, el primer contacto con la pornografía se encuentra entre los 9 y 11 años (Ballester y Orte, 2022) de forma accidental o no deseada (Sabina, Wolak y Finkelhor, 2008). El hecho de que aquella visualización temprana sea tan común en una etapa donde se forman los esquemas cognitivos, es altamente alarmante. Por otro lado, el inicio de las relaciones sexuales en el

país se sitúa en torno a los 16,8 para las chicas (Pinta y Vázquez, 2022) y 14,33 para los chicos (Moreno, Rivera, Sánchez-Queija, 2025). Los años de diferencia entre la primera visualización de pornografía y la primera relación sexual nos indicarían que, entonces, la imagen del sexo está condicionada y afectada incluso mucho antes de tener la primera relación sexual.

Aunque la comunidad educativa de España ha hecho un trabajo exhausto por implementar la educación sexual en todas las etapas y evitar los comunes casos de desinformación, no se han obtenido los mejores resultados (Pedreira Massa y Tajahuerce Ángel, 2020). Así, el aprendizaje observacional de la violencia sexual toma ventaja en el campo; la pornografía es una fuente de educación sexual inquietantemente inevitable y ascendiente (Bridges, Ezzell y Johnson, 2016). De aquí surge la necesidad de atención primaria en esta materia; en caso contrario, la pornografía entraría en las estructuras de los niños como un aprendizaje dentro del concepto de organización propuesto por Piaget (Cook y Cook, 2005), en el que no hay estructuras cognitivas previas relacionadas con el conocimiento del sexo, encajando perfectamente y asumiéndolas como correctas. Piaget de igual forma reconoce que no necesariamente se debe actuar para aprender, sino que se puede hacer al observar, para después imitar (Bordoni, 2018).

El experimento del muñeco bobo de Albert Bandura demuestra cómo funciona el aprendizaje observacional: las conductas de los adultos son replicadas por los niños, a pesar de ser presentadas a través de una pantalla.

Bandura le enseñó a sus alumnos una película donde una mujer golpea a un muñeco bobo, lo insulta, lo pateo, se sienta en él, entre otras conductas agresivas. Después, al dejar a sus alumnos salir a jugar en una habitación donde había varios muñecos bobos, imitaron a la mujer de la película de forma precisa, incluso llamando al muñeco con exactamente los mismos apodos (Artino Jr, 2007).

Aunque estos niños no eran premiados en lo absoluto, imitaban lo que observaban, a pesar de que fuera en formato digital. De la misma forma, la pornografía se imita, y alarmantemente, la imitación de un modelo es proporcional a cuanto es

que los observadores se identifican o se asemejan más al modelo (Kazdin, 2009). Por ejemplo, ser del mismo sexo. Así, los niños aprenden que el forcejeo, la violación, etc. Son esperables por parte de ellos dentro del acto sexual; mientras que a las niñas observan que sus modelos son mujeres indefensas y que un “no” no sirve de nada, reforzándose mutuamente la falsa afirmación de que así funciona el sexo. Así, no hay un malo de la película en concreto, la violencia sexual se ha convertido en una estrategia sin un estrategia específico, es difusa e implícita en la cultura, lo cual hace todo aún más complejo.

No todo está permitido

A pesar de esta gran influencia, los seres humanos nunca dejan de aprender gracias a la alta neuroplasticidad del cerebro; el sistema nervioso nunca pierde la facultad de desarrollar, reaccionar y desarrollarse a los estímulos a los que se expone. La plasticidad puede ser usada tanto para generar efectos positivos como negativos (Trojan y Pokorny, 1999). Así, existe la idea esperanzadora de revertir las enseñanzas que tal vez en un inicio —o aún— ni siquiera eran percibidas conscientemente.

Desde la psicología cognitiva, el cerebro se puede comparar con una computadora, proponiendo que es un receptor activo de información. El sistema representacional es capaz de procesar información al recodificarla, descodificarla, comparándola con otra, etc. (Pozo, 2003). No existen procesos estáticos, estadios ni una meta final, el cambio es continuo.

A través de tratamientos aplicados por Illescas (2006) como la terapia cognitiva de Beck, para reestructurar la percepción y las distorsiones de los sujetos sobre sus propios deseos y la percepción de la violencia, así como la de Pithers y Laws a partir de Marlat y Gordon, que mejoran la capacidad del sujeto para anticipar y romper las cadenas de precursores cognitivos, conductuales, fisiológicos, emocionales y ambientales de las conductas violentas, se puede llegar a desarrollar nuevos aprendizajes. El aprendizaje se puede convertir en una solución

Otra forma de reprogramación también puede ser el uso de erotismo, definido por Carey (1997) como la

manifestación artística de relaciones sexuales consensuadas.

Esta se puede emplear para fomentar actitudes que enseñen a los sujetos a practicar un sexo más seguro, alentar la experimentación sexual y presentar conductas nuevas. La nueva presentación del sexo es una re-narración del deseo que rompe con toda esta dinámica de dominio.

Además, hay una premisa que influye crucialmente en el proceso de información propuesto por Piaget (Cook y Cook, 2005). Los conceptos nuevos que se atribuyen al consumo de pornografía, seguramente deban integrarse en los esquemas sobre relaciones interpersonales en general, por lo que en cierta medida también implica un proceso de acomodación o asimilación. Podríamos decir que es una pieza del rompecabezas que se añade al comportamiento de una persona, y con esto, razonar que la violencia empieza desde la normalización de la degradación en el día a día y no en situaciones concretas como el acto coital. Un ambiente fuera de las pantallas y del sexo que no represente y no dé la razón a aquellas ideas, definitivamente ayuda; lamentablemente, la violencia sexual es difusa y se apoya de forma implícita en la cultura alrededor de todo el mundo.

Conclusión

La violencia sexual se atribuye a una conducta aprendida de forma inconsciente, injertada y manifestada en los comportamientos de los seres humanos. Entender como funciona el aprendizaje es una herramienta poderosa, que se ha usado para que estas conductas se multipliquen; Así como se ha usado para generar problemáticas, se puede usar para encontrar soluciones. Es posible adquirir aprendizajes nuevos y vencer el actual arquetipo del sexo violento y dominante. Además, se expresa la necesidad urgente de atención primaria en esta materia, así como el surgimiento de estudios que puedan llegar a confirmar la relación entre consumo de pornografía y prácticas violentas dentro y fuera del sexo.

Referencias

Alario Gavilán, M. (2021). *¿Por qué tantos hombres se excitan sexualmente ejerciendo violencia? La invisibilización y la erotización de la violencia sexual contra las mujeres en la pornografía*. Universidad de Coruña.

Artino Jr, A. R. (2007). *Bandura, Ross, and Ross: Observational Learning and the Bobo Doll*. Online submission.

Ballester-Arnal, R., Castro Calvo, J., Gil-Llario, M. D., y Gil-Julia, B. (2017). Cybersex Addiction: A Study on Spanish College Students. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(6), 567–585.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1208700>

Ballester, L., Orte, C. y Rosón C. A (2022). Survey study on pornography consumption among young Spaniards and its impact on interpersonal relationships. *Net Journal of Social Sciences 10*: 71-86.

Berke, J. D. (2018). What does dopamine mean?. *Nature neuroscience*, 21(6), 787-793.

Berry J. W. (1980). *Ecological analyses for cross-cultural psychology*. In Warren N. (Ed.), *Studies in cross-cultural psychology* (Vol. 2, pp. 157–189). Academic Press.

Bordoni, M. (2018). La imitación reconsiderada: Su función social en la infancia temprana. *Interdisciplinaria*, 35(1), 119-136.

Cádiz-Moretti, B., Otero-García, M., Martínez-García, F., y Lanuza, E. (2016). Afferent projections to the different medial amygdala subdivisions: a retrograde tracing study in the mouse. *Brain Structure and Function*, 221(2), 1033-1065.

Carey, M. P. (1997). *TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES*. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 1.

Cook, J. L., y Cook, G. (2005). *Child development*. London, Inglaterra: Pearson education: Allyn & Bacon.

Dhage, P. (2020). *Dopamine trap: Sexuality and pornography in the 21st century*. Notion Press.

Domjan, M. (2019). *Fundamentos del condicionamiento y el aprendizaje*. Editorial El Manual Moderno

Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36

Escobar, A., y González, B. G. (2006). Violencia y cerebro. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(2), 156-163.

Freud, S. (2019). *Tres ensayos sobre teoría sexual* (Vol. 386). Editorial Verbum.

Illescas, S. R. (2006). ¿Sirve el tratamiento para rehabilitar a los delincuentes sexuales?. *Revista española de investigación criminológica*, 4, 1-22.

Kazdin, A. E. (2009). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Editorial El Manual Moderno.

Krassioukov, A., y Elliott, S. (2017). Neural control and physiology of sexual function: effect of spinal cord injury. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 23(1), 1-10.

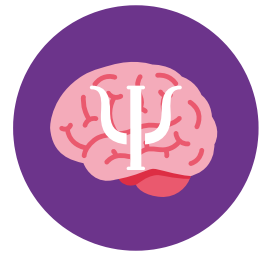
Kelley, D. M. (1947). *22 cells in Nuremberg : a psychiatrist examines the Nazi criminals*. Greenberg : Publisher.

Maclean, P.D: *The triune brain, emotion and scientific bias*; in Schmitt *The neurosciences second study program*, pp. 336-349 (The Rockefeller University Press, New York 1970).

Malamuth, N. M. (2018). “Adding fuel to the fire”? Does exposure to non-consenting adult or to child pornography increase risk of sexual aggression?. *Aggression and violent behavior*, 41, 74-89.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *The Journal of abnormal and social psychology*, 67(4), 371.

- Moreno, C. Rivera F. 7 Sánchez-Queija (2025) *Resultados del estudio HBSC-2022 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014- 2018-2022*. Ministerio de Sanidad.
- Pardo Fernández, E., y González Fernández, J. (2007). *Aspectos psicopatológicos de los agresores sexuales*.
- Pedreira Massa, J. L., y Tajahuerce Ángel, I. (2020). *La educación sexual en España: propuestas para asegurar el acceso*. Fundación alternativas.
- Pinta, P., y Vázquez, S. (2022). *La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. percepciones subjetivas e impacto de la formación*.
- Pozo, J. I. (2003). Buscando a Hal desesperadamente: de la psicología cognitiva a la psicología del conocimiento. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 3-28.
- Privara, M., y Bob, P. (2023). Pornography consumption and cognitive-affective distress. *The Journal of nervous and mental disease*, 211(8), 641-646.
- Qué es Síndrome de Klüver-Bucy. Diccionario médico*. Clínica U. Navarra. (s. f.). <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sindrome-kluver-bucy>
- Rehman, I., Mahabadi, N., Sanvictores, T., y Rehman, C. I. (2017). *Classical conditioning*.
- Romero, E. E. R., Young, J., y Salado-Castillo, R. (2019). Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. *Revista médica científica*, 32, 61-70.
- Russell, D. E. (1993). *Against pornography: The evidence of harm*. (No Title).
- Sabina C., Wolak J., Finkelhor D. (2008). The nature and dynamics of Internet pornography exposure for youth. *CyberPsychology and Behavior*, 11, 691–693. doi:10.1089/cpb.2007.0179
- Skinner, B. F. (1953). *Skinner-Operant Conditioning*.
- Tindle, J., y Tadi, P. (2022). *Neuroanatomy, parasympathetic nervous system*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Tomasello, M., y Negrotto, A. (2007). *Los orígenes culturales de la cognición humana*. Amorrortu.
- Trayectoria de emisión de esperma - Videos de salud: MedlinePlus enciclopedia médica. (s. f.-c). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/anatomyvideos/000121.htm>
- Trojan, S., y Pokorny, J. (1999). Theoretical aspects of neuroplasticity. *Physiological research*, 48, 87-98.
- UNHCR Türkiye. (2026). *Sexual and gender-based violence*. UNHCR Türkiye. <https://help.unhcr.org/turkiye/services-in-turkiye/social-economic-and-civil-matters/sexual-and-gender-based-violence/>
- Weir, K. (2014). Is pornography addictive. *Monitor on Psychology*, 45(4), 46-50.
- Ylarri, E. M., Díaz, A., y Lipszyc, F. (2010). *Antagonistas del sistema nervioso simpático*.



Salud mental y barreras de acceso en personas migrantes: Retos para una intervención plena, integradora y eficaz.

Octavio Anuario Mendoza Tapia¹

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia.

INFORMACIÓN

Palabras clave

Salud mental
Personas migrantes
Barreras de acceso
Eurocentrismo
Competencia cultural
Trauma acumulativo

RESUMEN

En este artículo de revisión teórica con reflexión aplicada, se analizará el impacto de las barreras estructurales, así como los efectos del trauma acumulativo, en el acceso a una atención psicológica plena y eficaz en población migrante y refugiada en los países receptores. Pretende arrojar una visión crítica que nos invite a reflexionar sobre las carencias y fortalezas de nuestros marcos de atención a través del análisis de los estresores pre-, peri- y postmigración, destacando cómo las condiciones de acogida, el racismo y la precariedad pueden cronificar el malestar psicológico. Se abordará también desde una perspectiva crítica el sesgo eurocéntrico predominante en los instrumentos diagnósticos y modelos de intervención clínica que, a menudo, patologizan o ignoran las diferencias o discrepancias culturales en relación con la expresión del sufrimiento a través de la somatización o de marcos explicativos de carácter espiritual o ritualista. Finalmente, el artículo plantea retos concretos para una praxis más inclusiva, subrayando la urgencia de integrar la mediación cultural, así como una perspectiva transcultural y compasiva, en los dispositivos de salud a través de planes de formación universitaria especializada y específica en el Grado de Psicología.

Introducción

Si bien es cierto que, los datos recientes muestran que el crecimiento a nivel mundial de la inmigración se ha moderado ligeramente en términos relativos (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2025), apreciándose una desaceleración en el crecimiento de la inmigración hacia Europa, con un aumento mucho más moderado de la población nacida en el extranjero entre 2023 y 2024 que en años anteriores (Frattini y Pulito, 2025), Europa sigue siendo un lugar de referencia para quienes buscan un futuro

mejor (ONU, 2025). En este sentido, cabe destacar que la gran mayoría de estas nuevas incorporaciones a la población europea, concretamente el 77%, proceden de países no pertenecientes a la Unión Europea (Frattini y Pulito, 2025).

Esto supone un interesante reto para los actuales y futuros psicólogos europeos y, especialmente, para los españoles, pues nuestro país, según datos de la ONU para 2024, se ha convertido en uno de los principales receptores de población extranjera con

con alrededor de 8,9 millones de personas migrantes, situándonos entre los cuatro países con mayor número de residentes nacidos en el extranjero en el entorno europeo (ONU, 2025).

La literatura nos muestra que, refugiados, solicitantes de asilo y otros grupos migrantes, presentan una mayor prevalencia de trastornos de salud mental como son depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático junto a otros trastornos mentales en comparación con la población general, como resultado de la exposición acumulada a lo largo del tiempo a adversidades relacionadas con el proceso migratorio (Crespo et al., 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024; Quevedo Peña, 2021). Esto plantea desafíos específicos para los sistemas de salud mental, que deberán adaptarse a necesidades complejas y a trayectorias vitales marcadas por la inestabilidad y la pérdida (OMS, 2022; Quevedo Peña, 2021).

Con el objeto de profundizar en esta realidad, en este texto, se propone examinar las barreras estructurales, culturales y derivadas del trauma migratorio, que limitan el acceso de las personas migrantes a una atención eficaz y de calidad en salud mental. A través del análisis crítico del proceso migratorio y los posibles sesgos inherentes al enfoque de la psicología occidental, se podrán plantear estrategias orientadas a lograr una praxis clínica y universitaria integradora.

Metodología

El presente trabajo se plantea como un artículo de revisión teórica y síntesis narrativa. Para su elaboración, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica no sistemática de la literatura académica reciente, priorizando artículos, informes de organizaciones internacionales (como la OMS o la ONU) y documentos de libre acceso (Open Access) pertinentes al campo de la psicología transcultural y la migración. El análisis de las fuentes no se rigió por criterios de exclusión cuantitativa, sino por la relevancia temática de los textos para abordar las barreras estructurales, culturales y derivadas del trauma en la atención a la salud mental de la población migrante.

Factores pre, peri y post emigración

La literatura especializada en salud mental y migración coincide en que, los factores que tienen mayor incidencia en el bienestar psicológico de las personas migrantes se podrían distribuir a lo largo de tres grandes fases del proceso migratorio. La primera de estas fases sería la premigración (que abarcaría las experiencias y condiciones vitales en el país de origen), la segunda fase sería la perimigración (que acotaría los acontecimientos estresantes o traumáticos durante el viaje y tránsito al país de destino) y, por último, la postmigración (que recogería todos aquellos factores relacionados con las condiciones de acogida y asentamiento en el país de destino) (Schouler-Ocak et al., 2025; Keller et al., 2017).

Schouler-Ocak et al. (2025) agrupan los factores premigratorios que inciden en un peor pronóstico o mayores tasas de trastornos mentales graves (ya sean reales o percibidos), en tres grandes bloques interrelacionados que son los culturales, estructurales y contextuales. Aunque estos se manifiestan de forma heterogénea según las poblaciones de origen, a nivel cultural destacan las llamadas concepciones ritualistas tradicionales que interpretan los problemas de salud mental como influencias externas (demonios o espíritus malignos), pudiendo derivar, en muchas ocasiones, en tratamientos ineficaces desde la perspectiva de la psicología y psiquiatría occidental, como la oración o, incluso inhumanos, como el encadenamiento y confinamiento en pequeñas jaulas, como pone de relieve un informe realizado por la Comisión Española de Ayuda al Refugiado en Ghana (Ángel, 2023). Estas barreras se agravan para las mujeres en sociedades fuertemente heteropatriarcales, donde se suman estigmas como “campamentos de brujas”, espacios de exclusión y violencia contra viudas y mayores (Amnistía Internacional, 2025; Ángel, 2023). Si atendemos a los factores estructurales, la escasez o ineficacia de servicios de salud mental, junto con la corrupción endémica y colapso de sistemas sanitarios continuamente tensionados, limita gravemente el acceso a intervenciones adecuadas (Ángel, 2023; Miravete Lacoma, 2025; Saorín Llinares, 2023). Finalmente, en los factores contextuales, la inestabilidad política, la pobreza extrema, violencia sistémica y situaciones de refugio prolongado, potencian estos riesgos, pudiendo

generar desesperanza y TEPT incluso antes de la propia partida (Mohamed Dafa et al., 2023; Keller et al., 2017).

El periodo perimigratorio comprende el conjunto de experiencias que tienen lugar durante el viaje y la estancia en los países de tránsito, abarcando el periodo comprendido entre la salida del lugar de origen hasta la llegada al país de destino o a la primera frontera relevante. La literatura coincide en señalar que se trata de una etapa con alta exposición a estresores extremos y violaciones de derechos fundamentales, que se añaden a y potencian los factores premigratorios que enumeramos de forma sucinta en el párrafo anterior, condicionando el riesgo o vulnerabilidad psicológica con la que las personas alcanzan el contexto de acogida. Durante esta fase, las personas refugiadas y migrantes se enfrentan con frecuencia a peligros físicos, violencia, explotación, detención y condiciones de viaje potencialmente mortales, a menudo, sin acceso adecuado a necesidades básicas como alimentos, agua, atención sanitaria o protección (Vukčević Marković et al., 2023).

Como ejemplo paradigmático, en la ruta de los Balcanes, Vukčević Marković et al. describen una media de más de diez eventos estresantes o potencialmente traumáticos durante el tránsito, con aproximadamente la mitad de la muestra presentando síntomas graves de depresión y, alrededor de un tercio, síntomas graves de ansiedad y trastorno por estrés postraumático (TEPT). Las experiencias de *pushback*, conocidas como “devoluciones en caliente” —que hacen referencia a las medidas estatales destinadas a expulsar a refugiados y migrantes inmediatamente después de cruzar una frontera— los obligan a regresar al país del que provenían, se asocian, además, con niveles aún más elevados de depresión, ansiedad y TEPT respecto a los efectos asociados al tránsito “habitual” (Vukčević Marković et al., 2023). Por su parte, Goldenberg et al. (2025) muestran que las experiencias adversas observadas en la ruta entre México y Estados Unidos (extorsión, violencia sexual, amenazas y precariedad extrema) junto con el estrés específico de las comunidades fronterizas se relacionan estrechamente con síntomas de ansiedad generalizada, depresión y TEPT en mujeres solicitantes de asilo (Goldenberg et al., 2025). Para finalizar el párrafo, de forma coherente con los

hallazgos de estos grupos de investigadoras, El-Awad y su equipo plantean explícitamente los “estresores perimigratorios” (v.g. fraude, extorsión, robos, detención, naufragios y travesías en patera) como factores que incrementan la vulnerabilidad psicológica, impactando a largo plazo sobre la salud mental a través del estrés postmigratorio, incluyendo la discriminación, preocupaciones y dificultades socioeconómicas tras la llegada (El-Awad et al., 2025), que analizaremos justo a continuación.

Por último, los factores postmigratorios abarcan las condiciones de vida y acogida en el país de destino (v.g. precariedad laboral y residencial, irregularidad administrativa, racismo y discriminación, soledad, ruptura de redes de apoyo y procesos de duelo por la pérdida del entorno de origen) (Schouler-Ocak et al., 2025). Como ocurriera con los factores anteriores, en este caso, estos elementos también se asocian con mayores tasas de depresión, ansiedad, TEPT y somatización del malestar, actuando de forma acumulativa sobre los traumas pre y perimigratorios (El-Awad et al., 2025; Vukčević Marković et al., 2023) y que hemos podido poner de relieve durante la exposición del epígrafe. El-Awad y su equipo (2025) ponen especiales relevancia en que el estrés postmigratorio (incluyendo la incertidumbre legal, las dificultades de acceso a vivienda y empleo, así como las propias experiencias de exclusión social) no solo contribuye a la cronificación del malestar psicológico, sino que media en el impacto de experiencias traumáticas previas sobre la salud mental a largo plazo.

La combinación de todos estos factores que hemos podido analizar genera una brecha entre la elevada necesidad de atención en salud mental y la capacidad real de los sistemas para ofrecer respuestas accesibles y culturalmente pertinentes, preparando el terreno para las barreras estructurales que se abordarán a continuación (Organización Mundial de la Salud, 2024).

BARRERAS ESTRUCTURALES EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES

Eurocentrismo de los estudios e intervenciones psicológicas

Una parte importante de las barreras de acceso y

calidad atencional no reside solo en la organización o estructura de los servicios que se prestan en los sistemas occidentales, sino en el modo en que la propia psicología clínica y psiquiatría conceptualizan la salud mental desde un marco fuertemente eurocéntrico (Kirmayer, 2012). Esto se traduce en instrumentos diagnósticos, criterios de cribado y programas de intervención desarrollados y validados casi exclusivamente con población sufragánea, donde se prioriza la intervención de líderes religiosos, curanderos o redes de apoyo informales antes que la consulta profesional a sanitarios (Silove et al., 2017).

En la práctica clínica dentro del marco de atención europeo y español, uno de los efectos más visibles de este desajuste podría ser la somatización del malestar psíquico, expresado a menudo a través de síntomas corporales difusos (v.g. dolor, fatiga, molestias gastrointestinales) que llevan a las personas migrantes a consultar en atención primaria sin formular explícitamente demandas de ayuda psicológica (Lanzara et al., 2019). Cuando estos síntomas son interpretados por las y los profesionales únicamente desde el modelo biomédico, sin explorar su posible significado como expresión cultural del sufrimiento emocional o psíquico, se corre el riesgo de infradiagnosticar problemas de ansiedad, depresión o trauma, o de etiquetar como “difíciles” a pacientes que, en realidad, están utilizando los repertorios disponibles aprendidos culturalmente para hablar del dolor emocional y psicológico, pero que se muestran poco eficaces cuando se analizan desde nuestro modelo atencional (Kirmayer, 2012; Priebe et al., 2016).

Apoyando los planteamientos recientemente expuestos, diversos estudios señalan que, incluso cuando se supera la primera barrera de acceso, las diferencias en la forma de entender qué es un problema “psicológico” y qué significa “ir al psicólogo” siguen estando presentes y condicionan la confianza, la continuidad y una adecuada adherencia al tratamiento (Fazil y Reavell, 2016; Satinsky et al., 2019). Por lo que es importante que las concepciones culturales de salud mental no se reduzcan a rasgos individuales o “defectos de información”, sino que se entiendan como parte de un encuentro intercultural asimétrico donde las propias barreras estructurales del modelo eurocéntrico de los servicios de atención, como la

escasa mediación lingüística y cultural disponible, toman un papel determinante (Kirmayer, 2012). Esto nos permite pasar de culpabilizar o poner el foco en la persona migrante por “no pedir ayuda” a cuestionar las carencias inherentes en nuestros dispositivos y modelo de atención, para así ajustar nuestras intervenciones con el objeto de lograr que sus “significados” y trayectorias vitales puedan ser escuchados e integrados en la atención.

Discusión: Retos para una intervención plena y eficaz

En su conjunto, la revisión realizada muestra que la salud mental de las personas migrantes se ve condicionada por la acumulación de adversidades pre-, peri- y postmigratorias, así como por una brecha persistente en el tiempo entre sus necesidades y la respuesta que ofrecen en la actualidad los sistemas de atención occidentales (Hynie, 2018; OMS, 2023). Hemos podido observar cómo factores tales como la precariedad administrativa y laboral, el racismo y la discriminación, la barrera idiomática, las diferencias culturales en la comprensión, concepción y significados atribuidos al malestar físico y emocional, sumado al enfoque eurocéntrico de los modelos de diagnóstico e intervención, contribuyen activamente a mantener o retroalimentar un circuito atencional donde se da una alta prevalencia de problemas de salud mental, a la vez que existe una infradetección, infratratamiento, junto a un uso desigual de los recursos disponibles (Priebe et al., 2016).

Un primer reto para avanzar hacia una intervención plena, integradora y eficaz consistiría en fortalecer los dispositivos comunitarios y los circuitos atencionales, integrando de manera estable la mediación lingüística y las competencias culturales en los equipos de atención, permitiendo una adaptación sistemática de las intervenciones que contemple de forma holística la diversidad y el impacto de las trayectorias migratorias en el bienestar de los pacientes (Satinsky et al., 2019). Esto implicaría la normalización del trabajo con intérpretes especializados en el uso de terminología de salud mental o sus equivalencias culturales, y el fomento de programas de baja exigencia y proximidad (low-threshold) en colaboración con asociaciones migrantes y redes locales, eliminando, o al menos disminuyendo, el efecto de las barreras

burocráticas, la sensación de exposición o la estigmatización entre aquellas personas menos accesibles a los servicios de atención tradicionales; así como revisar de forma crítica la aplicación de instrumentos diagnósticos y protocolos “estándar” a poblaciones para las que no fueron concebidos ni validados (Harper Shehadeh et al., 2016).

En su conjunto, la revisión realizada muestra que la salud mental de las personas migrantes se ve condicionada por la acumulación de adversidades pre-, peri- y postmigratorias, así como por una brecha persistente en el tiempo entre sus necesidades y la respuesta que ofrecen en la actualidad los sistemas de atención occidentales (Hynie, 2018; OMS, 2023). Hemos podido observar cómo factores tales como la precariedad administrativa y laboral, el racismo y la discriminación, la barrera idiomática, las diferencias culturales en la comprensión, concepción y significados atribuidos al malestar físico y emocional, sumado al enfoque eurocéntrico de los modelos de diagnóstico e intervención, contribuyen activamente a mantener o retroalimentar un circuito atencional donde se da una alta prevalencia de problemas de salud mental, a la vez que existe una infradetección, infratratamiento, junto a un uso desigual de los recursos disponibles (Priebe et al., 2016).

Un primer reto para avanzar hacia una intervención plena, integradora y eficaz consistiría en fortalecer los dispositivos comunitarios y los circuitos atencionales, integrando de manera estable la mediación lingüística y las competencias culturales en los equipos de atención, permitiendo una adaptación sistemática de las intervenciones que contemple de forma holística la diversidad y el impacto de las trayectorias migratorias en el bienestar de los pacientes (Satinsky et al., 2019). Esto implicaría la normalización del trabajo con intérpretes especializados en el uso de terminología de salud mental o sus equivalencias culturales, y el fomento de programas de baja exigencia y proximidad (low-threshold) en colaboración con asociaciones migrantes y redes locales, eliminando, o al menos disminuyendo, el efecto de las barreras burocráticas, la sensación de exposición o la estigmatización entre aquellas personas menos accesibles a los servicios de atención tradicionales; así como revisar de forma crítica la aplicación de instrumentos diagnósticos y protocolos “estándar” a

poblaciones para las que no fueron concebidos ni validados (Harper Shehadeh et al., 2016).

El segundo gran reto tiene que ver con la formación y las políticas públicas. En el ámbito universitario y profesional, resulta necesario incorporar de manera explícita y troncal contenidos sobre migración, blanca, occidental y de clase media, que después se aplican de forma acrítica a personas migrantes con historias de vida, repertorios expresivos y sistemas de creencias muy distintos (Hynie, 2018).

Si nos centramos en el ámbito del diagnóstico, esto implica utilizar escalas de depresión, ansiedad o TEPT cuyos ítems, puntos de corte y supuestos de base se han calibrado en muestras europeas o norteamericanas, asumiendo que la forma “típica o normativa” de expresar el malestar psíquico es universal (Kleinman, 2012). Cuando estos instrumentos son aplicados a personas migrantes, en las que se observa un mayor peso de la somatización, vocabularios emocionales diferentes o concepciones espirituales del sufrimiento, se puede generar tanto un infradiagnóstico (no se detecta el problema porque no “encaja” en la plantilla de cribado) como un sobrediagnóstico (se patologizan expresiones culturales de malestar o duelo que en su contexto tienen otro significado) (Lanzara et al., 2019; Lewis-Fernández et al., 2020). De este modo, el sesgo eurocéntrico en las conceptualizaciones o definiciones de base e instrumentos diagnósticos no solo es un problema epistemológico, sino una barrera concreta que distorsiona la evaluación y condiciona el acceso a tratamientos adecuados o eficaces.

Este mismo efecto que hemos analizado en el diagnóstico, lo podemos observar de forma paralela en la propia intervención psicoterapéutica llevada a cabo por los profesionales de la salud mental. Buena parte de las técnicas y los programas “basados en la evidencia” se han ensayado en condiciones controladas con población culturalmente homogénea, con altos niveles de alfabetización y familiarizada con la idea de “hablar de uno mismo” y la expresión de emociones negativas en un espacio profesional (Chowdhary et al., 2014). Trasladar estos formatos de forma directa y rígida a personas migrantes que priorizan redes familiares, autoridades religiosas u otros marcos explicativos del sufrimiento, puede generar

desajustes profundos, pudiendo llegarse a interpretar como “falta de motivación”, “resistencia” o “baja adherencia” lo que en realidad es un conflicto entre el modelo terapéutico y las formas culturalmente configuradas de pedir y aceptar ayuda (Priebe et al., 2016). En la práctica clínica, este eurocentrismo metodológico podría estar actuando como un filtro silencioso que deja “fuera” a quienes no se ajustan al modelo implícito de paciente para el que fueron pensadas las intervenciones (Hynie, 2018).

Por último, el énfasis individualista que se suele observar en el enfoque europeo clásico, centrado en síntomas, rasgos y procesos intrapsíquicos, tiende a despolitizar el sufrimiento de las personas migrantes, relegando a un segundo plano el impacto que ejercen, por ejemplo, la violencia fronteriza, el racismo institucional, la precarización laboral o la irregularidad administrativa (Kirmayer, 2012). Esto contribuye sin quererlo a que, la propia intervención minimice las experiencias de opresión al dejar fuera del encuadre clínico estas dimensiones estructurales, devolviendo el problema al individuo, reforzando y haciendo más evidente la brecha entre las necesidades reales de la población migrante y la respuesta que pueden ofrecer los servicios de atención (Hynie, 2018). En este sentido, el eurocentrismo no solo limita la sensibilidad del propio sistema a las riquezas y diferencias expresivas culturalmente mediadas, sino que introduce un “ruido” continuo en la forma en la que se escuchan, se nombran y tratan los malestares asociados a la migración (Lewis-Fernández et al., 2020).

Cultura y concepciones sobre la salud mental en inmigrantes

Más allá de los factores pre-, peri- y postmigratorios descritos previamente, las idiosincráticas concepciones culturales sobre la salud, la enfermedad y la ayuda profesional influyen de forma decisiva en cómo las personas reconocen su malestar, lo nombran y buscan apoyo (Kirmayer, 2012). En los distintos y heterogéneos colectivos migrantes asentados en Europa y España, la “salud mental” se asocia con frecuencia a ideas estigmatizadoras de locura, peligro o pérdida de estatus, de modo que el contacto con

dispositivos especializados de psiquiatría o psicología se vive más como una amenaza para la reputación individual y familiar que como un recurso necesario para el cuidado y la recuperación del bienestar (Priebe et al., 2016).

Sumado a esta vivencia estigmatizadora a la hora de afrontar los problemas de salud mental, nos encontramos con la persistencia de marcos explicativos muy rígidos y difícilmente moldeables de índole espiritual, moral o comunitaria del racismo estructural, trauma, así como enfoques transculturales en los planes de estudio y formación continua especializada en Psicología, Psiquiatría y resto de disciplinas que atienden a estos colectivos, de modo que los y las futuras profesionales no vivan la atención a personas migrantes como un terreno marginal o excepcional (Kirmayer, 2012; OMS, 2023). Como hemos puesto de relieve anteriormente, a nivel institucional, es obligatorio avanzar hacia una intervención verdaderamente integrada, lo que exigiría garantizar el acceso sanitario efectivo con independencia del estatus administrativo o legal, priorizar la salud mental de las personas migrantes en las estrategias nacionales y europeas, y sostener y fomentar líneas de investigación e innovación que codiseñen y adapten respuestas e instrumentos con las propias comunidades afectadas (Hynie, 2018; OMS, 2023).

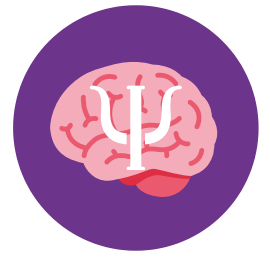
Conclusiones

Solo si llegamos a articular estos cambios clínicos, formativos y políticos será posible reducir la brecha actual entre necesidades y atención, acercándonos a un modelo de cuidado más justo, equitativo y culturalmente pertinente. Para nosotros, como estudiantes de Psicología y futura generación de profesionales, este desafío nos interpela directamente. Tenemos y debemos asumir la responsabilidad y la oportunidad de cuestionar nuestros propios sesgos y reclamar una formación que trascienda el eurocentrismo, comprometidos con una praxis clínica que asuma la diversidad no como un obstáculo, sino como punto de partida para una salud mental verdaderamente universal, rica en matices y diferencias, garante de los derechos humanos.

Referencias

- Ángel, A. B. (2023). *Informe sobre la situación sanitaria en Ghana* [Informe interno no publicado]. Comisión Española de Ayuda al Refugiado.
- Amnistía Internacional. (2025). *Ghana: Branded for life: How witchcraft accusations lead to human rights violations of hundreds of women in North Ghana*. Amnistía Internacional
<https://www.amnesty.org/en/documents/afr28/9220/2025/en/>
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J. D., Rahman, A., Patel, V., y Cuijpers, P. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, 44, 1131-1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>
- Crespo, M., Castro, S., y Gómez-Gutiérrez, M. (2017). Menores refugiados: Psicopatología y factores relacionados. *Revista de Victimología / Journal of Victimology*, (6), 9-32. DOI 10.12827/RVJV.6.01
- EL-Awad, U., Eves, R., Hachenberger, J., Bozorgmehr, K., Entringer, T. M., Hecker, T., Razum, O., Sauzet, O., y Lemola, S. (2025). Post-migration stress mediates associations between potentially traumatic peri-migration experiences and mental health among Middle Eastern refugees in Germany. *BMC Public Health*, 25, 2582. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23660-w>
- Fazil, Q., y Reavell, J. (2016). The Epidemiology of PTSD and Depression in Refugee Minors who have Resettled in Developed Countries. *Journal of Mental Health*, 26(6), 529-535. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222065>
- Fratini, T., y Pulito, G. (2025). *The immigrant population in the European Union*. Rockwool Foundation Berlin – Institute for the Economy and the Future of Work. <https://www.rfberlin.com/immigrant-population-eu/>
- Goldenberg, S. M., Saadeh, K., Ramage, K., Pitpitan, E., Strathdee, S., Alvarez Aguilar, M., Ramos, N. E., Rangel, G., y Bojorquez, I. (2025). Adverse migration experiences, border community stress, and the mental health of asylum-seeking women in transit at the Mexico-U.S. border. *SSM - Mental Health*, 8, 100567. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100567>
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., y Albanese, E. (2016). Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), e44. <https://doi.org/10.2196/mental.5776>
- Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297-303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- Keller, A., Joscelyne, A., Granski, M., y Rosenfeld, B. (2017). Pre-migration trauma exposure and mental health functioning among Central American migrants arriving at the US border. *PLoS ONE*, 12(1), e0168692. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168692>
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kleinman, A. (2012). Rebalancing academic and applied perspectives on medical anthropology. *Medical Anthropology*, 31(5), 427-430. <https://doi.org/10.1215/9780822395478-008>
- Lanzara, R., Scipioni, M., y Conti, C. (2019). A clinical-psychological perspective on somatization among immigrants: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 2792. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02792>
- Lewis-Fernández, R., y Aggarwal, N. K. (2020). Cultural formulation interview: Progress to date and future directions. *Transcultural Psychiatry*, 57(4) 487–496. DOI: 10.1177/1363461520938273

- Miravete Lacoma, M. (2025). *Argelia: Situación de las personas afectadas por patologías relacionadas con la salud mental* [Informe interno no publicado]. Comisión Española de Ayuda al Refugiado.
- Mohamed Dafa, L., Gómez Gascón, T., Poveda Agustín, J., y Polentinos Castro, E. (2023). Prevalencia de síntomas mentales entre los refugiados saharauis en Tinduf, Argelia, utilizando el Cuestionario de Salud General Goldberg 28. *Atención Primaria*, 55(8), 102653. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102653>
- Organización de Naciones Unidas, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2025). *International migrant stock 2024: Key facts and figures* (UN DESA/POP/2024/DC/NO. 13; Advance unedited version). <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock-2024-key-facts-and-figures>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: Resumen*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240054486>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mental health of refugees and migrants: Risk and protective factors and access to care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081840>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Salud mental de los refugiados y los migrantes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health>
- Priebe, S., Giacco, D., y El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region (Health Evidence Network Synthesis Report No. 47)*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/>
- Quevedo Peña, C. M. (2021). *Salud mental y personas solicitantes de asilo y refugiadas: Una revisión sistemática* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Cádiz]. Repositorio Institucional de la Universidad de Cádiz. <https://rodin.uca.es/handle/10498/24772>
- Saorín Llinares, Á. (2023). *República de Honduras: El acceso al sistema de salud* [Informe interno no publicado]. Comisión Española de Ayuda al Refugiado.
- Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., y Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851-863. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>
- Schouler-Ocak, M., Bäärnhielm, S., Tarricone, I., Adorjan, K., Samochowiec, J., Chumakov, E., Veizis, A., Aker, A. T., Galderisi, S., Tyano, S., Pinto da Costa, M., Pollmächer, T., Madeira, L., Chkonia, E., Vahip, S., y Bhugra, D. (2025). Policy paper of the Committee on Ethics and Task Force on Migration and Mental Health: Migration and mental health of migrants, refugees, asylum seekers—Ethical dilemmas and concerns. *European Psychiatry*, 68, Artículo e153. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10092>
- Silove, D., Ventevogel, P., y Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16, 130-139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
- Vukčević Marković, M., Bobić, A., y Purić, D. (2023). The effects of traumatic experiences during transit and pushback on the mental health of refugees, asylum seekers and migrants. *European Journal of Psychotraumatology*, 14, 2163064. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2163064>



¿Y ahora qué? Los trasplantes de órganos desde la visión de las personas donantes

Sofía Palacios García¹

¹ Euskal Herriko Unibertsitatea.

INFORMACIÓN

Palabras clave

Donante
Donación de órganos
Transplante
Calidad de vida
Ajuste psicosocial

RESUMEN

La donación de órganos es un fenómeno multifactorial y complejo con implicaciones emocional y psicológicamente importantes, que también impactan en la persona donante. El objetivo de este trabajo es revisar la literatura que analiza las consecuencias psicológicas y psicosociales asociadas a este proceso. Los resultados muestran que las personas donantes presentan una buena calidad de vida y elevada satisfacción tras la donación. Sin embargo, factores como el apoyo social o los resultados del trasplante pueden influir significativamente en la experiencia a largo plazo del donante.

Introducción

El trasplante de órganos ha sido uno de los avances más significativos de la medicina moderna, que permite mejorar y prolongar la vida de miles de personas. En 2025 se realizaron más de 6.300 trasplantes de órganos en España. De ellos, 408 procedían de donantes vivos ([Ministerio de Sanidad \[MS\], 2026](#)). En este contexto, las personas que eligen donar realizan un acto de gran altruismo, además de tratarse de un proceso largo y muchas veces estresante ([Massey et al., 2024](#)). A nivel global, el modelo español lidera el ranking en donación de órganos con 51,9 donantes por millón de población ([MS, 2026](#)).

Para seguir mejorando en cuestiones de salud pública es importante analizar todos los factores que influyen en las personas que eligen donar y cómo el procedimiento en sí impacta, más allá de la biología, en su vida psicológica. Este trabajo tiene como objetivo revisar la literatura existente sobre las consecuencias psicológicas y psicosociales de la

donación de órganos en las personas donantes. Pese a que las técnicas médicas continúan mejorando el pronóstico, y paliando las consecuencias de las operaciones, es necesario revisar lo que se conoce acerca de las repercusiones sobre las personas donantes.

El proceso de selección, y la posterior operación, se llevan a cabo bajo estrictos criterios éticos y médicos orientados a proteger el bienestar de todas las partes implicadas ([Organización Nacional de Transplantes \[ONT\], s.f.](#)). Aun así, la investigación sobre los factores que involucran a las personas implicadas es vital para garantizar la atención integral a las personas donantes y minimizar la aparición de riesgos, mejorando la experiencia por el paso del sistema sanitario. Es necesario entender mejor los factores psicológicos (junto con los biológicos y sociales) que impactan a las personas donantes, antes, durante y después de la donación para ofrecer el mejor cuidado y acompañamiento posible.

El perfil de la persona donante

A la hora de definir los tipos de personas donantes, se pueden distinguir dos categorías. El primero es el “donante dirigido” que guarda una relación familiar o emocional con la persona receptora. En este caso, la persona que dona elige a quién va a donar. El segundo es el perfil de “donante no dirigido” cuyo órgano se asigna según compatibilidad y necesidad médica y, a menudo, permanece en el anonimato. Finalmente, de forma reciente ha surgido una nueva categoría. Los “donantes dirigidos altruistas” que no conocen de forma directa a la persona que necesita el trasplante pero que responden a una llamada pública, en los medios de comunicación o redes sociales, sin tener ni relación emocional ni genética con la persona recipiente (Massey et al., 2024).

Se puede considerar que esta nueva práctica de “donantes directos altruistas” puede poner en riesgo de explotación a personas emocionalmente vulnerables, aunque los datos sugieren que para este tipo de donante, los resultados a nivel psicológico son positivos. Es más, ser considerado como donante y ser excluido durante el proceso de cribado realizado para garantizar la salud de ambos donante y recipiente correlaciona con experiencias emocionales adversas (Jowsey y Schneekloth, 2008).

Por otra parte, si se analiza la personalidad de las personas que deciden donar un riñón, (la donación in vivo más conocida y estudiada [Massey et al., 2024]), un estudio hecho por Karagöl y Törenli Kaya (2022) encontró que estas personas eran más amables, cooperativas y prosociales que la media. La amabilidad como constructo se correlacionó con una menor ansiedad, depresión y cansancio (Massey et al., 2024).

Al preguntar por la motivación de la persona donante, normalmente se expresa un deseo de ayudar, pero es posible que se identifiquen otros factores como el deseo de influir en el recipiente, el deseo de ajustarse a las expectativas familiares o expectativas sociales, así como la identificación con la persona receptora. Reconocer estas motivaciones es una parte importante de la evaluación psicosocial que se realiza en el proceso de seleccionar a una persona donante (Jowsey y Schneekloth, 2008). Los donantes no dirigidos están libres de la influencia de la obligación familiar o de la influencia de la persona que necesita el trasplante, por lo que el altruismo podría ser, en mayor probabilidad, la

única motivación para la donación, y por ello reciben este nombre (Jowsey y Schneekloth, 2008).

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DONACIÓN

Donación de riñón.

Como se ha mencionado antes, el trasplante de riñón de una persona en vida es una de las cirugías más conocidas en lo que a la donación de órganos respecta. Por lo general, se suele considerar a los donantes como familia cercana de la persona enferma, con relación genética o no (Massey et al., 2024). Pero, cada vez más, otras personas sin relación genética ni emocional con la enferma, están empezando a participar en este tipo de operaciones. Esta decisión implica tener que enfrentarse a posibles consecuencias psicológicas posteriores y a una evaluación exhaustiva previa a la operación.

El riesgo de padecer depresión o ansiedad es el más destacado dentro de la literatura sobre donantes de órganos (Jun et al., 2021). Pese a esto, Jun et al. (2021) realizaron una revisión sistemática donde se encontró que las tasas de la prevalencia de la depresión y ansiedad son comparables a las de la población normativa. Las personas donantes se mantenían con puntuaciones similares o incluso disminuían después de la operación. Además se encontró que al medir el estado de ánimo general, este no cambiaba significativamente en las medias pre-donación y post-donación.

El cambio de operaciones abiertas a laparoscópicas también ha ayudado a reducir los riesgos asociados para las personas donantes junto con mejoras en la calidad de vida gracias a que se experimenta menos dolor y una recuperación más rápida (Massey et al., 2024).

Donación de hígado

En el caso de las donaciones de hígado, el riesgo de complicación es mayor que en el caso de la donación de riñón. Aun así, en el primer caso la regeneración completa del órgano puede ocurrir en el primer año post-operatorio, mientras que esto no ocurre en el caso de los trasplantes renales (Jun et al., 2021).

Donación de Médula

En el caso de la donación de médula, se trata de un proceso mucho menos invasivo. Pero, al comparar donantes que experimentaron efectos secundarios, los primeros describieron el proceso como más estresante. Aunque además se sintieron peor preparados y lo experimentaron como más doloroso de lo esperado, no tenían mayor probabilidad de experimentar la donación como menos positiva emocionalmente que aquellos que no experimentaron los síntomas (Butterworth et al., 1993).

Relación donante-recipientes

Otro factor muy importante que se debe tener en cuenta al analizar las consecuencias de los trasplantes para los donantes es la relación previa con la persona necesitada de la donación. Es decir, la relación “persona donante-recipientes”. Por ejemplo, si se compara la ansiedad o depresión sufrida por personas donantes que tienen relación familiar con la persona necesitada de un trasplante de riñón, se encontró que esta era mayor para madres y padres que para hermanos (Cazauvieilh et al., 2023). El nivel de dolor post-donación y uso de analgésicos, junto con el tiempo para retomar actividades de la vida diaria, fue también menor para las personas donantes no directas que para las directas (Katvan et al., 2022). Estos datos pueden parecer contradictorios y apuntan a que la realidad de las consecuencias que puede sufrir una persona que ha donado depende de mucho más que solamente su propio estado anímico. Como se verá a continuación, el estado de la persona que ha recibido la donación puede tener un gran impacto y actuar como un mediador vital.

Por otra parte, sobre la donación por parte de familiares, aquellos que se presentan voluntarios pueden hacerlo desde un sentimiento de obligación familiar. Estos rasgos emocionales pueden catalizar la decisión de actuar de forma altruista ayudando a alguien más, pese a potencialmente poner en riesgo al propio individuo (Jowsey y Schneekloth, 2008).

Qué ocurre después

Para valorar las consecuencias tanto positivas como negativas que puede tener la donación de órganos para la persona donante se puede hacer una

división en cuatro ejes. Estos son evaluados en numerosos estudios a través de métodos tanto cuantitativos como cualitativos (Cazauvieilh et al., 2023).

El primero es la calidad de vida. Varios estudios cuantitativos reportan encontrar una subida en la calidad de vida de las personas donantes tras un año de la donación o un mantenimiento en la misma (Cazauvieilh et al., 2023). No obstante se debe tener en cuenta que, debido al proceso de cribado previo para decidir si una persona puede donar un riñón o parte de su hígado sin riesgos, las personas donantes suelen tener una calidad de vida alta previa a la donación (Massey et al., 2024). Pese a esto, estudios a largo plazo sugieren que la calidad de vida de las personas donantes sigue siendo más alta que la de controles de igual género y edad (Massey et al., 2024).

Aun así, se señalan algunos factores de riesgo que pueden impactar de forma negativa en la vida de las personas. A nivel personal padecer de ansiedad o depresión, o carecer de una buena red de apoyo pueden hacer que la calidad de vida del donante disminuya tras la operación. De igual forma, complicaciones post-operatorias o que el trasplante fuera rechazado también mediaron de forma negativa en los resultados (Cazauvieilh et al., 2023; Massey et al., 2024). Además, otro estudio vuelve a recalcar el aislamiento social como factor de riesgo, unido a un nivel educativo bajo o residir no acompañado por una pareja o cónyuge (Karagöl y Törenli, 2022).

El segundo factor hace referencia a las consecuencias que la donación puede tener en la relación donante-recipientes. Desde los estudios cualitativos, se hace la puntualización de que desde la perspectiva de las personas donantes, la operación supone una necesidad de renegociar sus identidades, roles y relación con la persona a la que se ha donado. Esto de forma indudable causa un impacto en la vida de las personas implicadas y la naturaleza de la relación entre las mismas. Sin embargo, la mayoría de relaciones analizadas permanecieron sin cambios vitales o se convirtieron en relaciones más cercanas. Aun así, la renegociación de roles a veces abruma a las donantes que reportaron dificultades para suplir las demandas que percibían como cuidadoras en la

relación. Especialmente en el caso de donación en matrimonios, podía llevar a decepción, al esperar que el rol de persona cuidadora disminuyese en su importancia después y al no ocurrir, sentirse frustrada (Cazauvieilh et al., 2023).

Por otro lado, también es importante mencionar, que pese a que el trasplante fuera rechazado, los estudios cualitativos no encontraron que esto tuviese un impacto en la relación persona donante-recipientes.

El tercer eje hace referencia a la ansiedad o depresión que la persona donante puede sufrir post-operación. Pese a que generalmente se reporta una prevalencia baja, también se encontró que se daba un “contagio emocional” de la persona recipiente a la donante y que, una vez más, complicaciones propias o rechazo del trasplante tienen un impacto negativo en la vida emocional de ambas partes. Los estudios cualitativos destacan esta última posibilidad, reportando que se suele experimentar hipervigilancia y miedo frente a la posibilidad de que el trasplante no fuera exitoso (Cazauvieilh et al., 2023; Massey et al., 2024). En el plano personal, si esto ocurría, se podía acompañar de sentidos de culpa o responsabilidad por el mal resultado.

Otro estudio (Massey et al., 2024) encontró que comparando a personas donantes con personas que habían perdido un riñón debido a causas benignas, éstas tenían menos probabilidades de desarrollar depresión 5 años después del trasplante.

Por otra parte, al analizar las emociones previas al trasplante, las donantes expresaban ansiedad a la hora de tomar la decisión de donar, muchas veces exacerbada por familiares muy preocupados por la salud de la persona a donar o cuestionando la decisión tomada (Cazauvieilh et al., 2023).

El cuarto eje hace referencia a una de las preocupaciones más comunes sobre la donación in vivo en el imaginario popular: la satisfacción general y arrepentimiento de la donación. En la gran mayoría de los casos, las personas donantes se sienten satisfechas con su donación (Jun et al., 2021; Massey et al., 2024). Incluso si los donantes convivían con sentimientos de arrepentimiento, reportaban que recomendarían donar a más personas o que volverían a tomar la misma decisión. En este caso, la correlación con

complicaciones o rechazo del trasplante es más ambigua. (Cazauvieilh et al., 2023). Un estudio destaca que en situaciones en las que la persona que recibe el trasplante fallece, los donantes tienen 8 veces más probabilidad de experimentar arrepentimiento (Jun et al., 2021).

Factores que podrían propiciar el arrepentimiento posterior guardan relación con problemas económicos o una dada de alta temprana (Massey et al., 2024). Estos factores, junto con la soltería, suponen un posible factor de riesgo a padecer depresión o ansiedad post-donación.

Otro efecto que ha sido estudiado es el cambio que puede provocar en la autoestima del donante. En general, varios estudios concluyen que donar mejora la autoestima y se mantiene la estabilidad en la imagen y autoestima corporal (Massey et al., 2024). Este efecto, mayor para personas donantes de médula que de riñón (Butterworth et al., 1993), y para personas jóvenes, así como las que no se atribuyen a sí mismas la responsabilidad de éxito del trasplante (Jun et al., 2021). Habitualmente, mejora la autopercepción, pero no cambia la filosofía de vida; algo que sí ocurre, por ejemplo, en el caso de personas que han tenido cáncer o de supervivientes de accidentes de tráfico (Massey et al., 2024).

Condicionantes en la decisión de donación post mortem

Pese a que en España la ley dictamina que todas las personas dan el “consentimiento presunto” a la donación de órganos (Ley 30/1979), es un estándar ético preguntar a la familia del fallecido o fallecida si existe una oposición conocida. Ante la ausencia de voluntad explícita, es la familia inmediata la que tiene la última palabra. Se presupone que el interés de la familia es cumplir con los deseos de su familiar y que estos serán comunicados y cumplidos (ONT, s.f.).

En otros países, como Reino Unido o Estados Unidos, que no siguen el modelo español, es necesario el consentimiento explícito de la persona para que se realice la donación (Zink et al., 2005).

Conversaciones sobre esta temática no son comunes. Al preguntar a las personas, un poco más de la mitad de los que manifestaron su deseo de ser donantes de órganos lo han expresado a sus familiares. Evidentemente, las conversaciones

familiares pueden tener un gran impacto en las decisiones de consentimiento. Por ejemplo, en ausencia de conversaciones familiares, menos de la mitad de los encuestados afirman estar dispuestos a consentir una solicitud de donación de órganos; mientras que, si se conocen los deseos del fallecido respecto a la donación, el 93% de los encuestados manifiesta su disposición a respetarlos (Gallup Organization, 1993).

Volviendo a las donaciones in vivo, los diferentes factores que modulan la actitud de un individuo hacia convertirse en donante de órganos han sido ampliamente estudiados desde hace décadas, como por ejemplo en la investigación llevada a cabo por Radecki (1997): Este factor se encuentra muy unido al cultural, y cómo este acto es percibido por el grupo social al que pertenecemos. Esto también dependerá de la información que poseamos acerca de las donaciones post mortem. Muchas veces, solo se tiene acceso a información a través de la ficción o medios de comunicación. La prevalencia de mitos como que una persona puede ser declarada fallecida antes de tiempo o la posibilidad de recuperarse de la muerte cerebral es cada vez menor, pero afecta al juicio general y toma de decisiones de las personas que deciden donar (Busl, 2020).

Por último, es importante considerar el factor del altruismo, relacionado con las respuestas afectivas que una persona puede tener acerca de la donación de órganos. Por ejemplo, creer que así de una muerte se puede sacar algo positivo para alguien más o que es una acción que mejora la vida de otras personas (Cazauvieilh et al., 2023). Finalmente, lo que consideramos normativo también afecta al proceso psicológico al decidir convertirse en donante. Especialmente, cómo los seres queridos o entorno más cercano valoran la acción.

Estos factores también pueden aplicarse a las vivencias psicológicas de personas que deciden ser donantes in vivo (Massey et al., 2024), pero existen factores que afectan únicamente a las familias de personas que podrían ser potencialmente donantes. Las creencias atribucionales de lo que la persona hubiera deseado cobran mucha importancia. Normalmente, son elaboradas tomando información saliente, como la fe religiosa de la persona o actitudes hacia los y las profesionales de la medicina (Radecki, 1997). Esto último guarda

relación con las impresiones y valoraciones que la familia tenga de los y las profesionales que les están acompañando y la información que reciban. Una información de calidad acerca de, por ejemplo como se ha mencionado antes, clarificar lo que implica la muerte cerebral y buen apoyo percibido por parte del equipo son vitales para garantizar un acompañamiento humano y digno de este proceso (Busl, 2020).

Discusión

La revisión de la literatura realizada en este trabajo sugiere que las consecuencias a nivel psicológico de la donación de órganos en vida constituyen un fenómeno complejo y multifactorial. Aunque de manera general las personas donantes presentan buenos niveles de bienestar psicológico y satisfacción con la decisión tomada, existen diferentes factores que pueden modular de forma significativa su experiencia antes, durante y después del proceso de donación.

Uno de los aspectos resaltables es la importancia del periodo previo a la donación, durante la evaluación para decidir si la persona que desea donar tiene un perfil apto o no. Diversos estudios señalan que algunas personas donantes identifican esta fase como la más difícil del proceso, describiendo sentimientos de incertidumbre, y de soledad o falta de acompañamiento durante la evaluación previa a la intervención (Cazauvieilh et al., 2023).

En muchos estudios, como es recogido en varias revisiones (Cazauvieilh et al., 2023; Jun et al, 2021, Massey et al., 2024), se compara la calidad de vida de las personas donantes y su estado emocional antes y después de la donación, sumado a un seguimiento normalmente un año más tarde. Es importante tener en cuenta que en el pretest muchas de las personas que están siendo evaluadas están pasando por un momento de gran incertidumbre y estrés. La preocupación y ansiedad que pueden estar sufriendo es una fuente de variabilidad muy importante que no se debe pasar por alto en futuras investigaciones.

Otro elemento relevante es la relativa falta de investigación sobre las consecuencias psicológicas para los donantes en caso de complicaciones médicas posteriores a la intervención. Los estudios tienden a centrarse en cómo los resultados del trasplante afectan al donante, más que en el

impacto directo que pueden tener las complicaciones quirúrgicas experimentadas por la propia persona donante (Cazauvieilh et al., 2023). Esta laguna en la literatura sugiere la necesidad de ampliar el foco de investigación hacia el bienestar integral del donante ya que, como se ha podido ver, la salud de la persona recipiente es un factor que modula muchos factores de bienestar y calidad de vida post-donación para la persona donante.

La relación previa entre ambas personas constituye otro factor relevante a estudiar. En muchos casos, los resultados obtenidos en los estudios se contradicen entre sí (Cazauvieilh et al., 2023; Jowsey y Schneekloth, 2008; Massey et al., 2024). Donar a un familiar puede ir acompañado de mayores niveles de apoyo social (de la propia familia) y reconocimiento por parte del entorno, lo que puede contribuir a reforzar la percepción positiva de la experiencia y el significado personal atribuido a la donación (Jun et al., 2021). Sin embargo, cuando la decisión de donar está motivada principalmente por una sensación de obligación moral o presión familiar, el riesgo de malestar psicológico posterior puede aumentar. Donar de forma no directa puede reducir el malestar psicológico asociado a sentir responsabilidad o culpa, pero la falta de apoyo que estas personas suelen reportar puede incrementar el estrés experimentado por las personas donantes, así como dificultar su proceso de adaptación tras la intervención (Massey et al., 2024).

Identificar estas posibles fuentes de malestar puede ayudar a mejorar el cuidado a las personas donantes. Una buena información a las personas donantes puede ayudar a paliar los efectos de culpa ya que, por ejemplo en el caso de familiares tras operaciones no exitosas, el 33% había sentido culpa alguna vez y el 22% se había sentido responsable de la muerte del receptor (Jun et al., 2021). Otro ejemplo sería tratar de reforzar y asegurar la red social de las personas donantes y de esta manera, reducir todos los riesgos asociados de la soledad percibida como mayor ansiedad, depresión y peor tasa de recuperación (Massey et al., 2024).

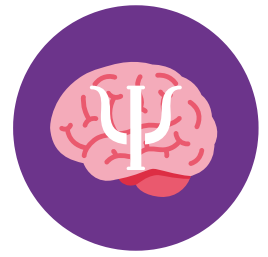
Conclusión

En suma los estudios apuntan que, para las personas donantes que viven una experiencia sin

consecuencias negativas a nivel físico y de la experiencia de la operación, realizar una donación es una experiencia que consideran positiva y beneficiosa. Aun así, coloca a estas personas en una situación de vulnerabilidad mayor. Sería beneficioso realizar evaluaciones psicológicas exhaustivas que no anulen la agencia del donante durante el proceso de selección de donantes para garantizar un seguimiento/apoyo psicosocial adecuado tras la intervención. Identificar en qué áreas específicas se pueden llegar a desarrollar dificultades de ajuste es una gran herramienta para poder apoyar a las personas donantes con acción preventiva y acompañamiento.

Referencias

- Bus, KM. (2020). What Does the Public Need to Know About Brain Death?. *AMA Journal of Ethics*, 22(12). <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.1047>
- Butterworth, VA., Simmons, RG., Bartsch, G., Randall, B., Schimmel, M. y Stroncek, DF. (1993). Psychosocial Effects of Unrelated Bone Marrow Donation: Experiences of the National Marrow Donor Program. *Blood*, 81(7). 1947-1959. [https://doi.org/0006-4971/93/8 I07-0006\\$3.00/0](https://doi.org/0006-4971/93/8 I07-0006$3.00/0)
- Cazauvieilh, V., Moal, V., Prudhomme, T., Pecoraro, A., Piana, A., Campi, R., Hevia, V., Territo, A. y Boissier, R. (2023). Psychological Impact of Living Kidney Donation: A Systematic Review by the EAU—YAU Kidney Transplant Working Group. ESOT. *Transplant International*, 36. 11827. <https://doi.org/10.3389/ti.2023.11827>
- Gallup Organization. (1993). *The American public's attitudes toward organ donation and transplantation*. Boston: The Partnership for Organ Donation.
- Jowsey, SG. y Schneekloth, TD. (2008). Psychosocial factors in living organ donation: clinical and ethical challenges. *Transplantation Reviews* 22. 192-195. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2008.04.008>
- Jun QL., Lucas JH., Roger CM. y Cyrus SH. (2021). Depression, anxiety, and associated psychological outcomes in living organ transplant donors: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 70. 51-75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.03.002>
- Karagöl, A. y Törenli Kaya, Z. (2022). Evaluating early maladaptive schemas and depression levels in living kidney and liver donors. *Psychology, health & medicine*, 27(10), 2161–2170. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1981409>
- Katvan, E., Cohen, J., Rahamimov, R., y Ashkenazi, T. (2022). A Comparison of Recalled Pain Memory Following Living Kidney Donation Between Directed and non-Directed, Altruistic Donors. *Progress in transplantation*, 32(4), 285–291. <https://doi.org/10.1177/15269248221122897>
- Ley 30/1979. *Sobre extracción y trasplante de órganos*. 27 de octubre de 1979. B.O.E. No. 266. <https://www.boe.es/eli/es/l/1979/10/27/30/con>
- Massey, EK., Rule, AD. y Matas, AJ. (2024). Living Kidney Donation: A Narrative Review of Mid- and Long-term Psychosocial Outcomes. *Transplantation*, 109(2). 259-272. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000005094>
- Ministerio de Sanidad. (16 de enero de 2026). *España vuelve a superar los 6.300 trasplantes en 2025*. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6828>
- Organización Nacional de Trasplantes. (s. f.). *Donación de Órganos*. <https://www.ont.es/informacion-al-ciudadano-3/donacion-de-organos-3-4/>
- Radecki, CM. (1997). Psychological Aspects of Organ Donation: A Critical Review and Synthesis of Individual and Next-of-Kin Donation Decisions. *Health Psychology*, 16(2). 183-195. <https://doi.org/0278-6133/97/S3.00>
- Zink, S., Zeehandelaar, R. y Wertlieb, S. (2005). Presumed vs Expressed Consent in the US and Internationally. *AMA Journal of Ethics*, 7(9). 610-614. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2005.7.9.pfor2-0509>



Neurobiología de la Identidad: el Coste de la Coherencia en la Era de la Posverdad y la Saturación Digital.

Enrique Poza Barbero

¹Universidad Europea Miguel de Cervantes

INFORMACIÓN

Palabras clave

Termodinámica
Terapia Basada en Procesos (PBT)
Análisis funcional
Posverdad
Nihilismo
Modelo Evolutivo Extendido (EEMM)
Evitación experiencial
Salud mental digital
Teoría de los Marcos Relacionales (RFT)

RESUMEN

La saturación de información y la pérdida de referentes claros plantean un desafío sin precedentes para la construcción de una identidad coherente. El ecosistema de hiperconectividad contemporáneo, saturado de contenidos sintéticos, polarizantes y noticias contradictorias, bloquea nuestra capacidad de juicio y agencia. Este artículo analiza el fenómeno del vacío existencial contemporáneo desde una perspectiva funcional, examinando cómo la entropía informativa se traduce en agotamiento biológico real y parálisis motivacional. Frente a esta desintegración, se propone un cambio de paradigma hacia la Terapia Basada en Procesos (PBT) y su lente conceptual, el Modelo Evolutivo Extendido (EEMM), que permite cartografiar la experiencia humana no como un conjunto de síntomas, sino como un sistema dinámico en constante adaptación. A través de herramientas como la Evaluación Momentánea Ecológica (EMA) y el análisis de redes GIMME, la psicología ofrecerá una vía efectiva para recuperar la soberanía cognitiva, permitiendo intervenciones personalizadas que responden a la red única de cada individuo.

El colapso de los grandes relatos

La psicología clínica se encuentra hoy en un punto de inflexión científico. Durante más de medio siglo, la disciplina ha operado bajo la "tiranía del síndrome", un esquema de herencia biomédica que pretende encapsular el sufrimiento en las categorías estancas de manuales como el DSM-5 o la CIE-11 (Hofmann & Hayes, 2019; Moskow et al., 2023). Este enfoque nomotético somete la singularidad del individuo al promedio estadístico, asumiendo una homogeneidad que la práctica clínica desmiente sistemáticamente: diferentes personas con el mismo diagnóstico pueden presentar redes de síntomas y procesos de mantenimiento totalmente opuestas

(Ong et al., 2025). Tras décadas de inversión masiva, el estancamiento de las tasas de recuperación en un mediocre 50% denuncia que la intervención dirigida a constructos sindrómicos ha agotado su capacidad de transformación (Ciarrochi et al., 2024; Loerinc et al., 2015). La evidencia contemporánea ya no permite sostener el espejismo de una firma biológica única para estos trastornos y la comorbilidad es, de hecho, la norma (Hayes et al., 2020).

Esta debilidad teórica coincide con un momento de profunda fragilidad existencial. Históricamente, la identidad humana siempre encontró pilares sólidos. En la Prehistoria, la identidad era un eco de lo

sagrado mediado por el ritual; el comportamiento humano se validaba al repetir modelos divinos o arquetípicos que garantizaban un lugar en el cosmos (Eliade, 1949/2001; Eliade, 1954/1974). Durante la Edad Media, este orden se consolidó en un "mundo encantado" (Taylor, 2007) donde la presencia de Dios era una innegabilidad social y moral presente en cada práctica comunitaria, proporcionando un marco de seguridad epistémica absoluto (Taylor, 2018). Sin embargo, con el advenimiento de la Modernidad y la Ilustración, estos anclajes externos colapsaron. Jean-Jacques Rousseau (1754/2005) fue de los primeros en advertir que la transición hacia la civilización y la dependencia de las jerarquías sociales —ya fueran clericales o estatales— erosionaba la "salud psicológica" y la independencia natural del ser humano, forzándolo a una existencia de comparación y aprobación externa (1) (Melzer, 1990). Aquel presagio de la alienación cristalizó en la "muerte de Dios" nietzscheana y el colapso de los "grandes relatos" —el racionalismo, la moral tradicional y el relato platónico—, dejando al individuo ante la tarea de inventar sus propios valores en un vacío de certezas (Nietzsche, 1887/1974).

Termodinámica de la Cognición: el coste de la coherencia en la Era Digital

La parálisis del individuo moderno halla su explicación técnica al situarnos en el dominio de la neurociencia termodinámica. Bajo este prisma, el cerebro, opera como un sistema físico regido por el Principio de Energía Libre (FEP), cuya función es reducir la discrepancia entre sus predicciones internas y los datos sensoriales del exterior (Friston, 2010). Esta búsqueda de coherencia permite al organismo funcionar con eficiencia, evitando el gasto masivo que supondría procesar cada estímulo desde cero. El cerebro, es en esencia, un simulador de vuelo constante. Si vas a entrar en una habitación oscura, ya ha "dibujado" dónde debería estar la puerta. Si la puerta no está ahí, hay un "error de predicción" que dispara el gasto energético para recalcularla realidad. Minimizar esta sorpresa sensorial resulta fundamental para la supervivencia biológica. Friston (2010) propone que el malestar psicológico surge cuando la brecha entre nuestras expectativas y la realidad se vuelve insalvable.

Sin embargo, esta eficiencia se enfrenta a un límite físico. El cerebro debe sostener la complejidad de la experiencia humana con un presupuesto metabólico de apenas 20 vatios—similar al consumo de una bombilla LED—, una restricción energética que obliga al sistema a una economía de recursos extrema (Wolpert et al., 2024). El marco COCO (*Cost of Cognition*) demuestra que el procesamiento de información conlleva un coste real que aumenta exponencialmente ante entornos impredecibles y contenidos que requieren una computación distribuida entre múltiples redes neuronales. En la era digital, este coste se dispara por la fragmentación drástica de la atención. Estudios longitudinales indican que la capacidad de mantener el foco en una pantalla ha colapsado desde los 150 segundos en 2004 hasta una media de apenas 47 segundos en la actualidad (Mark, 2023). El impacto de estos datos ha sido capitalizado por la industria cultural a través del "Cine del Caos" o post-continuismo, una estética que sacrifica la coherencia del espacio y el tiempo en favor de un impacto sensorial constante (Shaviro, 2024). Mientras que en el cine clásico la duración media de un plano era de 10 segundos, hoy ha colapsado hasta los 3 segundos. La incapacidad para sostener el pensamiento profundo genera un "residuo atencional" que impide al cerebro limpiar los recursos de la tarea anterior, imposibilitando la resolución de problemas complejos y favoreciendo un estado de pasividad cognitiva o "Brain Rot" (Mark, 2023). Este término describe la degradación de las funciones mentales superiores frente a un flujo incesante de microestímulos que no dejan espacio para la reflexión.

Un bombardeo simultáneo de tragedias geopolíticas, publicidad intrusiva y vacuidad algorítmica en un mismo hilo informativo precipita el "colapso de contexto", una anulación de las jerarquías de importancia, donde lo trivial y lo traumático convergen en el mismo plano de conciencia. Esta nivelación impide que los modelos de predicción interna operen con eficacia y fallen sistemáticamente, obligando al cerebro a un recalentamiento constante por intentar encontrar un sentido que no existe.

Frente a este desborde de entropía, el organismo activa un protocolo de ahorro de emergencia. Se

(1) En la Ilustración, pensadores como Rousseau proyectaron la figura del "noble salvaje" para criticar la civilización, pero al hacerlo establecieron jerarquías sobre lo que constituye una mente "funcional" que todavía hoy permean nuestra definición de salud.

produce un desacoplamiento funcional —una desconexión de seguridad— entre la corteza prefrontal dorsolateral, responsable de proyectar metas a largo plazo y del control inhibitorio, y la ínsula anterior, que actúa como el sensor del coste del esfuerzo (Gueguen et al., 2024). Cuando la ínsula detecta que el entorno es demasiado confuso, "corta el cable" que nos une a nuestra agencia, que es nuestra capacidad de actuar voluntariamente y sentir que nuestras decisiones tienen un impacto. El resultado es una señal interna de que cualquier acción de agencia es demasiado "cara" o inútil, derivando en una inacción protectora. Es el punto donde el sujeto abandona la búsqueda de la verdad porque el esfuerzo biológico ya no garantiza ni seguridad ni claridad (Deco et al., 2024).

Cenizas de la *pax deorum*: el exilio de la seguridad cognitiva

Esta parálisis biológica se ve alimentada por una degradación de la confianza social, el marco de seguridad colectiva que permite a las personas actuar sin tener que verificar cada dato por su cuenta. El concepto de "diagonalismo" (Callison & Slobodian, 2021) describe cómo las narrativas actuales ya no viajan por canales institucionales verticales (expertos, gobiernos) ni por la verificación horizontal de pares, sino que se mueven de forma diagonal a través de redes sociales, uniendo a grupos dispares mediante el agravio compartido y la sospecha.

Esta nueva estructura de comunicación rompe el orden jerárquico tradicional y prioriza la conexión emocional por encima de la validez de los datos. Durante crisis como la DANA de Valencia en 2024, se observó cómo teorías conspirativas sobre la demolición de embalses o ataques a agencias meteorológicas ganaban tracción sobre la evidencia científica (López-Carrión & Llorca-Abad, 2025). Este fenómeno evidencia que, ante una catástrofe, el individuo tiende a aceptar explicaciones que confirmen su desconfianza hacia el sistema, pues estas resultan más sencillas de procesar que la compleja realidad técnica de los hechos.

En "La Tragedia de los Comunes Epistémicos", Hardin (1968) expone que al igual que un recurso natural se agota cuando todos lo explotan de forma egoísta, la verdad y la confianza son recursos

compartidos que todos necesitamos para actuar, pero que son saboteados por el interés individual de ganar estatus en una tribu, en este caso digital. Al contaminar el flujo de información con contenidos diseñados solo para obtener atención, se destruye la utilidad del conocimiento para el conjunto de la sociedad. Cuando la base de hechos compartidos se destruye, el individuo cae en una "indefensión aprendida digital". Este es un estado de bloqueo donde, tras ser bombardeado por informaciones contradictorias que no puede controlar, el sujeto asume que entender la realidad es una tarea imposible y opta por no hacer nada.

Esta ruptura puede entenderse desde la noción clásica de "pax deorum". En la antigua Roma, la "pax deorum" representaba el contrato sagrado entre el Estado y los dioses; el cumplimiento de los rituales garantizaba la armonía cósmica y la protección de la comunidad (Kolman, 2023). Este marco proporcionaba una "seguridad cognitiva" que hoy ya no existe. Actualmente, el colapso de la confianza institucional ha roto cualquier equivalente funcional a este concepto. Cuando los rituales de producción de verdad (como la ciencia) son percibidos como fraudulentos, ocurre la polarización, la comunidad se fractura en facciones incompatibles que no comparten criterios para creer en los hechos, imponiendo un coste biológico insostenible al individuo al forzarlo a ser su propio verificador de datos en un entorno infinito.

PBT: Variación, selección y retención

El Modelo Evolutivo Extendido (EEMM) organiza los procesos de cambio idiográficos (individuales) utilizando el lenguaje de la ciencia evolutiva: variación (probar cosas nuevas), selección (elegir lo que funciona) y retención (convertirlo en hábito), siempre dentro de un contexto específico (Hofmann & Hayes, 2019; Hayes et al., 2020).

Mecanismos de cambio en la función verbal: defusión y apertura ante la evitación digital

A continuación, se analizan las seis dimensiones psicológicas del EEMM, integrando las tradiciones históricas que las nutrieron y los mecanismos técnicos que hoy permiten su síntesis.

Dimensión Afectiva.

Históricamente, el conductismo clásico de la primera ola trataba el afecto mediante la exposición y la desensibilización sistemática. El mecanismo era la extinción de la respuesta de miedo por habituación. Posteriormente, la segunda ola introdujo la regulación emocional como una forma de control (Hayes, 2004). Sin embargo, en la era de la "evitación experiencial", el EEMM propone un giro hacia la aceptación activa (Hayes et al., 1999). El mecanismo de cambio ya no es la reducción del síntoma, sino la apertura a la experiencia emocional para que el malestar deje de ser una barrera para la acción.

Dimensión cognitiva.

La terapia cognitiva de Beck se centraba en la reestructuración: identificar pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más realistas mediante el debate socrático (Beck, 1976). El EEMM, apoyado en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), propone en cambio la defusión cognitiva (Blackledge, J. T., 2009, p.49). El mecanismo central es el cambio en la función del pensamiento, no en su contenido. En lugar de discutir si "la vida es absurda", se entrena al paciente para observar ese pensamiento como un evento verbal. Esto rompe la coordinación entre "Vida" y "Vacío", permitiendo que el individuo actúe basándose en el rastreo de contingencias reales y no en el acatamiento de reglas verbales rígidas.

Dimensión atencional.

El entrenamiento atencional tiene sus raíces en las prácticas contemplativas y fue integrado en la psicología por las terapias de tercera ola como el MBSR (Kabat-Zinn, 1990). El mecanismo tradicional es el descentramiento. En el EEMM la intervención busca fortalecer la "flexibilidad atencional", permitiendo al sujeto recuperar el control sobre su foco y reducir el impacto del residuo atencional que agota su memoria de trabajo (Mark, 2023).

Dimensión del YO.

Las terapias humanistas y existenciales (Frankl, Rogers) siempre enfatizaron la búsqueda de un "yo auténtico" y el sentido de la vida (Yalom, 1980). Sus técnicas eran principalmente la reflexión

fenomenológica. El EEMM tecnifica este proceso distinguiendo entre el "Yo-como-Contenido" (la historia personal de fracaso o vacío) y el "Yo-como-Contexto" (el observador estable) (Blackledge, J. T., 2009, p.50). El mecanismo es la toma de perspectiva. Esto permite al individuo desvincularse de identidades sintéticas construidas en redes sociales y recuperar un sentido de mismidad que no dependa de la validación externa o las métricas de aprobación digital.

Dimensión motivacional.

La Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991) utilizaba el balance decisional para generar discrepancia y motivar el cambio. En el EEMM, la motivación se trabaja a través de la clarificación de valores. Estos actúan como "reforzadores de horizonte": direcciones vitales que dan sentido al esfuerzo incluso en ausencia de refuerzos inmediatos (Ciarrochi et al., 2024). Este proceso es fundamental para que el cerebro justifique el gasto de energía metabólica necesario para salir de la inercia biológica (Wolpert et al., 2024).

Dimensión conductual.

El análisis de conducta tradicional se centraba en el moldeamiento y el reforzamiento positivo para cambiar hábitos. El EEMM integra esto mediante la distinción entre Pliance (acatamiento por aprobación social) y Tracking (rastreo por consecuencias naturales) (Inoue & Okajima, 2025). La intervención clínica fomenta que el paciente deje de actuar para complacer al algoritmo o a su tribu digital y empiece a observar qué acciones producen resultados valiosos en su entorno físico y cercano. La escala GPT-2s permite hoy medir esta disposición hacia el rastreo, correlacionándola con una mayor autonomía y bienestar (Inoue & Okajima, 2025).

Estrategias de fusión para una conciencia saturada

La transición requiere herramientas que capturen la vida "tal como se vive" (Shiffman et al., 2008). La verdadera revolución de la PBT reside en la capacidad de descubrir las leyes dinámicas de un individuo único. Esto lo logra mediante la Evaluación Momentánea Ecológica (EMA) y el algoritmo GIMME (*Group Iterative Multiple Model Estimation*).

Métricas de presencia: EMA

La literatura clínica actual propone protocolos de alta frecuencia diseñados para capturar la varianza intradía sin agotar al paciente (Mansueto et al., 2023; Sanford et al., 2022). Un diseño efectivo y robusto incluye:

1. Frecuencia y Ventanas: Se realizan 4 evaluaciones diarias durante un periodo de 30 días (Luo et al., 2023; Sanford et al., 2022). Las evaluaciones se distribuyen en ventanas estratégicas (p. ej., 10:00-12:00, 16:00-18:00, 22:00-00:00) para capturar el ciclo circadiano y los estresores diarios (Luo et al., 2023).
2. Métrica de Respuesta: Se utiliza la Herramienta de Evaluación Basada en Procesos (PBAT), que consta de 18 ítems (9 positivos y 9 negativos) que miden las dimensiones del EEMM mediante escalas visuales analógicas de 0 a 100 (Ciarrochi et al., 2022; Luo et al., 2023). Esta escala ofrece una precisión decimal necesaria para detectar fluctuaciones sutiles que las escalas Likert tradicionales ignoran.
3. Muestreo Temporal: Cada prompt solicita al paciente reflexionar sobre su estado en las últimas 3 horas, permitiendo identificar cómo procesos como la "atención a lo que está mal" preceden a cambios en el "afecto" o la "conducta motivada" (Ong et al., 2025; Sanford et al., 2022).
4. Carga y Adherencia: Para que el análisis estadístico sea válido, el individuo debe completar al menos el 75-80% de los prompts, lo que garantiza entre 75 y 100 puntos de datos utilizables (Mansueto et al., 2023; Nye et al., 2023).

El análisis de redes: GIMME

El procesamiento de los datos obtenidos mediante EMA se articula a través del algoritmo GIMME, que integra el Modelado de Ecuaciones Estructurales Unificado (uSEM) para estimar relaciones contemporáneas y rezagadas (lagged) entre variables (Gates & Molenaar, 2012; Sanford et al., 2022). Gimme construye un mapa de red único para cada persona, identificando qué procesos son "motores" (nodos centrales con alta influencia de salida) y cuáles son meros síntomas periféricos. Después, mediante el análisis de

vectores autorregresivos (VAR), GIMME permite observar la dirección de los efectos (Granger causality), detectando si la "desconexión social" de una medición predice el "bajo afecto" en la siguiente, permitiendo al terapeuta intervenir preventivamente en el nodo origen. Por último, el algoritmo es capaz de agrupar a individuos que comparten estructuras de red similares, hacer subgrupos (S-GIMME), facilitando el aprendizaje clínico sin sacrificar la individualidad (Gates & Guskiewicz, 2017; Mansueto et al., 2023).

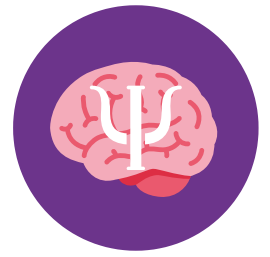
Conclusión

La crisis de identidad contemporánea es el resultado de un desajuste entre nuestra biología predictiva y un entorno de entropía informativa insostenible. La PBT, con la EEMM, proporciona el mapa técnico para transitar desde una existencia gobernada por reglas verbales y aprobación externa hacia una vida anclada en la flexibilidad y el propósito. Recuperar el control no significa eludir el miedo o el vacío, sino aprender a caminar con ellos mientras construimos nuestra identidad a través de actos intencionales en el mundo físico. La soberanía cognitiva es, en última instancia, el acto de valentía de seguir buscando significado en un sistema que intenta automatizar nuestra vida mental.

Referencias

- Beck, Aaron T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. *International Universities Press*. https://archive.org/details/cognitivetherapy0000beck_e3y7
- Blackledge, J. T., y Barnes-Holmes, D. (2009). *Core processes in Acceptance and Commitment Therapy*. En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 41-58). https://contextualscience.org/files/Blackledge_Barnes-Holmes_2009.pdf
- Callison, W., & Slobodian, Q. (2021). *Diagonalism*. *Boston Review*. <https://www.bostonreview.net/articles/quinn-slobodian-toxic-politics-coronakspeticism/>
- Ciarrochi, J., Hayes, S. C. y Hofmann, S. G. (2024). Process-Based Therapy: A Common Ground for Understanding and Utilizing Therapeutic Practices. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 265-290. <https://doi.org/10.1037/int0000348>
- Deco, G., Sanz Perl, Y., Luppi, A., Gini, S., Gozzi, A., Chandaria, S., y Kringelbach, M. L. (2024). The COCO (COst of COgnition) framework. *bioRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.06.18.660368>
- Eliade, Mircea. (1949/2001). *El mito del eterno retorno*. <https://antroporecursos.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/03/eliade-m-1949-el-mito-del-eterno-retorno.pdf>
- Eliade, Mircea. (1954/1974). *Tratado de la historia de las religiones*. <https://www.espiritualidadpamplona-irunea.org/wp-content/uploads/2018/10/Mircea-Eliade-Tratado-de-la-Historia-de-las-religiones-I-.pdf>
- Ferrario, A., Facchini, A., y Termine, A. (2024). ¿Expertos o autoridades? El extraño caso de la supuesta superioridad epistémica de los sistemas de inteligencia artificial. *Minds and Machines*, 34, 30. <https://doi.org/10.1007/s11023-024-09681-1>
- Friston, K. (2010). *The free-energy principle: a unified brain theory*. *Nature Reviews Neuroscience*. <https://www.fil.ion.ucl.ac.uk/~karl/NRN.pdf>
- Gates, K. M., & Molenaar, P. C. (2012). Group iterative multiple model estimation: A directed acyclic graph search algorithm. *Structural Equation Modeling*, 19(3), 434-448. [https://www.nitrc.org/docman/view.php/792/1345/GIMME%20Manual%20\(Versión%202012\)](https://www.nitrc.org/docman/view.php/792/1345/GIMME%20Manual%20(Versión%202012))
- Gates, K. M., & Molenaar, P. C. (2012). Group iterative multiple model estimation (GIMME). *SEM*, 19(3). https://gateslab.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/5170/2014/06/gates_molenaar_2012.pdf
- Gueguen, M. C., et al. (2024). Neural interactions in the human frontal cortex dissociate reward and punishment learning. *eLife*, 13. <https://doi.org/10.7554/eLife.92938.3>
- Hardin, Garrett. (1968). The Tragedy of the Commons. *Science*, 162. <https://doi.org/10.1126/science.162.3859.1243>
- Hayes, Steven C. (2004). ACT, RFT, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press. https://contextualscience.org/publications/hayes_strosahl_wilson_1999
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., y Ciarrochi, J. (2020). The Extended Evolutionary Meta-Model (EEMM). *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1002849>
- Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *World Psychiatry*, 18(1), 37-38. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6350520/>
- Inoue, K., y Okajima, I. (2025). Validity and Reliability of the Generalized Pliance and Tracking 2-way Scale: GPT-2s. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100931>
- Kabat-Zinn, Jon. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind*. <https://ird.mcu.ac.th/wp-content/uploads/2021/07/Full-Catastrophe-Living-PDFDrive-.pdf>

- Kolman, J. (2023). *Pax Deorum: Roman Religion and Cognitive Security*.
<https://www.cambridge.org/core/books/consul-at-rome/consuls-and-civic-religion/BDC8ED3D476F8E1FDF99B097EC29AE9A>
- Loerinc A. , Meuret A., Twohig M. Rosenfiel D., Bluet E. y Craske M. (2015). Response rates for CBT of anxiety disorders: Need for improvement. *Clinical Psychology Review*, 42.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735815001178?via%3Dihub>
- López-Carrión, A. E., y Llorca-Abad, G. (2025). Desinformación durante la crisis producida por la DANA de 2024 en España: análisis, características, tipologías y desmentidos. *Revista Mediterránea de Comunicación*, 16(2).
<https://doi.org/10.14198/MEDCOM.29303>
- MacIntyre, A. (1981). *After Virtue: A Study in Moral Theory*. University of Notre Dame Press.
https://archive.org/details/aftervirtuestudy0000maci_y4j4
- Mark, G. (2023). *Attention Span: A Groundbreaking Way to Restore Balance, Happiness and Productivity*. Hanover Square Press.
<https://dokumen.pub/attention-span-a-groundbreaking-way-to-restore-balance-happiness-and-productivity-9781335449412-9780369733054.html>
- Melzer, A. M. (1990). *The Natural Goodness of Man: On the System of Rousseau's Thought*. University of Chicago Press.
<https://ur.bc.edu/system/files/2025-04/bc-ir102043.pdf>
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*.
<https://bluepeteraustralia.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/12/motivational-interviewing.pdf>
- Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes S., Hofmann S. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 14(1).
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20438087231152848>
- Nietzsche, F. (1887/1974). *The Gay Science*.
https://archive.org/details/cognitivetherapy0000beck_e3y7
- Nye, A., Delgadillo, J., y Barkham, M. (2023). Effectiveness of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(7), 389–397.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000820>
- Ong, C. W., Hayes S., Hofmann S. (2025). *A process-based approach to cognitive behavioral therapy*. *Frontiers in Psychology*.
- Rousseau, J. J. (1754/2005). *Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres*.
<https://sociologia1unpsjb.wordpress.com/wp-content/uploads/2008/03/rousseau-discurso-sobre-la-desigualdad.pdf>
- Sanford, B. T., Ciarrochi J., Chin F. y Hofmann S. (2022). Toward empirical process-based case conceptualization: An idionomic network examination of the PBAT. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
https://www.researchgate.net/publication/361144177_Toward_empirical_process-based_case_conceptualization_An_idionomic_network_examination_of_the_process-based_assessment_tool
- Shaviro, Steven. (2024). *Angel of Fire: Post-Continuity in Tony Scott's Domino*.
<https://www.blog.shanedenson.com/?p=1466>
- Shiffman, S., Stone, A. A., y Hufford, M. R. (2008). *Ecological Momentary Assessment*.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>
- Taylor, C. (2018). *Una era secular*.
https://juanmanuelcincunegui.com/wp-content/uploads/2019/10/2016_stromata_La-era-secular-seg%C3%BAn-Charles-Taylor.pdf
- Yalom, Irvin D. (1980). *Existential Psychotherapy*.
<https://www.ubiquityuniversity.org/wp-content/uploads/2019/04/Yalon-on-Meaninglessness.pdf>
- Younas, A., y Zeng, Y. (2024). The Epistemology of Artificial Intelligence: Understanding Knowledge Creation and Validation in the Digital Age. *Journal of Knowledge Studies*.
<https://www.researchgate.net/publication/395454132>



Personalidad adictiva; ¿mito o realidad?

Celia Milán Veá

¹Universidad autónoma de Barcelona

INFORMACIÓN

Palabras clave

Personalidad, adicción, sustancias

RESUMEN

En el presente artículo se realiza una revisión de literatura en torno al concepto de la “personalidad adictiva”, presentando la evidencia a favor y en contra de esta. La revisión muestra una amplia validación teórica en contra del uso de la expresión, concluyendo que este término no está basado en fundamentos consistentes y es usado erróneamente o confundido con factores de riesgo múltiples de las adicciones.

Introducción

La denominada “personalidad adictiva” ha llegado a aparecer en medios de comunicación como El País (Griffiths, 2016) e incluso en la BBC (“¿Por qué es un mito?”, 2023). Además, figuran cientos de resultados en el buscador de Google, y el hashtag #addictivepersonality en TikTok cuenta con más de 22 millones de interacciones (El Tiempo, 2024). La presencia de estas etiquetas en las redes sociales facilitan el fenómeno de la patologización, sobre el cual Roger Ballecà, coordinador del comité de Infancia y Adolescencia de la COPC, remarca “... todos participamos socialmente aplicando patologías y medicalizando comportamientos y malestares que a menudo son normales para un determinado proceso o momento vital” (Marta, 2021).

Aparte de las cifras, existen innumerables ejemplos en los que personajes públicos mencionan tener una “personalidad adictiva”. Algunos la relacionan más con las drogas (LOS40, 2020) y otros con las compras (Engel, P, 2022), pero en todas las

declaraciones esta expresión se vuelve recurrente en su discurso al hablar de la dependencia a sustancias o comportamientos.

Sin embargo, este concepto no sólo es usado por personas sin formación en el campo de la psicología, sino que psicólogos como Sadava (1978) lo mencionan en sus trabajos. Incluso terapeutas expertos en adicciones han llegado a usarlo en entrevistas (Martín, 2025) o ha aparecido en el título de libros de amplia difusión como The Addictive Personality (La personalidad adictiva), de Craig Nakken (1996).

El objetivo de este trabajo es determinar la validez teórica del constructo de la “personalidad adictiva” mediante el análisis del marco argumentativo disponible. Es necesario destacar que debido a la extensión y heterogeneidad en el fenómeno de las adicciones, la búsqueda bibliográfica se ha delimitado mayoritariamente al abuso de sustancia psicoactivas, con el fin de poder realizar un análisis lo más exhaustivo y profundo posible.

Metodología

En cuanto a la metodología empleada en este artículo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el constructo de la “personalidad adictiva”. Basada principalmente en trabajos publicados en “Psycinfo” y , en menor medida, en “PubMed”. Se ha priorizado aquella bibliografía más reciente y con mayor número de citas para llevar a cabo un estado de la cuestión lo más preciso posible. Cabe remarcar que también se ha recopilado información de webs y de noticias para tratar casos reales de adicción y definiciones informales sobre algunos conceptos.

Definición de “Personalidad adictiva”

Se han identificado definiciones muy diversas de la “personalidad adictiva”, pero sin un acuerdo claro; unas más orientadas a la combinación de diferentes rasgos (Clínicas CITA, s. f.), otras sobre la predisposición a las compulsiones y los excesos (Sánchez, 2018). También se encuentran algunas centradas más en el sistema de apego (Forum Salud Mental, 2025). Davis y Claridges (1998) la definieron como «un perfil de características psicológicas que describe a individuos en una amplia gama de adicciones», ya que las medidas de personalidad adictiva buscan identificar rasgos de personalidad y patrones de estilo de vida asociados con el consumo de sustancias (Clements 13 y Heintz, 2002).

Pese a estas aportaciones, autores como Griffiths (2017) mencionaron que nunca han encontrado una definición operativa de qué es realmente la “personalidad adictiva”, más allá de la suposición implícita de que se refiere a un rasgo inherente al individuo que ayuda a explicar por qué las personas se vuelven adictas a sustancias y/o conductas (Griffiths, 2017).

Fundamentación teórica de la “Personalidad adictiva”

Durante la década de 1990, la "personalidad adictiva" fue utilizada por algunas empresas farmacéuticas como parte de las recomendaciones y advertencias de algunos productos, indicando que únicamente las personas con rasgos de carácter adictivo corrían el riesgo de engancharse, a pesar de

conocer la alta tasa de dependencia y consumo de sus productos ("¿Por qué es un mito?", 2023).

Diversas teorías han relacionado la personalidad y la adicción, siendo la “Teoría de la vulnerabilidad” la más compatible con el objeto de estudio de este trabajo . Su hipótesis intenta analizar varios rasgos de personalidad predisponentes al comportamiento adictivo, en lugar de simplemente tener en cuenta la presencia de estados transitorios (Eysenck, 1997). Se centra en el desarrollo de rasgos de personalidad desadaptativos antes del inicio de una adicción (Sutker y Allain, 1988). En relación a las diversas teorías en torno al desarrollo de la adicción, Ledrich y Ghana (2013) enfatizaron que todos los modelos podrían ser precisos en ciertas circunstancias. Además, el psicólogo Sadva (1978), remarcó que si no existiese la «personalidad adictiva», todas las personas serían vulnerables a la adicción si vivieran en entornos comparables, y que quienes fueran adictos se diferenciarían de los demás únicamente en los aspectos específicos de abuso de sustancias. Contrariamente su discurso desestimó las predisposiciones genéticas/biológicas y la estructura de la personalidad (Griffiths, 2017); sin embargo, siguiendo la línea de Sadva (1978), otros estudios de Clark et al. (1994) y Grekin, Sher y Wood (2006) apoyaron la idea de que rasgos específicos de personalidad podrían causar la adicción.

Claves de la trascendencia del término

Situaciones como la poliadicción de algunos adictos (Griffiths, 1994), la ausencia de determinismo ambiental absoluto en las adicciones (Sadava, 1978) o las recaídas de éstos (Griffiths, 1996) pueden ser factores que alimenten el uso de este término. Además, se han encontrado numerosas entrevistas donde personajes públicos hablan de la “personalidad adictiva” mediante afirmaciones como la de Ed Sheeran : “Era como querer comer un helado y terminar comiendo cuatro malditos postres hasta vomitarlos.”(LOS40, 2020), la declaración de Dick van Dyke: "Si algo me gustaba, me excedía"(Rabadán, 2025).

Además, esta expresión también ha sido usada por mujeres conocidas como la actriz Drew Barrymore: “Tengo una personalidad altamente adictiva, así que me preocupa seguir persiguiéndola, hacer esto y

aquello” (Córdoba, 2023).

Limitaciones del concepto

Pese a que algunos abogan por el uso del término, se han encontrado diversas limitaciones en la literatura histórica y actual en torno a este concepto.

En primer lugar, tal como ya se ha mencionado, no existe un consenso claro en torno a su definición. En esta línea, Nakken (1996) concluyó que la “personalidad adictiva” se refiere a la personalidad de un individuo una vez que es adicto y, como tal, esto tiene poca utilidad. Por otro lado, una de las principales limitaciones que muestran los estudios sobre personalidad es el uso habitual de métodos transversales, que no podrían determinar el orden del desarrollo de la personalidad y el desarrollo de la adicción (Sher et al., 2000). Pols (1984) reforzó esta barrera, mencionando que los hallazgos de estudios prospectivos sobre la “Personalidad adictiva” eran inconsistentes con los estudios retrospectivos y transversales. Argumentó que cuando los científicos miraban hacia atrás en la vida de un adicto, parecía existir un patrón; pero cuando se daba un seguimiento temporal, ese patrón no predecía quién se volvería adicto.

En relación a algunas de las limitaciones mostradas alrededor de este concepto, Nathan (1988) delimitó unos componentes que debería tener este rasgo común de personalidad para poder asociarse directamente con la adicción. Debería cumplir estándares como; en primer lugar preceder a los signos iniciales del trastorno. Segundo, debe ser específico del trastorno en lugar de antecedente, coincidente o consecuente con otros trastornos. Tercero, debe ser discriminativo. Finalmente, requiere estar relacionado con la conducta adictiva basándose en evidencia empírica confirmada de forma independiente, en lugar de evidencia clínica. En consecuencia, argumentó que ningún estudio había cumplido estos cuatro estándares.

Relación entre rasgos de personalidad y adicciones

Pese a todo lo mencionado, la literatura no niega el vínculo entre ciertas características de la personalidad y los comportamientos adictivos. Los rasgos de personalidad específicos que se han

vinculado con la adicción son la impulsividad y la búsqueda de sensaciones (Speranza et al., 2012).

En cuanto a las dimensiones generales de la personalidad, que agrupan diversos rasgos similares, tanto el neuroticismo como la desinhibición se han vinculado con la adicción. En contraste, la amabilidad y la apertura a la experiencia no han estado relacionadas en gran medida con los trastornos por uso de sustancias (Kotov et al., 2010). Como apunte, en todos los estudios hallados se ha usado el modelo de personalidad del Big Five (Costa y McCrae, 1992) para relacionar los rasgos de personalidad con la patología adictiva.

Pese a que las características mencionadas anteriormente se han asociado significativamente con distintos trastornos adictivos como el juego, el alcohol, la nicotina o el cannabis, diversos estudios mencionan diferencias asociativas entre ciertos rasgos de personalidad y el abuso de varios tipos de sustancias (Dash et al., 2019). Constataron que únicamente la apertura a la experiencia se relacionaba con el trastorno por consumo de cannabis, además de presentar un nivel promedio de neuroticismo en comparación con otros (Fort Behavioral Health, 2021). En cuanto al abuso de alcohol, investigaciones de Zilberman et al. (2018) hallaron niveles más bajos de extraversión en estos sujetos en comparación con los usuarios con trastorno por consumo de otras drogas y trastorno del juego. Además, mostraron niveles menores de apertura a la experiencia que los sujetos con comportamiento sexual compulsivo. Respecto a las adicciones que no están centradas en sustancias, también han diferido entre ellas en los niveles de extraversión y amabilidad de los sujetos estudiados (Zilberman et al., 2018).

Consecuentemente, Sutker y Allain (1988) alegaron que se debería demostrar la existencia de rasgos de la personalidad subyacentes a todas las adicciones para que existiese una “Personalidad adictiva” y remarcaron que la investigación era inconsistente y contradictoria en ese ámbito.

Impacto del uso del concepto

Se ha considerado que el uso del término “personalidad adictiva”, absuelve inherentemente la

responsabilidad individual de desarrollar una adicción y responsabiliza a otros de su tratamiento (Griffiths, 2017).

Esta terminología también abunda en el estigma de las personas con adicciones y además influye en nuestra mirada como sociedad sobre la prevención, tratamiento y mejoría de los pacientes drogodependientes, tal como menciona el psicólogo Andrés Borzutzky (Consuelo Lomas, 2022). Las consecuencias del uso dicho término se podrían resumir con la siguiente aportación de Griffiths (2017): "When someone says 'I've got an addictive personality', what they're actually saying is 'I can never be cured' [Cuando alguien dice 'Tengo una personalidad adictiva', lo que en realidad está diciendo es 'Nunca podré curarme']".

Otros posibles factores predisponentes a la adicción

Después de haber mostrado las limitaciones teóricas alrededor de la "Personalidad adictiva" nos preguntamos sobre algunas explicaciones etiológicas distintas a la personalidad que se le pueden atribuir a los trastornos adictivos.

En primer lugar, en referencia a la genética los científicos han estimado que ésta representa entre el 40 % y el 60 % del riesgo de adicción de una persona. No obstante, remarcan la ausencia de un único gen responsable del desarrollo de la misma (Watts et al., 2024), ya que se han identificado variantes en diversos genes asociados a la adicción (Li y Burmeister, 2012). Además, se ha demostrado la presencia de variaciones genéticas específicas para ciertas sustancias concretas (Learn Genetics, s. f.).

Por otro lado, se han encontrado a su vez factores de riesgo neuroanatómicos previos al abuso de sustancias. (Miller et al., 2024). En cuanto a los factores de riesgo ambientales relacionados con la toxicomanía, algunos estudios han relacionado el consumo de sustancias en la familia, la crianza disfuncional y el maltrato parental (físico, emocional o sexual) con la adicción (Woldin, 2024).

Presencia general de adicción

Una vez revisados los factores que podrían influir

en la adicción, la literatura nos lleva a un concepto que guarda similitudes con la "Personalidad adictiva". Este término se denomina factor de riesgo de adicción o presencia general de adicción (General addiction liability) (Hatoum et al., 2021).

Investigaciones de Vanyukov et al. (2012) lo definen como un rasgo latente (no observable) que explica una gran proporción de la variación en el riesgo de desarrollar trastornos adictivos. Además concretan que la presencia general de adicción se centra en el comportamiento social, en los precursores y los simultáneos de la regulación del comportamiento del abuso de sustancias. Estudios de Anker et al. (2012) afirmaron que los rasgos recientemente mencionados podían verse afectados por una combinación de factores genéticos, epigenéticos, ambientales y de personalidad junto con los efectos inducidos por las drogas. Finalmente, en cuanto a la validez de este concepto, las investigaciones de Vanyukov et al. (2012) concluyeron que tanto la plausibilidad de una única dimensión de responsabilidad común (no específica de la droga) como la viabilidad de la medición de este rasgo latente estaban respaldadas por hallazgos clínicos, neurobiológicos, genéticos y estadísticos.

En contraste con este estudio, se han constatado artículos más recientes en los que se considera que los criterios dentro de un trastorno por uso de sustancias (TUS) determinado no comparten un conjunto de influencias etiológicas ni surgen de una entidad latente unitaria. Además, han criticado que este criterio general tenga más influencia en algunas sustancias que en otras (Watts et al., 2024). En consecuencia, no se ha podido corroborar una unanimidad en la literatura actual respecto a la presencia general de adicción. Sin embargo, es vital tener en consideración que esta cuenta con un respaldo teórico considerablemente superior en la literatura actual en comparación con la limitada evidencia de la "Personalidad adictiva".

Es preciso señalar que además se ha observado, en ocasiones, un uso erróneo de la expresión "Personalidad adictiva" para definir la propensión general a la adicción, la cual responde a causas multifactoriales y no exclusivamente de personalidad. Así pues, el uso de este término, en algunos casos, podría interpretarse como un error de terminología causado por el desconocimiento de quienes lo usan.

La falta de evidencia de la “Personalidad adictiva”

En relación a las facetas de personalidad mencionadas y al término de la “Personalidad adictiva”, Szalavitz (2016) argumentó lo siguiente:

Fundamentally, the idea of a general addictive personality is a myth. Research finds no universal character traits that are common to *all* addicted people. Only half have more than one addiction (not including cigarettes)—and many can control their engagement with some addictive substances or activities, but not others. [Fundamentalmente, la idea de una personalidad adictiva generalizada es un mito. Las investigaciones no encuentran rasgos de carácter universales que sean comunes a todas las personas adictas. Muchos pueden controlar su participación en algunas sustancias o actividades adictivas, pero no en otras].

Así pues, de existir tal rasgo de personalidad sería difícil explicar por qué hay personas alcohólicas que no consumen otras drogas incluso cuando han estado expuestas a ellas o por qué un individuo se vuelve ludópata pero no adicto al tabaco (Consuelo Lomas, 2022). Bajo esta premisa, Kerr (1996) menciona que dicho constructo ha sido considerado durante mucho tiempo como viable, particularmente en EE. UU., pero que simplemente no hay evidencia de la existencia de un tipo de personalidad propensa a la adicción.

A modo de síntesis, la reflexión de Ian Hamilton, académico en la universidad de York (Reino Unido) resume de manera precisa lo expuesto: "La idea de la personalidad adictiva te priva de toda esperanza... te dice que esa es la trayectoria que tienes que seguir y que no tienes ningún control sobre ella" ("¿Por qué es un mito?", 2023).

Modelo biopsicosocial de la adicción

A pesar de la diversidad de modelos teóricos expuestos, es vital concluir que las investigaciones actuales sitúan a las adicciones en un conjunto complejo de variables, pudiendo estar influenciadas tanto por la genética como por una amplia gama de factores del entorno, incluida la presión del grupo, la exposición temprana a sustancias y el abuso físico o sexual ("¿Por qué es un mito?", 2023).

El modelo biopsicosocial de la adicción, basándonos en estudios Skewes y Gonzalez (2013), se sitúa como el más respaldado por la literatura.

Nos permite comprender el desarrollo y la progresión de los problemas de consumo de sustancias. Los autores remarcan que el modelo tiene en cuenta el papel de factores biológicos como la predisposición genética en el desarrollo de conductas adictivas. Considera también los factores psicológicos y cognitivos, como las expectativas de resultados, la autoeficacia y la disposición al cambio, y los factores sociales, como la influencia de la familia, los compañeros y la pareja. Además, remarca que en el consumo de sustancias estos factores son igualmente importantes.

De esta forma, la evidencia indica claramente la relevancia de las influencias en los tres ámbitos, y concluye que los programas de tratamiento exitosos se beneficiarán de adoptar una perspectiva biopsicosocial del problema de la adicción.

Discusión y conclusión

La revisión expone la falta de respaldo científico para la “personalidad adictiva”, revelando los motivos tras el uso de esta terminología y las consecuencias que puede tener en la sociedad. La literatura consultada evidencia las limitaciones actuales del concepto, derivadas principalmente de la ausencia de una definición universal para la “personalidad adictiva” y de la falta de una relación temporal-causal clara entre personalidad y conducta adictiva. Asimismo, el análisis constata la ausencia de un rasgo unificador capaz de predecir la variabilidad general de las adicciones. Los hallazgos sugieren que el uso de este término resulta impreciso o es utilizado incorrectamente para referirse a múltiples factores predisponentes de la adicción. La evidencia subraya la multicausalidad de los procesos adictivos, y sitúa a la teoría biopsicosocial de la adicción como el enfoque con mayor sustento empírico.

Referencias

- Anker, J. J., Baron, T. R., Zlebnik, N. E., y Carroll, M. E. (2012). Escalation of methamphetamine self-administration in adolescent and adult rats. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1–2), 149–153. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.01.004>
- BBC Mundo (10 de mayo de 2023). *Por qué es un mito hablar de “personalidades adictivas” (y qué consecuencias tiene pensar que existen)*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-65537647>
- Clark, L. A., Watson, D., y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103–116. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.103>
- Clements, R. y Heintz, J. M. (2002). Diagnostic Accuracy and Factor Structure of the AAS and APS Scales of the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 79, 564–582. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7903_10
- Clínicas CITA. (s.f.) *¿Existe la personalidad adictiva?* <https://clinicascita.com/existe-la-personalidad-adictiva/>
- Consuelo Lomas / Collage: Sofía Valenzuela. (23 de diciembre de 2022). *El mito de la personalidad adictiva*. La Tercera. <https://www.latercera.com/paula/el-mito-de-la-personalidad-adictiva>
- Córdoba, A. (17 de noviembre de 2023). *Drew Barrymore, preocupada por su “personalidad altamente adictiva”*. Diario AS <https://as.com/tikitakas/drew-barrymore-preocupada-por-su-personalidad-altamente-adictiva-n/>
- Costa PT, y McCrae RR (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*: Psychological Assessment Resources, Incorporated
- Dash, G. F., Slutske, W. S., Martin, N. G., Statham, D. J., Agrawal, A., y Lynskey, M. T. (2019). Big Five personality traits and alcohol, nicotine, cannabis, and gambling disorder comorbidity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(4), 420–429. <https://doi.org/10.1037/adb0000468>
- Davis, C., y Claridge, G. (1998). The eating disorders as addiction: A psychobiological perspective. *Addictive Behaviors*, 23(4), 463–475. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00009-4)
- El Tiempo. (11 de septiembre de 2024). *Las tres señales que indican que es una persona con personalidad adictiva*. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/cultura/gente/las-tres-senales-que-indican-que-es-una-persona-con-personalidad-adictiva-3386112>
- Engel, P. (30 julio de 2022). *Gaspar Noé: "Ahora canalizo mi personalidad adictiva en Ebay"*. ELMUNDO. <https://www.elmundo.es/cultura/cine/2022/07/30/62e57694fc6c83c9708b45a7.html>
- Eysenck, H. J. (1997). Addiction, personality and motivation. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 12(1), S79-S87.
- Fort Behavioral Health. (22 de marzo de 2021). *Personality traits related to drug use*. <https://fortbehavioral.com/addiction-recovery-blog/personality-traits-related-to-drug-use/>
- Forum Salud Mental. (20 de octubre de 2025). *Persona adictiva y la enfermedad de las creencias*. Forum Montau. <https://forummontau.com/persona-adictiva-y-la-enfermedad-de-las-creencias/>
- Grekin, E. R., Sher, K. J., y Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: Modeling substance-specific traits. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 415–424. 10.1037/0893-164X.20.4.415
- Learn Genetics (s.f.) Genes and addiction; Genes affect your risk for addiction <https://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/genes/>
- Ledrich, J., y Ghana, K. (2013). Relationship between attributional style, perceived control, self-esteem, and depressive mood in a nonclinical sample: A structural equation-modelling approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 413–430. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02067.x>

- Griffiths, M. (15 de septiembre de 2016). *No, no tienes "personalidad adictiva"*. El País. https://elpais.com/elpais/2016/06/14/ciencia/1465898717_366858.html
- Griffiths, M. D. (1994). An exploratory study of gambling cross addictions. *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 371–384. <https://doi.org/10.1007/BF02104918>
- Griffiths, M. D. (1996). Behavioural addictions: An issue for everybody? *Journal of Workplace Learning*, 8, 19–25. <https://doi.org/10.1108/13665629610113872>
- Griffiths, M. D. (2017). The myth of 'addictive personality'. *Global Journal of Addiction & Rehabilitation Medicine*, 3(2), 555610. <https://doi.org/10.19080/GJARM.2017.03.555610>
- Hatoum, A. S., Johnson, E. C., Colbert, S. M. C., Polimanti, R., Zhou, H., Walters, R., Gelernter, J., Edenberg, H. J., Bogdan, R., y Agrawal, A. (2021). Multivariate genome-wide association study of alcohol use disorder, cannabis use disorder, and tobacco use disorder. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.26.21250498>
- Kerr, J. S. (1996). Two myths of addiction: The addictive personality and the issue of free choice. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 11(S1), S9–S14. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1077\(199610\)11:1+S9::AID-HUP7853.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1077(199610)11:1+S9::AID-HUP7853.0.CO;2-7)
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., y Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Li, M. D., y Burmeister, M. (2012). New insights into the genetics of addiction. *Nature Reviews Genetics*, 13(4), 225–231. <https://doi.org/10.1038/nrg3117>
- LOS40. (29 de julio de 2020). *Ed Sheeran y sus adicciones: comida, alcohol y drogas*. https://los40.com/los40/2020/07/29/actualidad/1595985017_550690.html
- Marta. (2021, 8 septiembre). *El peligro del diagnóstico de TikTok*. Fundación de Patología Dual. <https://fundacionpatologiadual.org/el-peligro-del-diagnostico-de-tiktok/>
- Martín, N. V. (2 de diciembre de 2025). *Luis Pérez, terapeuta, sobre los adictos al móvil: "La personalidad es muy parecida a la de un adicto al alcohol"*. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/neo/20251202/11303254/luis-perez-terapeuta-sobre-adictos-movil-personalidad-parecida-adicto-alcohol-pvlv.html>
- Miller, A. P., Baranger, D. A. A., Paul, S. E., Agrawal, A., y Rogers, C. E. (2024). Neuroanatomical variability and substance use initiation in late childhood and early adolescence. *JAMA Psychiatry*, 81(5), 471–480. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5135>
- Nakken, C. (1996). *The Addictive Personality: Understanding the Structures of Self-Destruction* (2.^a ed.). Hazelden Publishing.
- Nathan, P. E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 56, 183–188. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.2.183>
- Pols, R. G. (1984). The addictive personality: A myth. *Drug and Alcohol Review*, 3(1), 45–47. <https://doi.org/10.1080/09595238480000091>
- Rabadán, C. (10 de diciembre de 2025). *Dick Van Dyke cuenta los vicios que ha dejado para poder llegar a los 100 años: "Tenía una personalidad adictiva"*. Antena 3. https://www.antena3.com/objetivotv/nostalgia/dick-van-dyke-cuenta-vicios-que-dejado-poder-llegar-100-anos-tenia-personalidad-adictiva_20251210693967516f86fb0fe9ef6c3c.html
- Sadava, S. W. (1978). Etiology, personality and alcoholism. *Canadian Psychological Review / Psychologie Canadienne*, 19(3), 198–214. <https://doi.org/10.1037/h0081476>
- Sánchez, E. (22 enero de 2018). *Personalidad adictiva: 7 características*. La Mente Es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/personalidad-adictiva-7caracteristicas/>

Sher, K. J., Bartholow, B. D., y Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 818–829.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.818>

Skewes, M. C., y Gonzalez, V. M. (2013). *The Biopsychosocial Model of Addiction*. En P. M. Miller (Ed.), *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders (Vol. 1, pp. 61–70)*. Academic Press

Speranza, M., Revah-Levy, A., Giquel, L., Loas, G., Venisse, J. L., Jeammet, P. y Corcos, M. (2012). An investigation of Goodman's addictive disorder criteria in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 182–189.
<https://doi.org/10.1002/erv.1118>

Sutker, P. B., y Allain, A. N., Jr. (1988). Issues in personality conceptualization of addictive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 172–182.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.172>

Szalavitz, M. (5 de Abril de 2016). *The addictive personality isn't what you think it is*. Scientific American.
<https://www.scientificamerican.com/article/the-addictive-personality-isn-t-what-you-think-it-is/>

Vanyukov, M. M., Tarter, R. E., Kirillova, G. P., Kirisci, L., Reynolds, M. D., Kreek, M. J., Conway, K. P., Neale, M. C., Clark, D. B., y Ridenour, T. A. (2012). Common liability to addiction and "gateway" hypothesis: Theoretical, genetic and evolutionary components. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(Suppl 1), S3–S17.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.018>

Watts, A. L., Sher, K. J., Heath, A. C., Steinley, D., y Brusco, M. (2024). "General Addiction Liability" revisited. *Clinical Psychological Science*, 13(2), 242–260. <https://doi.org/10.1177/21677026241245070>

Woldin Barbara, D.S. (2024). Risk factors for addiction. *Psychology Research Starters EBSCO*.
<https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/risk-factors-addiction>

Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., y Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82, 174–181.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.007>

PSICOESTUDIANTES

CEP – PIE

