

Vertientes.



VERTIENTES

Revista Especializada en Ciencias de la Salud



Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dr. David Nahum Espinosa Organista
Jefe de la División de Estudios de
Posgrado e Investigación

Lic. Carlos Raziel Leños Castillo
Jefe de la Coordinación de
Comunicación Social y Gestión
de Medios

Editora
Dra. Mirna García Méndez

Diseño y Formación Editorial
Claudia Ahumada Ballesteros

Revisión de Originales en Español
Pável Álvarez Domínguez
Claudia Ahumada Ballesteros

Revisión de Originales en Inglés
Alma Gopar Silva

Volumen 27, Número 1-2, 2024

CONTENIDO

- María del Pilar Méndez Sánchez, José Carlos Jaenes Sánchez** 3
Ansiedad, depresión, autoestima, conductas de riesgo y comunidades virtuales: un análisis comparativo entre hombres y mujeres
- Joel Bucio Rodríguez, José Antonio Vargas Pérez, María Guadalupe García Galicia** 14
Estudio correlacional. Engagement, miedo a COVID-19 y depresión en estudiantes de medicina de segundo año de la FES Zaragoza
- Martha Patricia López González, José Manuel García Cortés** 22
Relación entre Funcionalidad y Calidad de Vida de las Personas Mayores
- Jesús Silva Bautista, Venazir Herrera Escobar, Roberto Iturriaga Montiel** 28
Estudio psicosocial sobre la muerte, vida, salud y enfermedad: análisis de creencias de supremacía absoluta científicas, religiosas y seculares
- Ilse Cruz-López, Alberto Efraín Meza-Alejos y María Cristina Pérez-Agüero** 47
Comparación de afectaciones psicológicas entre víctimas directas e indirectas de delitos violentos que reclaman una compensación por daño psicológico
- Luis Rogelio Acuña Barrón, Jorge Luis Martínez García, Rafael Peñaloza Gómez** 53
Estrategias de afrontamiento, estrés y ansiedad en personal de salud que atendieron casos de Covid-19 en la Ciudad de México
- Fernanda Hernández-Blas, José Manuel García Cortés, Elizabeth Álvarez Ramírez** 59
Calidad de vida y Funcionamiento Familiar en Personas Mayores con Enfermedades Crónicas

VERTIENTES, Revista Especializada en Ciencias de la Salud, es una publicación semestral de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. VERTIENTES, volumen 27, número 1-2, enero-diciembre de 2024. Informes: Batalla del 5 de Mayo, esq. Fuerte de Loreto, Col. Ejército de Oriente, C.P. 09230 México, D.F. Tel.: 56.23.05.53, 56.23.06.65. Número de Certificado de Licitud de Título 10572, Número de Certificado de Licitud de Contenido 8573, Número de Reserva al Título en Derechos de Autor 04-2003-01281222500-102. Diseño, formación y distribución de la Coordinación de Comunicación Social y Gestión de Medios. Gráfica Premier S.A. de C.V., Calle 5 de febrero #2309, Col. San Jerónimo Chicahualco, C.P. 52170, Metepec, Edo. de México, Tel.: 01(722)1991-345. La edición de este número consta de un tiraje de 1000 ejemplares, que se terminaron de imprimir en noviembre del 2024. Los artículos firmados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de la Institución. El material publicado en esta revista puede reproducirse total o parcialmente siempre y cuando cuente con la autorización extendida por escrito de los autores del mismo y se mencione la fuente original.

VERTIENTES

Revista Especializada en Ciencias de la Salud

Volumen 27, Número 1-2, 2024

DIRECTORIO

Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dr. David Nahum Espinosa Organista
Jefe de la División de Estudios de
Posgrado e Investigación

Lic. Carlos Raziel Leños Castillo
Jefe de la Coordinación de Comunicación
Social y Gestión de Medios

Editora
Dra. Mirna García Méndez

Diseño y Formación Editorial
Claudia Ahumada Ballesteros

Revisión de Originales en Español
Pável Álvarez Domínguez
Claudia Ahumada Ballesteros

Revisión de Originales en Inglés
Alma Gopar Silva

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Guadalupe Acle Tomasini
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza

Dr. Roberto Domínguez Casalá
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza

Dr. Fernando Esquivel Guadarrama
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de
Medicina

Dra. Mirta Margarita Flores Galaz
Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología

Dr. Juan Garduño Espinoza
Hospital Infantil de México Federico Gómez

Dr. Patricio Gariglio Vidal
Instituto Politécnico Nacional, Centro de Investigación y de
Estudios Avanzados

Dra. Ma. de Lourdes Gutiérrez Xicoténcatl
Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de
Investigaciones Multidisciplinarias

Dr. Armando Isibasi Araujo
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Jesús Kumate Rodríguez
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina

Dra. Martha Legorreta Herrera
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza

Dr. Ángel Manjarrez Hernández
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza

Dr. Enrique Ortega Soto
Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de
Investigaciones Biomédicas

Dr. F. Vianney Ortiz Navarrete
Instituto Politécnico Nacional, Centro de Investigación y de
Estudios Avanzados

Dr. Ramón Paniagua Sierra
Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Desarrollo de la
Investigación

Dr. Jesús Reynaga Obregón
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina

Dra. Sofía Rivera Aragón
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de
Psicología

Dra. Bertha Ramos del Río
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza

Dr. Leopoldo Santos Argumedo
Instituto Politécnico Nacional,
Centro de Investigación y de Estudios Avanzados

Dr. Luis Vargas Guadarrama
Universidad Nacional Autónoma de México

VERTIENTES, Revista Especializada en Ciencias de la Salud, es una publicación semestral de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. VERTIENTES, volumen 27, número 1-2, enero-diciembre de 2024. Informes: Batalla del 5 de Mayo, esq. Fuerte de Loreto, Col. Ejército de Oriente, C.P. 09230 México, D.F. Tel.: 56.23.05.53, 56.23.06.65. Número de Certificado de Licitud de Título 10572, Número de Certificado de Licitud de Contenido 8573, Número de Reserva al Título en Derechos de Autor 04-2003-01281222500-102. Diseño, formación y distribución de la Coordinación de Comunicación Social y Gestión de Medios. Gráfica Premier S.A. de C.V., Calle 5 de febrero #2309, Col. San Jerónimo Chicahualco, C.P. 52170, Metepec, Edo. de México, Tel.: 01(722)1991-345. La edición de este número consta de un tiraje de 1000 ejemplares, que se terminaron de imprimir en noviembre del 2024.

Los artículos firmados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de la Institución. El material publicado en esta revista puede reproducirse total o parcialmente siempre y cuando cuente con la autorización extendida por escrito de los autores del mismo y se mencione la fuente original.

Ansiedad, depresión, autoestima, conductas de riesgo y comunidades virtuales: un análisis comparativo entre hombres y mujeres

Anxiety, depression, self-esteem, risk behaviors, and virtual communities:
A comparative analysis between men and women

María del Pilar Méndez Sánchez¹, José Carlos Jaenes Sánchez

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

RESUMEN

Con el incremento del uso de los medios digitales e internet, las conductas de riesgo se han trasladado de lo físico a lo virtual. Analizar el tema desde la esfera social e individual permite una amplitud en la comprensión de la problemática, encontrándose discrepancias en lo reportado por hombres y mujeres. El objetivo de esta investigación fue realizar un análisis comparativo entre hombres y mujeres en la ansiedad, depresión, autoestima, conductas de riesgo y comunidades virtuales. La muestra no probabilística la integraron 712 participantes, hombres y mujeres. Se aplicaron cuatro instrumentos: dos inventarios, Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y depresión de Beck, tres escalas, Autoestima de Rosenberg, comunidades virtuales, y conductas de riesgo y protección en medios de comunicación virtual. Los resultados indicaron que los hombres presentan más Ansiedad-Estado, y las mujeres más depresión, en el factor cognitivo-afectivo y el somático; asimismo, son los hombres quienes ejercen más conductas de ciberacoso, y las mujeres más conductas de ciberprotección y de apoyo social en las comunidades virtuales. También se obtuvieron correlaciones de las variables de estudio en hombres y mujeres. Se concluye que hay algunas diferencias entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, depresión, autoestima, conductas de riesgo y comunidades virtuales en hombres y mujeres. Investigación realizada gracias al proyecto UNAM-PAPIIT IN306821

Palabras clave: ciberacoso, ciberprotección, comunidades virtuales, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

With the increased use of digital media and the Internet, risk behaviors have moved from the physical to the virtual. Analyzing the issue from the social and individual sphere allows a broader understanding of the problem, finding discrepancies in what is reported by men and women. The objective of this research was to carry out a comparative analysis between men and women in anxiety, depression, self-esteem, risk behaviors and virtual communities. The non-probabilistic sample consisted of 712 male and female participants. Four instruments were applied: two inventories, Trait-State Anxiety (IDARE) and Beck's depression, three scales, Rosenberg's self-esteem, virtual communities, and risk and protection behaviors in virtual media. The results indicated that men present more Anxiety-State, and women more depression, in the cognitive-affective and somatic factors; likewise, it is men who engage in more cyberbullying behaviors, and women more cyberprotection and social support behaviors in virtual communities. Correlations were also obtained for the study variables in men and women. It is concluded that there are some differences between State Anxiety and Trait Anxiety, depression, self-esteem, risk behaviors and virtual communities in men and women. Research carried out thanks to the UNAM-PAPIIT IN306821 project. Translated with DeepL.com (free version).

Key words: cyberbullying, cyberprotection, virtual communities, anxiety, depression.

Correspondencia: ¹Dirección postal: Facultad de Estudios Superiores. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México. Correo: pilar.mendez@zaragoza.unam.mx

Artículo recibido: 2 de marzo de 2024.
Artículo aceptado: 17 de julio de 2024.

INTRODUCCIÓN

En años recientes, el uso de la tecnología se incrementó considerablemente, según la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares¹, en 2022, 78.6 % (93.1 millones de personas) de mexicanos de 6 años o más usaron internet. El 78.1 % fueron usuarias mujeres y 79.3 % hombres. El grupo de edad que usó más internet fue el de 18 a 24 años (95.1 %), seguidos de los grupos de 25 a 34 años (92.8 %) y de 12 a 17 años (92.4 %). El tiempo promedio de uso de internet al día, por persona, fue de 4.5 horas. Por grupos de edad, las personas usuarias de 18 a 24 años registraron el promedio más alto de uso de internet, con 5.9 horas al día, siguieron las personas de 25 a 34 años (5.3 horas) y de 12 a 17 años (4.7 horas).

El uso de los dispositivos digitales en adolescentes y jóvenes, entendido como un proceso en el que se involucran aspectos individuales, familiares y sociales, son una conducta de relevancia en todo mundo. En la niñez y adolescencia, el internet representa riesgos, ya que el 25% de las adolescentes de entre 12 y 17 años reportaron haber vivido alguna forma de ciberacoso en México².

A pesar de que en México entre el 2020 y 2021 predominó una modalidad de ciberacoso, el 37% de las mujeres señalaron ser acosadas mediante una falsa identidad; el 32.2% ha sido receptora de insinuaciones sexuales, el 32.1% recibió contenido sexual sin haberlo solicitado ni estar de acuerdo; otro 20% reportó llamadas denigrantes, el 17.8% acusó amenazas de divulgación de información confidencial mientras que otro 10.7% de la población comunicó otras formas de violencia cibernética; lo cual llega a afectaciones en la vida de las personas que han sufrido este tipo de violencia³.

Las conductas de riesgo son el conjunto de conductas desadaptativas que colocan al individuo en una situación de peligro sin que esté consciente de ello. Aunque el mundo virtual tiene múltiples herramientas que facilitan el desarrollo social, el aprendizaje, las habilidades interpersonales y otras capacidades del individuo, pueden ser un riesgo, ya que al creer que no hay consecuencias en internet, se utilizan los medios virtuales para obtener experiencias legalmente no permitidas y vulnerar la integridad⁴. La exposición de los usuarios al conjunto de riesgos descritos varía en función del patrón de actividad virtual que depende del tipo de dispositivo al que tienen acceso, el tiempo de uso y el objetivo de su uso (socializar, estudiar, laborar, entretenimiento, entre otros). Además, existen otros factores que impactan

significativamente, como la regulación o uso desmedido, las interacciones de los integrantes de la familia y las diferencias en función de género⁵.

Se ha encontrado que jóvenes entre 10 y 13 años que usan internet ocupan sus herramientas para socializar y jugar en línea, pero también se encontraron conductas de riesgo de las que destacaron quedarse con desconocidos, proporcionar datos personales o enviar fotos, videos y comportamientos relacionados con el ciberbullying⁶. Otras conductas de riesgo son el acceso a contenidos inapropiados, *sexting* y *grooming*⁷, además de riesgos comerciales, como recibir correos no deseados o spam, los cuales algunos son trampas para recolectar sin autorización datos personales de los usuarios, y Sextorsión². En los medios digitales también se incrementaron las comunidades virtuales, las cuales son grupos de personas reales o un grupo con aficiones comunes que usan la telemática para mantener y ampliar la comunicación⁸, por lo que el uso de internet y las redes sociales son un medio imprescindible para que los individuos consoliden y satisfagan la necesidad de crear vínculos para la conformación de identidad y el sentido de pertenencia en un grupo en el que se sienta representado o identificado. Lo cual da paso a fortalecer los vínculos o relaciones entre los integrantes y potencializan la creación de nuevas amistades o relaciones de orden formal⁹.

La autoestima es un constructo individual involucrado en el uso de los dispositivos móviles, según la definición clásica es la evaluación habitual del individuo con respecto a sí mismo, expresa una actitud de aprobación e indica hasta qué punto un individuo se cree capaz, significativo exitoso y digno¹⁰. También se entiende que la autoestima es el juicio de valor dado hacia sí mismo, esta puede ser positiva o negativa, la tendencia alta es la medida en la que un individuo se agrada, se trata de una actitud positiva, de seguridad y aceptación sobre uno mismo, de lo contrario, una actitud de rechazo, es decir, no aceptarse se refiere a una autoestima negativa, en esta, se siente poco valioso, sin éxito o bien se refleja como fracaso en cualquiera de los factores que integran el concepto de autoestima¹¹. Asimismo, en la autoestima negativa la persona logra aceptarse en un mínimo porcentaje y en la autoestima positiva es donde se hace presente la aceptación consciente de fortalezas y debilidades que lo conforman como ser humano¹².

Las comunidades virtuales se insertan como un ámbito constitutivo de la autoestima, ya que influye ante la búsqueda por pertenecer a determinado grupo o el rechazo a otros grupos, el sentido de pertenencia

adquirido y su uso como mediadoras ante la interacción de los usuarios que intercambian ideas en común o en contra¹³. Por otro lado, así como la persona tiene la posibilidad de otorgarse un mayor valor con relación a los otros (virtualmente) también es vulnerable ante otros usuarios que tengan o no intenciones de dañar su integridad, por medio de opiniones negativas, del acoso con o sin anonimato, amenazas o ataques directos a su persona por medio de las redes, el uso inadecuado de la tecnología, etc. Por lo que, la autoestima de la persona se encuentra en riesgo ante el sentido de aceptación que obtenga de los demás en redes y del uso que le dé a las mismas, evitando o dando paso a los riesgos que pueden conllevar algunas actividades¹⁴.

En diferentes estudios se han encontrado relaciones negativas entre la autoestima y la adicción a las redes sociales de forma negativa por la vulnerabilidad de la autoestima por el uso desmedido e inadecuado de las tecnologías y las redes sociales, o sea, que las personas con mayores niveles de adicción a las redes sociales presentan una menor autoestima. Asimismo, se encontraron relaciones con la baja autoestima y la ansiedad, depresión, estrés, relaciones personales inestables, entre otras¹⁵. La autoestima también se puede concebir como un factor de protección ante las conductas de riesgo, puesto que, permite un mayor ajuste emocional y social en aquellas personas con mayor autoestima, con lo que se disminuyen las conductas de riesgo exhibidas y se mantienen conductas más adecuadas respecto al uso de las tecnologías y las redes sociales¹⁶.

Otro constructo asociado al uso de las tecnologías es la depresión, la cual se considera un trastorno que tiene manifestaciones afectivas, cognitivas, conductuales y sociales, su duración puede ser temporal de alrededor de dos semanas o duradero a lo largo de toda la vida. La depresión llega a deteriorar en gran medida las distintas esferas de un ser humano, influye negativamente en la manera de actuar, altera la experimentación de emociones o ideas sobre sí mismo, y modifica negativamente el funcionamiento interpersonal¹⁷. En lo que compete a la ansiedad, la Organización Mundial de Salud [OMS]¹⁸ indicó que es una enfermedad con síntomas subjetivos y fisiológicos del temor. Los indicios fisiológicos del temor incluyen sudoración, mareos, palpitaciones, midriasis, taquicardia, temblores, molestias gastrointestinales, diarrea y frecuencia urinaria aumentada. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5]¹⁹, los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. De acuerdo con la Secretaría de Salud²⁰ la ansiedad genera

en el individuo dificultad en sus actividades cotidianas se le considerará patológica.

Hallazgos empíricos reportan que estudiantes con una edad comprendida de 14 a 18 años mostraron una prevalencia de depresión del 25.9%, la depresión en mujeres fue de 14.1%, en cambio, los hombres obtuvieron un 11.8%. Por lo tanto, las mujeres tienen mayor riesgo de padecer depresión²¹. Además, se reportó²² que, en estudiantes universitarios, el 34.8% sufren depresión y 56.6% padecen ansiedad. Respecto al género, se encontró que el 37.2% de las mujeres encuestadas presentan depresión, mientras que los hombres presentaron un 30.2%. Datos similares²³, se reportan al indicar que en estudiantes la prevalencia de probable ansiedad es de 54.9% y probable depresión del 60.9%, se observa que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar ambos padecimientos. Las mujeres jóvenes de 19 a 29 años presentan niveles de ansiedad más altos que los hombres²⁴, y también más síntomas somáticos²⁵.

En un estudio se reportó que la navegación en internet para tareas no escolares es muy habitual sin distinción de género, mientras los juegos on-line con otras personas son menos habituales en las mujeres. El uso de redes sociales y mensajería instantánea es más común en las mujeres que en los hombres²⁶. Existe una brecha de género en cuanto a las actividades que se realizan en línea: las mujeres prefieren un uso de ocio asociado a actividades comunicativas y los hombres a acciones que contribuyen a la construcción de su masculinidad²⁷. Además, los hombres dedican más tiempo en la navegación, las redes sociales, el consumo de información política y el juego en línea; en cambio, las mujeres dirigen sus actividades con fines de comunicación y socialización, inclinándose por mantener redes familiares y de amistad²⁸. El consumo mayoritario del uso del móvil y las redes sociales es en mujeres, y el uso de videojuegos en los hombres⁵.

En un estudio²⁹ se observa que principalmente los adolescentes hombres están mayormente expuestos a riesgos relacionados al uso de la red tales como: acceso a contenido inapropiado (con contenido sexual, violento o que incita al consumo de drogas, apología del suicidio), en donde el único contenido que frecuentan más las mujeres adolescentes es el referente a la apología de los trastornos alimenticios; mientras que en cuestión de ciberbullying, se identifica que es un riesgo que no discrimina género, lo que hace equitativa la prevalencia, aunque en sus subtipos es notoria la diferencia. En cuestión de acoso de tipo sexual las mujeres son las principales víctimas, mientras que los hombres son mayormente acosados con insultos, burlas y amenazas por medio de Internet.

En cuanto a diferencias de género, se denota que las mujeres adolescentes presentan un mayor uso problemático de la red y en el factor de autorregulación, aunque los hombres tienen mayor dificultad en dejar de usar las tecnologías y tienen problemas a la hora de relajarse con el uso de internet y teléfono móvil³⁰. Por el contrario, en preadolescentes se reflejan diferencias significativas entre las conductas de riesgo y el género, lo que denota que los niños son más propensos a riesgos con el contacto con desconocidos⁶. En cuanto a la prevalencia de ciberagresión y cibervictimización, un estudio realizado en adolescentes españoles reporta que la ciberagresión es más prevalente en los hombres (realizan acciones como *hackear* cuentas, difundir contenido sexual o sugerente, realizan burlas o insultos con este medio, amenazan o atemorizan a alguien), mientras que la cibervictimización, es más prevalente en mujeres²⁶.

Con base en la revisión de la literatura el objetivo de la presente investigación fue realizar un análisis comparativo entre hombres y mujeres sobre la ansiedad, depresión, autoestima, conductas de riesgo y comunidades virtuales, para lo cual se utilizó el siguiente proceso metodológico.

MÉTODO

Participantes

La muestra seleccionada de manera no probabilística de manera intencional estuvo integrada por 712 participantes, el 51.4% fueron hombres y 48.6% mujeres, con un rango de edad de entre 14 y 25 años, la Media de edad fue de 18.69 años (D.T.=2.86). Todos los participantes fueron estudiantes escolarizados de educación Media y Media Superior del Sur y Oriente de la Ciudad de México. La mayoría reportó vivir con mamá, papá y hermanos (42.6%), seguidos de mamá y hermano (s) (17.3%), solo mamá (10.4%), mamá y papá (10.3%), familia extendida (7.4%), papá y hermano (3.8%), solo papá (2.8%) y otros (4.9%). Como criterio de inclusión se solicitó a los participantes que tuvieran cuentas en redes sociales y accedieran a ellas de manera regular.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)³¹, es un cuestionario autoaplicable que consta de 20 reactivos para evaluar la ansiedad-estado y 20 reactivos para la ansiedad-rasgo. La consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0.83 tanto para ansiedad-rasgo como para ansiedad-estado.

Inventario de depresión de Beck (BDI-IA) adaptado a población Latinoamericana³², consta de 21 reactivos que miden dos dimensiones: factor cognitivo-afectivo y factor somático. La consistencia interna del BDI-IA es de 0.92.

Escala de Autoestima de Rosenberg validada en la Ciudad de México³³, consta de 10 reactivos que se dividen en 2 factores: Afirmaciones negativas y Afirmaciones positivas. El índice de confiabilidad es de 0.79.

Escala de comunidades virtuales³⁴, tiene 20 reactivos divididos en 4 factores: Sentido de pertenencia, Información, Apoyo Social y Entretenimiento, con un 58.28% de varianza explicada, con índices de confiabilidad del coeficiente Omega de McDonald aceptables de 0.733 a 0.901.

La Escala de Conductas de Riesgo y Protección en Medios de Comunicación Virtual³⁵. La escala con 23 reactivos tiene una varianza explicada de 58.08% y está dividida en 3 factores: el ciberacoso, la dependencia digital y la ciberprotección. Los índices de confiabilidad del coeficiente Omega de McDonald fueron (Factor 1 = 0.964; Factor 2 = .0831; Factor 3 = 0.657).

Procedimiento

Se solicitó la colaboración a adolescentes y jóvenes mediante un consentimiento informado que contenía el objetivo del estudio y su aprobación para participar. Se aseguró que las respuestas fueran anónimas y utilizadas únicamente con fines de investigación. El formulario virtual en *Google Form* contuvo las instrucciones para contestar la escala y estuvo conectado a la par un aplicador para aclarar las dudas que surgieran al momento de responder.

RESULTADOS

Diferencia de medias entre variables

Los resultados obtenidos en el análisis paramétrico de prueba *t* de Student indicaron diferencias significativas en la variable de Ansiedad-Estado, siendo los hombres quienes presentaron más síntomas en comparación con las mujeres. Sin embargo, son las mujeres quienes presentaron más síntomas de depresión, tanto en el factor cognitivo-afectivo, como en el factor somático. En el caso de la variable Autoestima, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En la Tabla 1 se muestran los resultados obtenidos.

Un segundo análisis descriptivo se realizó al comparar las medias de las variables de la escala de conductas de riesgo y protección en medios de comunicación virtual, los datos obtenidos se muestran en la Tabla 2. Se obtuvieron diferencias significativas tanto en ciberacoso, como en ciberprotección, los hombres ejercen más ciberacosos y son las mujeres quienes tienen más estrategias de ciberprotección.

Un tercer análisis descriptivo entre hombres y mujeres en cuanto a los factores de las comunidades virtuales indicó que únicamente se encontraron diferencias significativas en el factor de apoyo social en las comunidades virtual, las mujeres buscan más este apoyo con los miembros de las comunidades virtuales a las que pertenecen (Tabla 3).

Finalmente se realizó un análisis de correlación entre las variables, para lo cual se segmentaron los resultados, en la Tabla 4 se muestran los datos obtenidos para la muestra de mujeres, y en la Tabla 5 se muestran los datos de los hombres. Para la muestra de las *mujeres* se obtuvo que la Ansiedad-Estado se correlacionó con el apoyo social que se busca en las comunidades virtuales, y a su

TABLA 1. Diferencias estadísticas entre hombres y mujeres en las variables de Ansiedad, Depresión y autoestima.

	Hombres (n=349)		Mujeres (n=330)		<i>t</i>	gl	Sig.
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Ansiedad							
Ansiedad-Estado	44.00	6.42	41.78	6.54	4.473	677	.000
Ansiedad-Rasgo	48.60	6.06	49.42	6.62	-1.690	677	.091
Depresión							
Cognitivo-Afectivo	28.17	6.58	30.21	7.65	-3.775	969	.000
Somático	7.37	2.11	8.26	2.48	-5.112	694	.000
Autoestima							
Afirmaciones positivas	11.86	3.04	11.82	2.74	.199	704	.842
Afirmaciones negativas	10.65	3.21	10.31	3.09	1.419	708	.157

TABLA 2. Análisis de diferencias significativas entre hombres y mujeres en las conductas de riesgo en medios virtuales .

	Hombres (n=361)		Mujeres (n=346)		<i>t</i>	gl	Sig.
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Conductas de riesgo							
Ciberacoso	14.70	3.79	13.55	1.89	5.063	705	.000
Dependencia digital	14.60	4.71	15.01	5.04	-1.111	701	.267
Ciberprotección	15.56	3.79	16.80	3.26	-4.665	703	.000

TABLA 3. Diferencias entre hombres y mujeres en los factores de la Escala de Comunidades Virtuales.

	Hombres (n=359)		Mujeres (n=339)		<i>t</i>	gl	Sig.
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Comunidades virtuales							
Sentido de pertenencia	10.50	3.52	10.27	3.43	.894	696	.372
Información	17.46	4.36	17.07	4.32	1.198	696	.231
Apoyo Social	15.98	3.96	17.47	4.22	-4.814	691	.000
Entretenimiento	9.95	2.11	9.82	2.20	.803	702	.422

vez se asoció de manera negativa con las afirmaciones negativas de autoestima. Mientras que la Ansiedad-Rasgo se relacionó con la depresión en el factor somático, con dependencia digital y ciberprotección como conductas de riesgo, y en comunidades virtuales sentido de pertenencia, información, apoyo social y entretenimiento, hubo una correlación negativa con las afirmaciones negativas de autoestima.

La depresión en su factor cognitivo-afectivo se asoció con afirmaciones positivas de autoestima, así como con las variables de conducta de riesgo de ciberacoso y dependencia digital; y con sentido de pertenencia de comunidades virtuales, además hubo una correlación negativa con las afirmaciones negativas de autoestima. Las correlaciones con la depresión en factor somático fueron con afirmaciones positivas de autoestima, con ciberacoso, y dependencia digital, así como una relación negativa con la variable de afirmaciones negativas de autoestima.

Las afirmaciones positivas de autoestima se correlacionaron con ciberacoso y sentido de pertenencia, por otro lado, las afirmaciones negativas se asociaron con el apoyo social, y de manera negativa con ciberacoso, dependencia digital y sentido de pertenencia. La dependencia digital se asoció con los factores de las comunidades virtuales de sentido de pertenencia, información y entretenimiento. La ciberprotección se correlacionó con información, apoyo social y entretenimiento. Las correlaciones entre los factores de las mismas variables indicaron que ante la presencia de ansiedad estado, hay ansiedad rasgo. Asimismo, la depresión del factor somático se asoció con el factor cognitivo-afectivo. Mientras que las afirmaciones negativas de autoestima se asociaron de manera negativa con las afirmaciones positivas. Así mismo, las conductas de riesgo de ciberacoso se asociaron de manera negativa con ciberprotección y apoyo social. El sentido de pertenencia de las comunidades virtuales se asoció con información, apoyo social y entretenimiento; la información se relacionó con apoyo social y entretenimiento, a su vez el apoyo social tuvo una asociación con entretenimiento. En la Tabla 4 se muestran los datos obtenidos de las correlaciones en la muestra de mujeres.

Los datos obtenidos en la muestra de los *hombres* (Tabla 5), para la variable Ansiedad-Estado se obtuvieron correlaciones positivas con las afirmaciones negativas de autoestima, así como con información y apoyo social de las comunidades virtuales, además hubo relaciones negativas con depresión en su factor cognitivo-afectivo, y con afirmaciones positivas de autoestima. Así mismo,

la Ansiedad-Rasgo se asoció con depresión cognitivo-afectivo y depresión en el factor somático, así como la dependencia digital como factor de riesgo, y sentido de pertenencia, información y entretenimiento de las comunidades virtuales. A su vez, la depresión cognitivo-afectivo se asoció con las afirmaciones positivas de autoestima, así como con ciberacoso, dependencia digital de conductas de riesgo, además del factor de las comunidades virtuales de sentido de pertenencia, así mismo, se correlacionó de manera negativa con apoyo social y afirmaciones negativas de autoestima. El factor somático de depresión, por su parte, se asoció con las afirmaciones positivas de autoestima, ciberacoso, dependencia digital, sentido de pertenencia y manera negativa con afirmaciones negativas de autoestima.

Afirmaciones positivas de autoestima se asociaron con dependencia digital. Mientras que las afirmaciones negativas de autoestima se asociaron de manera negativa con ciberacoso, dependencia digital y sentido de pertenencia. De forma similar, en las variables de las conductas de riesgo, el ciberacoso se asoció con sentido de pertenencia e información, así como de manera negativa con apoyo social. La dependencia digital con sentido de pertenencia, información y entretenimiento. La ciberprotección, por su parte, se relacionó con información, apoyo social y entretenimiento. En la escala de las comunidades virtuales, el sentido de pertenencia se asoció con información, apoyo social y entretenimiento. Entre los factores de las variables se obtuvo que la ansiedad-estado correlacionó con Ansiedad-Rasgo. A su vez, la depresión cognitivo-afectivo se asoció con depresión somático. Afirmaciones positivas de autoestima se asociaron de manera negativa con afirmaciones negativas. El ciberacoso se asoció de manera negativa con ciberprotección y con dependencia digital, y esta a su vez se asoció con ciberprotección.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se tuvo como objetivo realizar un análisis comparativo entre hombres y mujeres sobre la ansiedad, depresión, autoestima, conductas de riesgo y comunidades virtuales. En la literatura se encontraron algunas diferencias tanto en los riesgos que presentan los adolescentes como en las comunidades virtuales, que con el incremento de usuarios en internet, los riesgos van en aumento, tan solo se reporta que el tiempo promedio de conexión de una persona por día, es de 4.5 horas¹, durante este tiempo se tienen conductas que colocan a las personas en una situación de riesgo, en ocasiones sin que estén conscientes de ello⁴. Siendo en muchas ocasiones las plataformas digitales el centro de socialización, mediante

TABLA 4. Análisis de correlación entre las variables ansiedad, depresión, autoestima, conductas de riesgo y comunidades virtuales en la muestra de mujeres.

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Ansiedad Estado	1	.372**	-.005	.064	-.240**	.186**	.050	.058	.107	.044	.103	.111**	.048
2. Ansiedad Rasgo		1	.308**	.128*	.074	-.267**	-.018	.265**	.119*	.214**	.179**	.228**	.200**
3. Depresión. Cognitivo afectivo			1	.574**	.424**	-.574**	.245**	.251**	-.004	.161**	.016	-.078	.056
4. Depresión. Somático				1	.241**	-.269**	.286**	.120*	-.044	.084	.020	-.086	-.077
5. Autoestima. Afirmaciones positivas					1	-.474**	.144**	.089	-.087	.134*	.015	-.085	0.59
6. Autoestima. Afirmaciones negativas						1	-.194**	-.225**	-.149**	-.157**	.008	-.114*	-.052
7. Conductas de riesgo. Ciberacoso							1	.094	-.269**	.103	-.010	-.197**	-.020
8. Conductas de riesgo. Dependencia digital								1	.099	.269**	.267**	.090	.236**
9. Conductas de riesgo. Ciberprotección									1	-.044	.137*	.258**	.179**
10. Comunidades virtuales. Sentido de pertenencia										1	.438**	.193**	.255**
11. Comunidades virtuales. Información											1	.502**	.348**
12. Comunidades virtuales. Apoyo social												1	.331**
13. Comunidades virtuales. Entretenimiento													1

* p>0.1; **p>.05

las comunidades virtuales, en donde un grupo comparte intereses y aficiones comunes, sin conocer de manera personal a los miembros del grupo⁹. En relación con la salud mental de los jóvenes, tanto la ansiedad como la depresión se han convertido en una problemática, debido a la presencia de una mayor prevalencia tanto en hombres como mujeres²⁵.

Los resultados indicaron que fueron los hombres quienes presentaron más ansiedad-estado en comparación con las mujeres, mientras que ellas reportaron puntajes más altos en depresión, tanto en el factor cognitivo-afectivo, como en el somático. En los estudios revisados se reportó que la depresión fue mayor en las mujeres que en los hombres^{21,22}, así mismo, se reporta que las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer tanto ansiedad

como depresión²³. Las mujeres presentan niveles de ansiedad más altos que los hombres²⁴, además de más síntomas somáticos²⁵. Observar estas diferencias permite realizar acciones más asertivas en la prevención de estos problemas de salud mental, ya que llegan a deteriorar en las distintas maneras de actuar de las personas a lo largo de su vida, alterando las emociones e ideas sobre sí mismo y modificando de manera negativa el funcionamiento interpersonal¹⁷.

En los hombres hubo una correlación negativa entre ansiedad-estado y depresión cognitivo-afectivo, así como en ansiedad estado y búsqueda de información en comunidades virtuales; mientras que en las mujeres la ansiedad-rasgo se asoció con apoyo social en las comunidades virtuales, en hombres no pasa así. La

TABLA 5. Análisis de correlación entre las variables ansiedad, depresión, autoestima, conductas de riesgo y comunidades virtuales en la muestra de hombres.

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Ansiedad Estado	1	.411**	-.168**	-.030	-.247**	.173**	.003	-.050	-.026	.043	.179**	.125*	.067
2. Ansiedad Rasgo		1	.250**	.200**	.010	-.242**	-.119*	.248**	.054	.194**	.234**	.078	.179**
3. Depresión. Cognitivo afectivo			1	.496**	.343**	-.451**	.240**	.263**	-.088	.156**	.076	-.107*	.048
4. Depresión. Somático				1	.191**	-.264**	.199**	.191**	-.034	.145**	.046	-.035	.071
5. Autoestima. Afirmaciones Positivas					1	-.481**	.090	-.128*	.011	.098	-.068	-.111	-.021
6. Autoestima. Afirmaciones Negativas						1	-.186**	-.266**	.020	-.149**	-.089	.055	-.023
7. Conductas de riesgo. Ciberacoso							1	.266**	-.154**	.233**	.107*	-.125*	.096
8. Conductas de riesgo. Dependencia Digital								1	.149**	.237**	.209**	.056	.235**
9. Conductas de riesgo. Ciberprotección									1	-.056	.135*	.183**	.137**
10. Comunidades virtuales. Sentido de Pertenencia										1	.410**	.217**	.135*
11. Comunidades virtuales.. Información											1	.359**	.153**
12. Comunidades virtuales. Apoyo Social												1	.143**
13. Comunidades virtuales. Entretenimiento													1

* p>0.1; **p>.05

depresión cognitivo-afectivo se asoció de manera negativa con apoyo social en hombres, pero no en mujeres. Mientras que la depresión somática se asoció con sentido de pertenencia de comunidades virtuales en hombres y no en mujeres. Distintas son las maneras de acuar de hombres y mujeres ante la presencia de problemas personales, y es en el ámbito virtual, en donde ahora, se busca el apoyo que se necesita, involucrando las comunidades virtuales, en donde los miembros tienen intereses a fines, aunque de manera distinta, en hombres y mujeres, como se reporta en los datos obtenidos en este estudio.

La autoestima de afirmaciones positivas se asoció de manera negativa con dependencia digital en hombres y no en mujeres, que concuerda con las relaciones reportadas entre la autoestima y la adicción a las redes sociales de

forma negativa, es decir, que las personas con mayores niveles de adicción a las redes sociales presentan una menor autoestima¹⁵.

Las afirmaciones negativas de autoestima se asociaron de manera negativa solo en mujeres en ciberprotección y apoyo social. La autoestima también se puede concebir como un factor de protección ante las conductas de riesgo, puesto que, permite un mayor ajuste emocional y social en aquellos sujetos con mayor autoestima, disminuyendo las conductas de riesgo exhibidas y manteniendo conductas más adecuadas respecto al uso de las tecnologías y las redes sociales¹⁶.

Así mismo, son los hombres quienes reportan más conductas de ciberacoso en contra de sus compañeros, y son las mujeres quienes tienen más estrategias de

ciberprotección. El ciberacoso se asocia con dependencia digital, sentido de pertenencia e información solo en hombres. En un estudio anterior ²², se observa que principalmente los adolescentes hombres están mayormente expuestos a riesgos relacionados al uso de la red, mientras que, en el acoso de tipo sexual las mujeres son las principales víctimas. Además, son las mujeres quienes tienden a buscar y brindan apoyo en las comunidades virtuales ya que dirigen sus actividades con fines de comunicación y socialización, inclinándose por mantener redes familiares y de amistad ²⁸. Como se observa en los datos obtenidos, las diferencias entre hombres y mujeres son reportadas, tanto de manera física como, ahora, virtual, los hombres siguen teniendo más conductas de acoso, en este caso ciberacoso y están expuestos a riesgos, mientras que las mujeres son más víctimas de estos actos y además, tienen más cuidados, como las estrategias de ciberprotección, lo cual podría ser marcada por los factores socioculturales brindados por el contexto que lo rodea, entre ellos: familia, comunidad, educación, entre otros.

Por tanto, se concluye que siguen siendo las mujeres quienes presentan más problemas de ansiedad y depresión, como se ha ido reportando en las últimas décadas, con síntomas que afectan el día con día de las personas, y que al no ser tratadas de manera favorable van incrementándose afectando esferas como la familiar y social. Además son los hombres quienes tienen mayor dependencia digital, y quienes ejercen más conductas de ciberbullying, mientras que las mujeres realizan más acciones de ciberprotección. A través de los años se reportó que son los hombres quienes tienen más conductas violentas y las mujeres más cuidados, debido a que este estudio evaluó conductas virtuales, se observa que las conductas que se manifestaban en lo presencial, ahora lo hacen en lo virtual y con los mismos patrones, por tanto, se puede indicar que solo se modifica el medio, pero no la conducta. Si bien es el presente estudio no se consideraron factores socioculturales, son indispensables, debido a que la cultura puede permear las conductas de hombres y mujeres en los diversos contextos sociales y en las etapas del desarrollo. Con base en los resultados, se recomienda realizar acciones de prevención antes el uso de las herramientas tecnológicas, a fin de disminuir las problemáticas que puedan generar situaciones de riesgo, principalmente en los niños y adolescentes.

Como limitaciones del presente estudio, se identificó una posible área de mejora relacionada con la muestra seleccionada, que fue no probabilística y en cambio, se optó por una muestra intencional, enfocada únicamente

en participantes escolarizados. Este enfoque limita la representatividad de los resultados, ya que no se incluyeron personas fuera del entorno escolar. Además, la investigación se centró exclusivamente en una única área geográfica de la Ciudad de México, lo que restringe aún más la generalización de los hallazgos a otras regiones o contextos dentro de la ciudad. Estos factores destacan la necesidad de considerar una muestra más diversa y representativa en futuros estudios para obtener conclusiones amplias y aplicables.

REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH), 2023. México: INEGI; 2023. <https://inegi.org.mx/programas/endutih/2023/>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Internet Segura. Redes sociales sin riesgos ni discriminación. 2011 Nov 27. <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Internet%20Segura%20Redes%20sociales%20sin%20riesgos%20ni%20discriminaci%C3%B3n.pdf>
3. UNAM Global. El ciberacoso afecta a 9.7 millones de mujeres en México, según el INEGI. 2023. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/el-ciberacoso-afecta-a-9-7-millones-de-mujeres-en-mexico-segun-el-inegi/
4. Rojas C, Espinosa I, Herrera M, Parra E, Aguirre D, Baldenebro, et al. Diagnóstico de comportamientos de riesgo en adolescentes y jóvenes universitarios. *Uvsera*. 2019; Número especial:20-28. <https://doi.org/10.25009/uvs.v0i0.2655>
5. Cívico A, Cuevas N, Colomo E, Gabarda V. Jóvenes y uso problemático de las tecnologías durante la pandemia: una preocupación familiar. *Hachetepepé. Revista científica en Educación y Comunicación*. 2021; 22:1-12. <https://doi.org/10.25267/Hachetepe.2021.i22.1204>
6. Fernández MJ, Peñalva VMA, Irazabal I. Hábitos de uso y conductas de riesgo en Internet en la preadolescencia. *Comunicar*. 2015;22:113-120. <https://doi.org/10.3916/C44-2015-12>
7. INCIBE. Instituto Nacional de Ciberseguridad [Internet]. León, España: INCIBE; c2023. <https://www.incibe.es/>
8. Salinas J. Comunidades Virtuales y Aprendizaje digital. EDUTEC'03, artículo presentado en el VI Congreso Internacional de Tecnología Educativa y NNNT aplicadas a la educación: Gestión de las TIC en los diferentes ámbitos educativos realizado en la Universidad Central de Venezuela del 24 al 27 de noviembre del 2003. <https://gc.scalahed.com/>

- recursos/files/r161r/w25514w/Comunidades%20 Virtuales.pdf
9. Dzib Moo DLB. Impacto de las comunidades virtuales de aprendizaje en estudiantes universitarios durante el confinamiento por Covid-19. *Conrado*. 2020;16(76):56-62.: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1453>
 10. Lopez SJ, Snyder CR, editors. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.
 11. Weiss I. *Redes sociales 2.0 y la autoestima de los jóvenes [Tesis de licenciatura]*. Universidad de San Andrés; 2018. <http://hdl.handle.net/10908/16636>
 12. Encarnación E, Rosendo A. *Autoestima y uso de redes sociales en estudiantes de 18 a 25 años de edad, en la Universidad Nacional de Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana, periodo septiembre – diciembre [Tesis de licenciatura]*. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2021. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/4347>
 13. Portillo Reyes V, Ávila Amaya J, Capps J. Relación del Uso de Redes Sociales con la Autoestima y la Ansiedad en Estudiantes Universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2021;3(1):139-149.
 14. Delgado H. *Web 2.0 historia, evolución y características*. 2012. <https://disenowebakus.net/la-web-2.php>
 15. Herrera M, Pacheco M, Palomar J, Zavala D. La adicción a Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología Iberoamericana*. 2010;18(1):6-18.
 16. Lin S, Liu D, Niu G, Longobardi C. Active Social Network Sites Use and Loneliness: The Mediating Role of Social Support and Self-Esteem. *Current Psychology*. 2022;41(3):1279-1286. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00658-8>
 17. Abd-Alrazaq A, AlSaad R, Shuweihi F, Ahmed A, Aziz S, Sheikh J. Systematic review and meta-analysis of performance of wearable artificial intelligence in detecting and predicting depression. *Npj Digital Medicine*. 2023;6(1):84. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00828-5>
 18. Organización Mundial de la Salud. *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la Salud*. 2010. https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
 19. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5*. 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2014.
 20. Secretaría de Salud. *¿Qué es la ansiedad?* 2015. <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>
 21. Muñoz K, Arévalo C, Tipán J, Morocho M. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. 2021;22(1).
 22. García BC, López de Ayala MC, García JA. Los riesgos de los adolescentes en Internet: los menores como actores y víctimas de los peligros en Internet. *Revista Latina de Comunicación Social*. 2014; 69: 462-485. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2014-1020>
 23. Gutiérrez I, Quesada J, Gutiérrez A, Nouni R, Carratalá M. Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Revista Española de Educación Médica*. 2021. <https://revistas.um.es/edumed/article/view/470371/304711>
 24. Hermosa C, Paz C, Hidalgo P, García J, Sádaba C, López C, et al. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 2021;30(2). <https://doi.org/10.46997/revematneurolog30200040>
 25. Matud MP, Correa MC, Bethencourt JM, Del Pino MJ. Relevancia del estatus menopáusico en las diferencias en salud mental entre mujeres y hombres. *Anales de Psicología*. 2014; 30 (3): 927-936. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.172191>
 26. Álvarez D, Barreiro A, Núñez J. Ciberagresión entre adolescentes: prevalencia y diferencias de género. *Comunicar*. 2017; 50 (25) :89-97. <https://doi.org/10.3916/C50-2017-08>
 27. Gómez NDA, Martínez DM. Usos del internet por jóvenes estudiantes durante la pandemia de la covid-19 en México. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*. 2022; 22 (2). <http://dx.doi.org/10.32870/Pk.a12n22.724>
 28. Lemus-Pool MC, Bárcenas-Curtis C, Gómez-Issasi JA. Jóvenes y tecnologías digitales. Diagnóstico del uso y apropiación de plataformas digitales en la zona conurbada del sur de Tamaulipas. *CienciaUAT*. 2020;14(2):87-103.
 29. García BC, de Ayala López ML, Jiménez AG. Los riesgos de los adolescentes en Internet: los menores como actores y víctimas de los peligros de Internet. *Revista Latina de Comunicación Social*. 2014;(69):462-485.
 30. De la Villa Moral M, Suárez C. Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista iberoamericana de psicología y salud*. 2016; 7 (2): 69-78.
 31. Spielberger CD, Díaz-Guerrero R. *IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno; 1975.
 32. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del

- Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 1998;21:26-31.
33. Jurado Cárdenas J, Jurado Cárdenas S, López Villagrán K, Querevalú Gúzman B. Validéz de la Escala de Autoestima de Rosenbergen universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2015; 5 (1) :18-22.
34. Méndez Sánchez M del P, Peñaloza Gómez R, García Méndez M. Escala de Comunidades Virtuales: Un Estudio Exploratorio y Confirmatorio. *aip* [Internet]. 1dic.2023 [citado 22jun.2024];13(3):40-8. Disponible en: https://www.revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/510
35. Méndez Sánchez M del P, Peñaloza Gómez R, García Méndez M. (2023). Diseño y validación de la escala de conductas de riesgo y protección en medios virtuales [Manuscrito enviado para publicación]. *Revista Acta Colombiana de Psicología*.

Estudio correlacional. Engagement, miedo a COVID-19 y depresión en estudiantes de medicina de segundo año de la FES Zaragoza

Correlational study. Engagement, fear of COVID-19 and depression in second year medical students at FES Zaragoza

Joel Bucio Rodríguez¹, José Antonio Vargas Pérez,
María Guadalupe García Galicia

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.

RESUMEN

El *engagement* representa lo opuesto al estado de agotamiento físico, mental y emocional, es decir, la respuesta contraria ante estresores emocionales crónicos del medio académico. La pandemia del coronavirus SARS-COV2 ha generado miedo a la COVID-19 y repercusiones de índole mental y emocional como la depresión, lo que altera la dinámica escolar y social. El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre el *engagement*, el miedo a la COVID-19 y la depresión en estudiantes de la licenciatura de Médico Cirujano. El estudio fue transversal, correlacional y el diseño no experimental. La muestra estuvo integrada por 51 alumnas y alumnos de medicina. Respondieron de manera voluntaria los siguientes instrumentos: escala de miedo al COVID-19 Scale, escala PHQ-2 de depresión y UWES-9 *engagement*. Se obtuvo una correlación inversa media entre depresión y *engagement* ($r = -0.467$, $p = 0.001$), no se encontró correlación entre miedo y depresión, ni entre miedo y desempeño académico. La relación negativa entre la depresión y el *engagement* representa un punto inicial para implementar estrategias educativas y promoción de salud mental.

Palabras clave: *engagement*, COVID-19, depresión, estudiantes de medicina, rendimiento académico.

ABSTRACT

Engagement represents the opposite of a state of physical, mental and emotional exhaustion, i.e., the opposite response to chronic emotional stressors in the academic environment. The SARS-COV2 coronavirus pandemic has generated fear of COVID-19 and mental and emotional repercussions such as depression, which alters school and social dynamics. The aim of the present study was to analyze the relationship between engagement, fear of COVID-19 and depression in undergraduate medical surgeon students. The study was a cross-sectional, correlational and non-experimental design. The sample consisted of 51 medical students. They voluntarily responded to the following instruments: COVID-19 Scale, PHQ-2 depression scale and UWES-9 engagement. A mean inverse correlation was obtained between depression and engagement ($r = -0.467$, $p = 0.001$), no correlation was found between fear and depression, nor between fear and academic performance. The negative relationship between depression and engagement represents a starting point to implement educational strategies and mental health promotion.

Key words: engagement, COVID-19, depression, medical students, academic performance.

Correspondencia: ¹Dirección postal: Facultad de Estudios Superiores. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México. Correo: jojobubu27@gmail.com

Artículo recibido: 24 de febrero de 2024.

Artículo aceptado: 11 de septiembre de 2024.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad y como consecuencia de la sociedad globalizada, en el caso de los médicos, existe la necesidad de estar cada día mejor preparado, de adquirir mayores y mejores conocimientos para ser más competentes y estar al nivel de las exigencias sociales, laborales y de prestación de servicios de salud. Las Facultades de Medicina mediante sus Programas y Planes de Estudio forman a los estudiantes para que logren adquirir una serie de competencias profesionales que les permitirá integrarse de forma eficiente al entorno asistencial y productivo. Por tal razón, los estudiantes de medicina desde el primer momento en que eligen dicha carrera saben y son conscientes del nivel de exigencia, responsabilidad, compromiso, perseverancia y esfuerzo que deben realizar permanentemente a lo largo de la misma para que puedan llevar a cabo las vastas actividades académicas y asimilar los amplios contenidos teórico-prácticos.

En este sentido, desde hace más de dos décadas ha surgido el concepto de *engagement*, que de acuerdo a Caballero¹ se puede identificar como una cuarta etapa en la investigación sobre la respuesta a estresores emocionales crónicos en el trabajo o en el medio académico, representando su opuesto, es decir, lo contrario al estado de agotamiento físico, mental y emocional^{2,3}. Esta etapa ha tomado base en la perspectiva de la psicología positiva, que se preocupa por el buen funcionamiento y las fortalezas del individuo frente a los eventos de estrés y que intenta, por esta vía, superar los enfoques que se preocupan solamente por estudiar el déficit y la patología como tal. A dicho concepto se le asocia con el término de “vinculación psicológica” y de acuerdo con Schaufeli⁴, se considera como un estado psicológico positivo caracterizado por vigor, dedicación y absorción frente a los estudios. También se le denomina compromiso académico, el cual ayuda a los estudiantes a tener mejores reacciones y comportamientos ante los percances, persistiendo ante las dificultades inherentes a su formación educativa, por lo que afrontan sus procesos de aprendizaje con voluntad, gusto, responsabilidad, orgullo, entusiasmo y motivación, así como con una sensación de bienestar escolar y satisfacción con sus estudios. Todo lo anterior les permite involucrarse más con sus estudios, y de esta manera establecer estrategias autorreguladoras más eficaces para mejorar y lograr sus objetivos profesionales con éxito.

Salanova, Bresó y Schaufeli⁵ afirman que, a mayor rendimiento académico, menor agotamiento; así como a mayor eficacia y vigor, mayor dedicación,

mayor autoeficacia y mayor satisfacción con respecto a sus actividades académicas. En otros trabajos se ha encontrado que el buen funcionamiento académico se correlaciona positivamente con las dimensiones de *engagement* y negativamente con el cinismo⁶. Sin embargo, debido a la contingencia sanitaria que se vivió a nivel mundial ocasionada por la pandemia del coronavirus SARS-COV2, y que como sabemos, afectó la dinámica de vida en todas las actividades cotidianas de la población en nuestro país (incluyendo el aislamiento social y el enclaustramiento domiciliario), también se experimentaron repercusiones en el ámbito educativo. Por consecuencia, los docentes y los estudiantes tuvieron que aprender a utilizar nuevas herramientas digitales y establecer una serie de estrategias de enseñanza y auto-aprendizaje respectivamente, para poder afrontar la “nueva normalidad” la cual, con respecto a la educación, representó el hecho de tomar clases a distancia, en línea, sin la convivencia real entre los alumnos, con todo lo que ello implica. Como menciona González⁷, la suspensión de clases presenciales tomó a todos desprevenidos: autoridades educativas, padres de familia, docentes y alumnos, por lo que la decisión de continuar a distancia los programas educativos generó ansiedad y estrés en un escenario de incertidumbre y preocupación al pensar en el futuro cercano.

Relacionado con lo mencionado previamente, se han documentado una serie de repercusiones físicas, mentales y emocionales tanto en la población general, en los trabajadores de la salud, así como en los ambientes escolares⁷⁻¹⁰. El miedo a la COVID-19 y la depresión han estado presentes en diferentes grupos sociales no solamente en nuestro país sino también a nivel mundial¹¹⁻¹⁴. De acuerdo con Elsharkawy y Abdelaziz¹⁴, el miedo a los individuos y a las reacciones exageradas a la propagación de la COVID-19 de persona a persona como factor multifacético, a menudo una de las variables subyacentes más importantes que comprometieron la salud mental y el bienestar, dicho miedo podría causar incluso más daño y propagarse más rápido que la enfermedad misma. Los autores mencionan que los brotes pueden causar angustia psicológica significativa, miedo a la vaguedad e incertidumbre, lo que puede tener efectos desagradables en el aprendizaje general, el rendimiento académico y el bienestar general de los estudiantes. Por otro lado, entendemos la depresión como una alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda. Es un trastorno distímico que lleva consigo reducción de la autoestima y otras alteraciones del estado mental y emocional cuando la intensidad de la depresión supera ciertos límites o se presenta en circunstancias que no la justifican¹⁵.

Durante nuestra práctica como docentes a lo largo de varios años en la FES Zaragoza, hemos detectado manifestaciones de niveles no óptimos de *engagement* o compromiso académico entre los estudiantes de la carrera de medicina. En dicha Facultad y específicamente en estos estudiantes no se tuvo información sobre el *engagement* en el entorno de la pandemia causada por el coronavirus. Es por ello que consideramos importante y necesario realizar un diagnóstico para conocer las características del *engagement* en los estudiantes de medicina de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, así como sus niveles de miedo a la COVID-19 y de depresión en el entorno vivido, la reestructuración y la transformación tal vez anticipada, peculiar y sorpresiva del proceso educativo tradicional en las aulas y los espacios físicos de las escuelas hacia una educación a distancia y de manera virtual, ya que esto puede representar un punto inicial para llegar a implementar estrategias educativas, de promoción de la salud mental así como un diagnóstico temprano en el caso de la depresión, para instaurar a su vez medidas preventivas en la población estudiantil. Con base en lo planteado, el objetivo principal de la presente investigación fue analizar la relación que existe entre el *engagement*, el miedo a la COVID-19 y la depresión en estudiantes de la licenciatura de Médico Cirujano de segundo año de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

MÉTODO

Participantes

Colaboraron de manera voluntaria 51 alumnos de la licenciatura de Médico Cirujano, 31 mujeres (60.78%) y 20 hombres (39.22%), con un rango de edad de 19 a 24 años ($M=19.7$, $DE=1-10$). El grupo etario que predominó fue el de 19 años con 28 estudiantes que representa el 54.9% de la muestra. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. El criterio de inclusión fue estar cursando segundo año de la licenciatura, el de exclusión, no aparecer en la lista oficial, y el de eliminación, no contestar los cuestionarios completos. En la Tabla 1 se muestran algunas características de la muestra, relacionadas con el COVID 19.

Instrumentos

*Escala de miedo al COVID-19*¹⁶, validada y confiabilizada para el idioma español¹⁷. Indaga sobre reacciones de índole emocional y somática desencadenadas por el miedo a la enfermedad causada por el coronavirus. Se compone de 7 ítems cada uno con cinco opciones de respuesta que se evalúan mediante escala tipo Likert de 5 puntos (de 1 a 5). La puntuación va de 7 a 35 puntos, en los cuales a mayor puntuación existe un mayor miedo a COVID-19

TABLA 1. Características de la muestra.

		<i>n</i>	%
Ejercicio	NO	22	39.22
	SI	29	60.78
Fumar	NO	47	43.14
	SI	4	56.86
COVID alumno	NO	44	92.16
	SI	7	7.84
COVID familiar	NO	23	86.27
	SI	28	13.73

ya que los autores de la escala original no establecieron un punto de corte. En este estudio establecimos cinco rangos para el análisis de los resultados.

Escala PHQ-2. (prueba para depresión ultracorta) que consta de 2 ítems igualmente validados^{18,19}. Consiste en las dos primeras preguntas de la escala PHQ-9 ya que constituyen los dos ítems centrales del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor e indagan sobre humor depresivo y pérdida de interés en las últimas dos semanas. Se compone de 2 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta que se evalúan mediante escala tipo Likert de 4 puntos (de 0 a 3). La puntuación va de 0 a 6 puntos, de los cuales con una puntuación de 3 o más (punto de corte recomendado entre el rango normal y un probable diagnóstico de depresión) es indicativo de la necesidad de una entrevista clínica para determinar si existe un trastorno mental.

Escala UWES-9. Escala Utrecht de *engagement* en el trabajo, versión para estudiantes^{20,21} desde la perspectiva tridimensional del constructo que incluye vigor, dedicación y absorción. consta de 9 ítems cada uno con siete opciones de respuesta que se evalúan mediante escala tipo Likert de 7 puntos (de 0 a 6). Los puntos de corte normativos para la UWES-9 ubican las dimensiones del *engagement* en cinco categorías: muy bajo, bajo, promedio, alto y muy alto; con puntajes que van desde <1.77 hasta >5.51 a partir del escalamiento de cada una de dichas dimensiones. Los relacionados con vigor, evalúan los niveles altos de energía y resistencia mental mientras se está estudiando o, con otras palabras, el deseo de invertir esfuerzo y tiempo en los estudios, además de la persistencia en el estudio incluso cuando aparecen obstáculos. Los que se refieren a dedicación, evalúan el sentido de significado, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto relacionado con los estudios. Los que indagan

sobre absorción, evalúan la complacencia con el trabajo, manifestada en el grado de inmersión en él, aunque pase mucho tiempo²².

Procedimiento

La obtención de la información se llevó a cabo por correo electrónico. En un primer apartado se incluyó el objetivo de la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado, el segundo apartado consistió en un cuestionario de datos sociodemográficos en el que se indagó acerca de la edad, sexo, práctica de ejercicio habitual, tabaquismo, diagnóstico positivo de COVID-19 en el alumno y diagnóstico positivo de COVID-19 en algún familiar cercano. El tercer apartado incluyó tres instrumentos: escala de miedo al COVID-19¹⁶, Escala PHQ-2 (prueba para depresión ultracorta), Escala UWES-9. Escala Utrecht de *engagement* en el trabajo, versión para estudiantes^{20,21}. Se hizo énfasis en la confidencialidad y el anonimato de la información recabada.

RESULTADOS

Para procesar los datos se utilizó el software de estadística SPSS versión 23.0 para Windows. Se realizó análisis estadístico descriptivo para obtener razones, porcentajes, medias y desviación estándar, así como análisis inferencial para establecer la relación entre variables. Para determinar la significancia estadística se tomó el valor $p < 0.05$. En la Tabla dos, se muestran las medias y desviaciones estándar del miedo al COVID-19, la depresión, y el *engagement* con sus tres dimensiones (vigor, dedicación y absorción).

TABLA 2. Descriptivos miedo al COVID-19, depresión y *engagement*.

	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
Miedo al COVID-19	15	6.14
Depresión	3	1.90
<i>Engagement</i>	36	13.81
Vigor	11	4.88
Dedicación	12	5.11
Absorción	13	4.49

Con relación al *engagement* 17 alumnos (33.33%) presentaron *engagement* promedio, de los cuales 10 son mujeres y 7 son hombres. Con *engagement* alto, 11 fueron mujeres y tres hombres (razón hombre/mujer de 0.2). Con un nivel muy alto, cuatro fueron mujeres y cuatro hombres. Los alumnos con un nivel bajo de *engagement*,

fueron siete, tres mujeres y cuatro hombres. Los puntajes globales se muestran en la Tabla 3.

TABLA 3. Distribución de los participantes en los cinco niveles de *engagement*.

	Niveles	<i>n</i>	%
<i>Engagement</i>	Muy bajo	5	9.80
	Bajo	7	13.73
	Medio	17	33.33
	Alto	14	27.45
	Muy alto	8	15.69

Al analizar los resultados con respecto al sexo y cada dimensión por separado, el puntaje promedio de las mujeres en vigor es 3.81 y en dedicación 4.36, más alto que el de los hombres (3.28 y 4.26) respectivamente. Por otra parte, el puntaje promedio de la absorción fue ligeramente mayor en los hombres (3.95) que en las mujeres (3.94).

El diagnóstico de miedo a COVID-19 nos muestra lo siguiente: 18 estudiantes se ubican en el rango de puntuación de 8-14, de los cuales 9 son mujeres y 9 son hombres. De los alumnos con 22-28 puntos, 5 son hombres y 4 mujeres, los demás rangos se muestran en la Tabla 4.

TABLA 4. Distribución de los participantes con miedo al COVID-19.

		<i>n</i>	%
Miedo al COVID 19 (Clasificación)	1-7	7	13.73
	8-14	18	35.29
	15-21	17	33.33
	22-28	9	17.65
	>29	0	0.00

Con respecto a la depresión, siete estudiantes obtuvieron cero puntos, de los cuales cinco fueron mujeres y dos son hombres; dos (3.92%) alcanzaron 1 punto, con 1 hombre y 1 mujer; 15 puntuaron un valor de dos, 6 hombres y 9 mujeres; 11 obtuvieron tres puntos, cuatro son hombres y siete mujeres; cinco obtuvieron cuatro puntos, tres hombres y dos mujeres, dos alcanzaron cinco puntos con 1 hombre y una mujer; finalmente nueve alcanzaron seis puntos, tres hombres y seis mujeres (Tabla 5). De acuerdo con el

punto de corte, un total de 27 estudiantes presentaron depresión, lo que equivale a un 53%, 11 hombres (41%) y 16 mujeres (59%).

TABLA 5. Distribución de los participantes con depresión.

	Valores	n	%
Depresión	0	7	13.72
	1	2	3.92
	2	15	29.41
	3	11	21.56
	4	5	9.80
	5	2	3.92
	6	9	17.64

Las correlaciones entre el miedo al COVID-19, la depresión y el *engagement* se establecieron con la correlación de Pearson (Tabla 6). Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa y negativa de depresión y *engagement* ($r = -0.467, p = 0.001$).

TABLA 6. Correlación del miedo al COVID-19, la depresión y el *engagement*.

	Miedo al COVID-19	Depresión	Engagement
Miedo al COVID 19	<i>r</i>	1	.134
	<i>p</i>		.348
Depresión	<i>r</i>		1
	<i>p</i>		-0.467**
Engagement			1

Además de obtener las correlaciones entre las variables de estudio, se procedió a identificar las diferencias entre los 20 varones y las 31 participantes mujeres, con el miedo al COVID-19, la depresión y el *engagement*. Para ello se llevó a cabo la comparación de medias con la prueba *t* de Student para muestras independientes. En esta muestra, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

En lo concerniente a las variables principales del estudio, no se encontraron correlaciones significativas del miedo al COVID-19 con la depresión, ni con el *engagement*. Se

obtuvo una correlación inversa media entre escala de depresión y *engagement*. Como apreciamos, la relación es inversamente proporcional, es decir; que a mayores niveles de depresión existen menores niveles de compromiso académico. Al interpretar dicha magnitud, podemos expresar que la asociación lineal es significativa, aunque moderada. Algunos estudios también han encontrado relación entre el *engagement* y los estados de ánimo o depresión²³. Se entiende que el *engagement* académico es básicamente un estado en el que los alumnos que cursan sus estudios se sienten energizados, dedicados a lo que están haciendo e involucrados en sus responsabilidades, por lo que la relación inversa encontrada se puede entender que es poco positiva, beneficiosa y saludable en el contexto general de dicho compromiso académico, lo cual podría llegar a repercutir en otros ámbitos escolares. De acuerdo al punto de corte, un total de 27 estudiantes presentaron depresión, lo que equivale al 53% de la muestra. Aunque en este estudio no se encontraron diferencias en hombres y mujeres con las variables de estudio, algunos autores^{24,25} mencionan que las alumnas universitarias presentan más cuadros de depresión ya que perciben una mayor cantidad de estresores escolares, atribuyen sus fracasos a factores internos y en ocasiones son más pesimistas acerca de sus capacidades. Las mujeres se inclinan hacia el manejo de sus emociones mientras que los alumnos se guían más hacia encontrar solución a los problemas. Incluso han visto que las universitarias señalan mayor agotamiento y cansancio físico, descansan en menor cantidad y presentan muchas veces más pensamientos negativos con respecto a los varones.

Por otro lado, aunque no se encontró una correlación entre el miedo a la enfermedad y el *engagement*, el 33% de los encuestados tuvo una puntuación de 15-21 que se consigna como un nivel medio a alto, lo cual puede implicar diversas repercusiones de índole física, mental y emocional⁷⁻¹⁴. En lo referente a las diferencias de acuerdo con haber padecido COVID-19, recomendamos tener precaución con los resultados de este inciso debido a la diferencia de casos, por lo que se sugiere un estudio propio para evaluar este criterio, además de que no se evaluaron diferencias categóricas debido al número reducido de casos confirmatorios de alumnos que tuvieron COVID-19. Relacionado con lo antes mencionado, el diagnóstico de *engagement* muestra que el 33% presenta un nivel medio y el 27% un nivel alto. Estos resultados difieren con lo esperado por parte de los autores, ya que la experiencia docente, quizá subjetiva; indicaba que los alumnos presentan niveles bajos de compromiso académico, aunque algunos autores han encontrado resultados semejantes^{22,26-27}.

Los estudiantes de medicina de segundo año de la FES Zaragoza encuestados, a medida que se encuentren más comprometidos en su ámbito educativo, estarán más protegidos y contarán con mejores y mayores herramientas para manejar las situaciones difíciles o estresantes que se presenten como parte de sus tareas y actividades escolares diarias dentro y fuera de la facultad, por lo que podrán de esta forma; contrarrestar, disminuir o evitar los posibles efectos deletéreos en su estructura emocional, psíquica y física. En consecuencia, podrían resguardarse mejor precisamente contra los efectos emocionales de la depresión y manejar eficientemente el miedo a la COVID-19. En este sentido, la dedicación hacia los estudios se relaciona con la salud percibida, de manera que los estudiantes que muestran mayor dedicación creen que tienen un estado de salud adecuado^{28,29}. Abolmaali³⁰ ha reportado un efecto directo del *engagement* sobre el éxito académico, señalando además que el primero puede jugar un papel para mediar los efectos de los rasgos de la personalidad sobre el segundo. Umamoto y Yada³¹ mencionan la relación positiva del aprendizaje cooperativo para mejorar la autoeficacia, los valores intrínsecos y el *engagement* académico. Además, se ha visto que las mujeres, los estudiantes de tiempo completo, estudiantes nativos que iniciaron y se graduaron en la misma escuela, estudiantes que pertenecen a comunidades de aprendizaje, estudiantes internacionales y estudiantes con diversas experiencias muestran mayor *engagement*³².

De acuerdo con Salanova y Schaufeli³³, los hombres puntúan más alto que las mujeres en los niveles de *engagement*, pero las diferencias son pequeñas y con dudas de tener relevancia práctica, mismos resultados que reportan Marsollier y Aparicio²⁹, quienes también detectaron mayor dedicación en hombres, y absorción casi igual en ambos sexos. En cambio, para Kuh³², las mujeres muestran mayor *engagement*, hallazgos semejantes comentados por Martos³⁴ quien refiere que, en relación al sexo de los participantes, las mujeres puntúan más alto en las tres dimensiones de *engagement* frente a los hombres, pero que, sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Es importante recordar que los alumnos encuestados venían de cursar su primer año de la carrera a distancia, es decir; las clases se llevaban a cabo en línea y la mayoría de las personas nos encontrábamos en aislamiento social. Debemos tener muy en cuenta todos estos aspectos, ya que influyen en las emociones y en la presencia de problemas del estado de ánimo y depresión^{7,11-14}. Además, como sabemos, el proceso de enseñanza-aprendizaje es un evento de tipo social, en donde la interacción personal entre pares y compañeros favorece muchos de los procesos mentales

y de interrelación. De esta manera, los salones de clases se convierten en sitios donde los alumnos se sienten valorados, lo cual estimula el desarrollo de los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales del *engagement* académico. Para Umamoto y Yada³¹, la cooperación en el grupo predice la autoeficacia y el valor intrínseco que son factores relacionados con el *engagement*, lo que favorece la presencia de los aspectos conductuales, es decir; vigor y emocionales que corresponde a la dedicación.

Si bien es cierto que el diseño del presente trabajo es exploratorio, una de sus fortalezas es que marca la pauta en el diagnóstico del *engagement* y del miedo a la COVID-19 en los estudiantes de la carrera de medicina de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Esta circunstancia seguramente será útil para que en un futuro próximo se lleven a cabo otras investigaciones que tomen como marco de referencia dichos tópicos y los comparen con otros más, tales como la autoeficacia, el perfil psicológico, estilos de aprendizaje, valores, etc., pero utilizando una muestra más grande, que incluya los diferentes grados escolares dentro de la propia Facultad o bien, realizarlos de manera conjunta con alumnos de medicina de distintas Facultades o trabajar con estudiantes de otras carreras afines para que se comparen poblaciones mayores y heterogéneas. También consideramos que es necesario y muy conveniente utilizar diferentes instrumentos de evaluación, e incluso desarrollar investigaciones con un diseño longitudinal y un enfoque cualitativo, que permitan verificar el origen y la evolución de estos procesos en el tiempo y comprender mejor el fenómeno en el contexto universitario de nuestro país. Dichas propuestas indudablemente ampliarán el conocimiento acerca de estos constructos en la comunidad universitaria y permitirán entonces establecer parámetros de planificación para ofrecer medidas preventivas y curativas.

REFERENCIAS

1. Caballero DC, Hederich C, y Palacio J. El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2010; 42(1):131-146. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>
2. Maslach C, Schaufeli W, y Leiter M. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; (52):397-422. <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>
3. El-Sahili LF. *Burnout Consecuencias y Soluciones*. México: El Manual Moderno; 2015.
4. Schaufeli WB, Martínez I, Márquez A, Salanova M, y Bakker AB. *Burnout and engagement in University*

- Students. A Cross-National Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002; 33(5):464-481. https://www.isonderhouden.nl/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_78.pdf
5. Salanova M, Bresó E, y Schaufeli WB. Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y Estrés*. 2005; 11(2):215-231. Disponible en <http://www.want.uji.es/download/hacia-un-modelo-espiral-de-las-creencias-de-eficacia-en-el-estudio-del-burnout-y-del-engagement/>
 6. Caballero DC, Abello R, y Palacio J. Relación del Burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2007; 25(2):98-111. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79925207>
 7. González VL. Estrés académico en estudiantes universitarios asociados a la pandemia por COVID-19. *Espacio I+D, Innovación más desarrollo*. 2020; 9(25):158-179. Disponible en <https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/249/794>
 8. Ramírez OJ, Castro QD, Lerma C, Yela CF, y Escobar CF. Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2020; 48(4):1-8. http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf
 9. Muñoz FS, Molina VD, Ochoa PR, Sánchez GO, y Esquivel AJ. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex*. 2020; 41(Supl 1):S127-S136. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>
 10. Malpartida GJ, Mato RR, Satalaya VK, Huachaca PA, Ledezma CL, y Diaz DJ. Impacto psicológico en la población ocasionado por la COVID-19. *Revista de investigación científica y tecnológica*. 2021; 2(3):128-137. <https://llamkasun.unat.edu.pe/index.php/revista/article/view/59/65>
 11. Lin Ch. Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health and Behavior*. 2020; 3(1):1-2. https://www.researchgate.net/publication/339880252_Social_reaction_toward_the_2019_novel_coronavirus_COVID-19
 12. Coelho C, Suttiwan P, Arato N, y Zsido A. On the Nature of Fear and Anxiety Triggered by COVID-19. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11:1-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680724/pdf/fpsyg-11-581314.pdf>
 13. Kumar A, y Rajasekharan N. COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*. 2020; 30(1):1-2. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/09638237.2020.1757052?needAccess=true&role=button>
 14. Elsharkawy N, y Abdelaziz E. Levels of fear and uncertainty regarding the spread of coronavirus disease (COVID-19) among university students. *Perspect Psychiatr Care*. 2021; 57:1356-1364. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7753423/pdf/PPC-57-1356.pdf>
 15. Galimberti H. *Diccionario de Psicología*. México: Siglo veintiuno editores; 2006.
 16. Kwasi AD, Lin Ch, Imani V, Saffari M, Griffiths M, y Pakpour A. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022; 20:537-1545. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100496/pdf/11469_2020_Article_270.pdf
 17. Huarcaya VJ, Villarreal ZD, Podesta A, y Luna CM. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022; 20:249-262. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7307940/pdf/11469_2020_Article_354.pdf
 18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams J, y Lowe N. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2010; 32:345-359. <https://www.reviva.org.co/wp-content/uploads/2021/09/PRIME-systematic-review-2010.pdf>
 19. Kroenke K, Spitzer RL, y Williams J. The Patient Health Questionnaire-2 Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*. 2003; 41(11):1284-1292. https://whooleyquestions.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra5196/f/Kroenke.2003.PHQ2_.pdf
 20. Schaufeli WB, y Bakker AB. Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo. *Occupational Health Psychology Unit Utrecht University*. 2003. https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf
 21. Parra P, y Pérez C. Propiedades psicométricas de la escala de compromiso académico, UWES-S (versión abreviada), en estudiantes de psicología. *Rev Educ Cienc Salud*. 2010; 7(2):128-133. <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol722010/artinv7210c.pdf>
 22. Caballero DC. Burnout, engagement y rendimiento académico entre estudiantes universitarios que trabajan y aquellos que no trabajan. *Psicogente*. 2006; 9(16):11-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552138001>
 23. Caballero DC, González GO, y Palacio SJ. Relación del burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios.

- Salud Uninorte, Barranquilla. 2015; 31(1):59-69. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n1/v31n1a08.pdf>
24. Casuso HM. Estudio del estrés, engagement y rendimiento académico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. (Tesis Doctoral). Ciudad de Málaga: Carrera de Enfermería, Universidad de Málaga; 2011. <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4926/TD%20Maria%20Jesus%20Casuso%20Holgado.pdf;sequence=1>
 25. Extremera N, Durán A, y Rey L. Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*. 2007; (342):239-256. http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf50niveles_burnout.pdf
 26. Rodríguez L, y Oramas A. Evaluación del compromiso estudiantil en un grupo de ciencias de la actividad física y salud. *RECUS*. 2017; 2(1):47-50. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Recus/article/view/750/597>
 27. Serrano A, Merlyn MF, Vasco MG, y Llerena M. Bienestar mental, engagement y rendimiento académico. *Revista PUCE*. 2015; (100):111-131. <http://pucespace.puce.edu.ec/handle/23000/635>
 28. Pérez MC, Molero MM, Barragán AB, Martos A, Simón MM, y Gázquez JJ. Autoeficacia y engagement en estudiantes de ciencias de la salud y su relación con la autoestima. *Publicaciones*. 2018; 48(1):161-172. <http://revistaseug.ugr.es/index.php/publicaciones/article/view/7323/6420>
 29. Marsollier R, y Aparicio M. Burnout y engagement: ¿perspectivas complementarias o polos opuestos? un análisis en trabajadores de la Universidad. *Revista de Orientación Educativa*. 2013; 27(52):63-74. <http://www.roe.cl/index.php/roe/article/view/32/26>
 30. Abolmaali K, Rashedi M, y Ajilchi B. Explanation of Academic Achievement Based on Personality Characteristics, Psycho-Social Climate of the Classroom and Students' Academic Engagement in Mathematics. *Open Journal of Applied Sciences*. 2014; (4):225-233. https://file.scirp.org/pdf/OJAppS_2014040813595307.pdf
 31. Umemoto T, y Yada N. The Relationship between Beliefs in Cooperation, Motivation, and Engagement in Cooperative Learning. *Psychology*. 2016; (7): 1335-1341. https://file.scirp.org/pdf/PSYCH_2016092214232039.pdf
 32. Kuh G. What We're Student Learning About Engagement. *Change*. 2003; (marzo/abril):24-32. [http://cpr.indiana.edu/uploads/Kuh%20\(2003\)%20What%20We're%20Learning%20About%20Student%20Engagement%20From%20NSSE.pdf](http://cpr.indiana.edu/uploads/Kuh%20(2003)%20What%20We're%20Learning%20About%20Student%20Engagement%20From%20NSSE.pdf)
 33. Salanova M, y Schaufeli WB. El engagement de los empleados: un reto emergente para la Dirección de los Recursos Humanos. *Estudios Financieros*. 2004; (261):109-138. <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/221.pdf>
 34. Martos A, Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Gázquez JJ, Simón MM, y Barragán AB. Burnout y engagement en estudiantes de Ciencias de la Salud. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2018; 8(1):23-36. <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/223/173>

Relación entre Funcionalidad y Calidad de Vida de las Personas Mayores

Relationship between Functionality and Quality of life of Elderly People

Martha Patricia López González¹, José Manuel García Cortés²

¹Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, Departamento de Gerontología,

²Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue conocer la relación entre funcionalidad y calidad de vida de personas mayores. Debido al aumento en la población de este grupo etario y al impacto que esto pueda tener en diferentes aspectos. Es un estudio correlacional, transversal. Colaboraron en el estudio 100 personas adultas mayores con un rango de edad de 60-80 años ($M=71.6$, $D.E.=6.91$). Respondieron de manera voluntaria la escala de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y el Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF). Para el análisis de los datos se utilizó la correlación producto momento de Pearson. Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas entre la funcionalidad y los factores de calidad de vida la correlación más alta de los cuatro factores de calidad de vida fue salud física con funcionalidad. De tal manera que es importante la promoción de actividad física, así como fomentar una cultura de mayor prevención y autocuidado.

Palabras clave: funcionalidad, personas mayores, vejez, calidad de vida, relaciones.

ABSTRACT

The objective of the research was to know the relationship between functionality and quality of life of elderly people. Due to the increase in the population of this age group and the impact this may have on different aspects. It is a cross-sectional, correlational study. The study involved 100 elderly people with an age range of 60-80 years ($M=71.6$, $S.D.=6.91$). They voluntarily answered the Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) and the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Pearson's product moment correlation was used for data analysis. The results show positive and significant correlations between functionality and quality of life factors, the highest correlation of the four quality of life factors was physical health with functionality. Thus, it is important to promote physical activity, as well as to foster a culture of greater prevention and self-care.

Key words: functionality, elderly, old age, quality of life, relationships.

Correspondencia: ²Dirección postal: Facultad de Estudios Superiores. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México. Correo: jose.garcia@zaragoza.unam.mx

Artículo recibido: 08 de abril de 2024.

Artículo aceptado: 24 de agosto de 2024.

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociodemográficos, menor número de nacimientos y mayor uso de tecnología y medicamentos hacen que las personas lleguen a edades cada vez más longevas. Según datos del informe de la Naciones Unidas “Perspectivas de la población mundial 2022”¹, en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%) más que la proporción de una de cada 11 en el 2019 (9%), y la población será el doble del número de niños menores de 5 años.

Acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía², en México viven 126 millones, 14,024 personas, de las cuales 15.4 millones son mayores de 60 años, de estos 1.7 millones viven solos, el 41.4% son económicamente activos y el 69.4% presentan algún tipo de discapacidad, de tal manera que el país pasa por un proceso de envejecimiento demográfico. Por primera vez las personas mayores rebasaron el número de niños menores de cinco años en el 2018. El Consejo Nacional de Población³ señala que a pesar de la caída en la esperanza de vida durante la pandemia el indicador se recuperó en 2023, la esperanza de vida al nacer es de 78.4 años de para las mujeres mexicanas y de 72.1 años para los hombres.

Dado este panorama, lo que se espera es mayor cantidad de personas mayores, lo que conlleva que dichas personas tengan que sostenerse económicamente, contar con un techo, y cubrir sus necesidades básicas. Las instituciones y los estados pueden verse sobrepasados en cuanto a los gastos que genera este grupo de personas, además de cubrir todo aquello que se requiera para que tengan una mejor calidad de vida. Es un desafío fundamental para las sociedades actuales. Por otro lado, la sociedad occidental resalta valores que tienen que ver con la juventud y belleza, el cuerpo debe cubrir un estereotipo que el capitalismo promueve y que cuando la persona se hace mayor, este deja de encajar en dicho estereotipo al no ser tan productivo económicamente como antes, en analogía el cuerpo se ve como una máquina que debe funcionar a la perfección así cuando el cuerpo de la persona mayor deja de funcionar de manera óptima, pasa a ser una máquina usada, “vieja”, que “ya no sirve”. Butler acuñó desde 1968 la noción de viejismo para referirse al desarrollo de un cliché, estereotipo y discriminación sistemática contra las personas mayores por su edad⁴, esto es fomentado por los medios de comunicación masiva, los propios clínicos que asisten a esta población toman actitudes negativas y de rechazo hacia las personas de edades avanzadas.

El envejecimiento trae aparejado una serie de cambios: a nivel físico, mental, emocional social entre otros, la salud se puede ver deteriorada. En este panorama, el constructo salud es muy amplio, por lo que en personas mayores se habla más bien de funcionalidad. Por función se entiende la capacidad autónoma de ejecutar acciones. La funcionalidad se define como la capacidad para enfrentar las actividades de la vida cotidiana⁵. Esta en la persona mayor es la capacidad de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal⁶. En este sentido la funcionalidad puede representar todo un reto, puesto que las personas mayores tendrían que desarrollarse de manera independiente, esto es, se deja de lado el hecho de que el propio proceso de envejecimiento y la etapa de vejez conlleva un decline de las capacidades físicas y cognitivas. Así la capacidad funcional en personas mayores está relacionada con la condición de un individuo que desarrolla actividades cotidianas normales sin fatiga y de forma segura e independiente⁷.

Para Zavala-González y Domínguez-Sossa⁸ la funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar actividades de la vida diaria (AVD), esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. Cabe mencionar que no hay una sola forma de envejecer y que el proceso de envejecimiento implica desgaste y en algún momento enfermedad. El envejecimiento tiene complejidad dado los aspectos biopsicosociales que a menudo están asociados con la sobrecarga física, psicológica y social en la vejez, hay adultos que se hacen cargo de los nietos, que siguen criando en momentos que les tocaría descansar pues ya criaron a sus propios hijos, los cuales en ocasiones suelen ser abusivos, pues durante la vejez el adulto mayor está más susceptible a múltiples factores de riesgo, que pueden afectar su calidad de vida. Sin embargo, investigaciones recientes abordan las fortalezas en personas mayores, conceptos como la resiliencia, que mucho se ha estudiado en niños y adultos jóvenes, se ha visto que no se genera en un solo grupo etario, tampoco es para toda la vida, hay situaciones y circunstancias difíciles en donde las personas pueden ser resilientes, mientras que en otras circunstancias no.

Braud⁵ señala que el desarrollo de la resiliencia es posible para muchos adultos mayores independientemente de los orígenes sociales, culturales o de deficiencias físicas o cognitivas. Así se ve la resistencia que personas mayores tienen físicamente después de un accidente o enfermedad grave de la cual se recuperan y pueden

llevar una calidad de vida. El concepto de calidad de vida está de moda, los medios de comunicación masiva lo fomentan, se había utilizado desde un enfoque económico, pero actualmente tiene un gran uso en diferentes campos como el médico, religioso, cultural⁹. Siendo el médico uno de los más utilizados.

La OMS definió la calidad de vida como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”¹⁰. El concepto calidad de vida se ha convertido en el eje de la investigación del campo de las ciencias sociales e incluye componentes tan variados como el modo de vida: toda actividad socializada, sistemática y necesaria que vincula al individuo con la producción; el nivel de vida, referido sólo a los aspectos económicos y materiales; las condiciones de vida, que abarca los contextos sociales y de actividad en la vida de las personas; y el estilo de vida, como la expresión social a través de la actividad individual de la personalidad¹¹. A tal grado se ha usado el concepto, que la OMS para evaluar la calidad de vida elaboró el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), que es uno de los instrumentos más usados.

Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa definieron la “calidad de vida como un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, accesos a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad”¹². Existe un consenso en que la calidad de vida debe ser examinada como una pluralidad de aspectos culturales, económicos, de satisfacción, actividades de ocio entre otros. En relación con la calidad de vida de las personas mayores diversas investigaciones mencionan la funcionalidad de la persona Loredó-Figueroa et al.¹³ en la ciudad de Querétaro realizaron un estudio, cuyo objetivo fue establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Para ello se contó con una muestra de 116 adultos mayores de entre las edades de 60 a 70 años, derecho habientes a una institución de salud. Los instrumentos aplicados fueron el índice de Barthel para actividades básicas de la vida diaria, el cuestionario SF-36 de calidad de vida y la escala de autocuidado. Los resultados mostraron que el 29.3% consideraba que su calidad de vida era buena y el 56% regular. Los adultos mayores con condiciones básicas de subsistencia asegurada entre los 60 y 70 años no presentan aún enfermedades incapacitantes.

En un estudio realizado por Valdez y Álvarez¹⁴ en la

ciudad de Tabasco Villahermosa, con el propósito de determinar la relación entre calidad de vida y apoyo familiar en el adulto mayor inscrito a una unidad de medicina familiar de la seguridad social. Para ello se contó con una muestra de 368 pacientes de entre las edades de 60 y 90 años a quienes se les aplicó los instrumentos de WHOQOL OLD para la calidad de vida y el MOS para el apoyo familiar. Los resultados mostraron que hay predominio de las mujeres (53.5%), la tipología familiar más frecuente fue la familia extensa (55.7%) y en cuanto a la calidad de vida 50% de los adultos mayores percibían una buena calidad de vida y el resto lo contrario. En lo que respecta al apoyo familiar, se encontró significancia en la ocupación, escolaridad, comorbilidad, ingreso económico y la tipología familiar.

Para Aranda¹⁵, la condición física de los adultos mayores puede ser endeble, los órganos de los sentidos pueden estar deficientes, existen defectos en algunas funciones cognitivas como la memoria y la atención, estas condiciones suelen llevar a dependencia, soledad y problemas sociales. La evaluación de la funcionalidad en las personas mayores debe considerarse una de las principales condiciones para identificar el grado de dependencia o independencia del adulto mayor, pues esto puede repercutir en la calidad de vida, de ahí que la interrogante de la presente investigación fue saber ¿qué relación existe entre la funcionalidad y los factores de calidad de vida en las personas mayores? el objetivo fue analizar la relación entre la funcionalidad y los factores de calidad de vida de las personas mayores.

MÉTODO

Participantes

En este estudio se seleccionó una muestra no probabilística intencional de 100 participantes hombres y mujeres del área metropolitana de la Ciudad de México con un rango de edad de 60 a 89 años (M=71.6, D.E.=6.91). El mayor porcentaje fue de mujeres con el 64% respecto al 36% de hombres. En el estado civil prevalecieron los casados (41%) y viudos (33%), seguidos de solteros (18%), divorciados (7%) y unión libre (1%). En cuanto a la escolaridad, en el nivel de primaria se reportó el 42% de los participantes, 22% secundaria, 17% preparatoria, 9% estudios superiores y 10% sin estudios.

Instrumentos

Escala de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de Lawton y Brody, evalúa la funcionalidad (independencia para realizar actividades), con ocho reactivos: capacidad para usar el teléfono, realización

de compras, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios y transportes, manejo de medicamentos y de asuntos económicos¹⁶. A cada reactivo se le asigna un valor de 1 = independiente o 0 = dependiente. La puntuación final oscila entre 0= máxima dependencia y ocho = independencia total. El AIVD tiene una fiabilidad de 0.85¹⁷

Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF). Evalúa la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores, elaborado a partir del Whoqol-100¹⁸ que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló, la versión breve consta de 24 preguntas que cubren cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente; y dos preguntas adicionales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud. La confiabilidad del cuestionario WHOQOL-BREF en adultos mayores, tiene un Alfa de Cronbach de a 0.88¹⁹. Puntuaciones altas son un indicador de una buena calidad de vida. Es un instrumento tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

Procedimiento

Los participantes de esta investigación fueron contactados en lugares públicos y en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE), a quienes se les explico el objetivo de la investigación, la confidencialidad y el anonimato de la información. Su colaboración fue voluntaria y todos(as) los participantes firmaron un consentimiento informado, fueron tratados con respeto y predominó en todo momento la parte ética. El proceso de aplicación de los instrumentos fue individual y se estima que el tiempo fue de 30 a 40 minutos.

RESULTADOS

A partir del análisis de correlación de Pearson se puede apreciar que existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad y la calidad de vida en las personas mayores $r=404^{**}$ $p<0.01$. A continuación se presentan los resultados por factor (Tabla 1).

Todas las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas, con la excepción de medio ambiente que no correlacionó con funcionalidad. Estos resultados sugieren que a mayor funcionalidad mayor calidad de vida.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar la funcionalidad y calidad de vida en personas mayores. Se obtuvo que a mayor funcionalidad, entendida como independencia, mayor calidad de vida respecto a su

TABLA 1. Correlaciones entre funcionalidad y los factores de calidad de vida.

	1
1. Funcionalidad	1
2. Calidad de vida	.404**
3. Salud física	.427**
4. Salud Psicológica	.205*
5. Relaciones sociales	.417**
6. Medio ambiente	.147

* $p<.05$, ** $p<.01$

salud física, esto se explica porque al ser la persona independiente para realizar actividades instrumentales como preparar sus propios alimentos, ir a lugares distantes utilizando transporte o usar el teléfono y manejar su dinero, implica que la persona tiene salud física que le permite realizar dichas actividades y que redundan en su calidad de vida.

La asociación de la salud física concuerda con Razo, Díaz y López¹², quienes compararon la calidad de vida con la presencia y ausencia de enfermedades como hipertensión arterial, obesidad, y diabetes mellitus por grupos etarios, encontrando que la percepción de la calidad de vida se ve afectada por la percepción de la enfermedad, es decir la enfermedad afecta la funcionalidad, entre más años y enfermedades en personas mayores hay una peor percepción de la calidad de vida. Pero se puede explicar ya que en este grupo etario las personas no quieren sentirse una carga para los demás y que muchas desean sentirse útiles apoyando en casa, en el cuidado de los nietos, en labores domésticas, a veces sin importar sus propias condiciones de salud y funcionalidad.

El factor salud psicológica de la calidad de vida tuvo una correlación significativa con la funcionalidad, dentro de este aspecto se engloba lo cognitivo y lo emocional entre otras cosas, hay que tomar en cuenta que la pandemia generó malestar y afectó el estado emocional de las personas, cabe mencionar que la depresión es el principal trastorno afectivo que se da entre las personas mayores. El que la funcionalidad se relacione con el aspecto psicológico habla de que es importante que la persona mayor se sienta bien debido a que le permitirá funcionar con una mayor calidad de vida. En este rubro es importante el significado que para la persona tiene la vida, así como que disfrute de ella. Otro punto relevante es que tanto acepta su apariencia corporal o está satisfecho con la vida.

La funcionalidad de la persona con respecto al factor de relaciones sociales en la calidad de vida, indican que para la persona mayor además de tener satisfechas sus necesidades básicas requiere contar con una red de apoyo que brinde la satisfacción en sus relaciones interpersonales lo que concuerda con lo encontrado por Aranda¹⁵, en cuanto a que la actividad física sistemática permite la funcionalidad en la persona mayor y las relaciones sociales especialmente las significativas para el individuo constituyen un pilar importante en la determinación de la calidad de vida. Al poder desplazarse sin ayuda de nadie, la persona mayor tendrá mayor probabilidad de socializar y establecer redes de apoyo, además de la que forma su familia inmediata, lo que beneficia en su calidad de vida.

La familia establece la mayor fuente de satisfacción y bienestar, sin embargo, contar con amigos, y conocidos que brinden apoyo constituye un factor amortiguador de los efectos negativos del estrés. Asimismo, los resultados del presente estudio concuerdan con Alfonso, Soto, y Santos¹⁸, quienes prueban la influencia del apoyo social en la calidad de vida de los adultos mayores y destacan que las personas que poseen apoyo social alto presentan mayores niveles de calidad de vida. Mientras que para Valdés y Álvarez¹⁴, la calidad de vida tiene asociación con el apoyo familiar. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad y los aspectos del medio ambiente de la calidad de vida en personas mayores, lo que llama la atención puesto que este factor hace alusión a la seguridad, al ambiente físico, así como a la disposición de información y a las oportunidades de participar en actividades recreativas.

Se concluye que la funcionalidad en las personas mayores esta correlacionada con la calidad de vida, los adultos mayores tienden a buscar ser lo más funcionales posibles para ayudar a otros no tanto hacia sí mismos, por lo que se hace necesario la concientización del autocuidado, la creación de programas de actividad física, así como psicoeducativos, al no estar correlacionado el factor del medio ambiente es necesario la sensibilización en este aspecto para que la calidad de vida sea aún mayor, pues contar con un lugar de vivienda en adecuadas condiciones así como los medios de transporte y seguridad les permitirá tener la certeza de poder hacer actividades fuera de casa. Cabe mencionar que es necesario una cultura de mayor prevención para lo cual se debe trabajar con adultos jóvenes (20-40 años) y maduros (40-60 años) en relación con la funcionalidad, ya que es importante que se preparen para la etapa de la vejez en temas como la educación financiera que les

permitirá mayor independencia, la adecuada nutrición, la prevención de enfermedades y el fomentar una amplia red social que pueda brindar el apoyo cuando sea necesario. Además de poder construir un instrumento de funcionalidad que pueda englobar factores más amplios y no sólo la independencia para actividades de la vida diaria o instrumentales²⁰.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Envejecimiento. [citado 25 de febrero de 2024]. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Censo de Población y Vivienda 2020. [citado 25 de febrero de 2024]. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html#Tabulados>
3. Día Mundial de la Población. Las Proyecciones de la Población de México para los próximos 50 años: 2020-2070. [citado 25 de febrero de 2024]. <https://www.gob.mx/conapo/prensa/dia-mundial-de-la-poblacion-las-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-para-los-proximos-50-anos-2020-2070?idiom=es>
4. Fernández E, Monardes H, Díaz C, Fuentes F, Padilla P. El «vejismo» como problemática social en geriatría: a propósito de la medición del vejismo en estudiantes de odontología. *Rev Esp Geriatría Gerontol.* 1 de marzo de 2017;52(2):109.
5. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos.* diciembre de 2011; 22(4):162-6.
6. Monroy-Rojas A, Contreras-Garfias ME, García-Jiménez MA, García-Hernández ML, Cárdenas-Becerril L, Rivero-Rodríguez LF. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enferm Univ.* 2016 [citado 25 de febrero de 2024];13(1). <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/102>
7. Cossio M, Sáez R, Luarte S, Lee C, Gómez R. Capacidad funcional de adultos mayores según cambios estacionarios. *Nutr Clínica Dietética Hosp.* 2017;37(2):83-8.
8. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2011; 49(6):585-90.
9. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México | Papeles de Población. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/9089>
10. Robles A, Rubio B, De la Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los

- cuidados de salud. *El Resid.* 2016;11(3):120-215.
11. Caribe CE para AL y el. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2001 [citado 25 de febrero de 2024]. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7157-acercamiento-conceptual-la-situacion-adulto-mayor-america-latina>
 12. Razo González AM, Díaz Castillo R, López González MP. Construcción de las Representaciones Sociales de la Calidad de Vida en diferentes etapas de la edad adulta. *Espac Abierto Cuad Venez Sociol.* 2018;27(1):149-68.
 13. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequemoraes AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enferm Univ* [Internet]. 2016 [citado 25 de febrero de 2024];13(3). <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/79>
 14. Valdez-Huirache MG, Álvarez-Bocanegra C. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horiz Sanit.* abril de 2018;17(2):113-21.
 15. Martín Aranda R. Determinantes de la calidad de vida percibida en adultos mayores institucionalizados. 2019 [citado 25 de febrero de 2024]; <https://gredos.usal.es/handle/10366/140457>
 16. Trigas-Ferrin M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de Valoración Funcional en el Anciano. *Galicia Clin.* 2011;72(1):11-6
 17. Jiménez-Aguilera B, Baillet-Esquivel LE, Ávalos-Pérez F, Campos-Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Aten Fam.* 1 de octubre de 2016;23(4):129-33.
 18. Power M, Bullinger M, Harper A, The WHOQOL Group. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychol* 1999; 18: 495-505.
 19. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire among Chilean older people. *Rev Médica Chile.* mayo de 2011;139(5):579-86.
 20. Alfonso Figueroa L, Soto Carballo D, Santos Fernández NA. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Rev Cienc Médicas Pinar Río.* febrero de 2016;20(1):0-0.

Estudio psicosocial sobre la muerte, vida, salud y enfermedad: análisis de creencias de supremacía absoluta científicas, religiosas y seculares

Psychosocial study on death, life, health and illness: analysis of scientific, religious and secular beliefs of absolute supremacy

Jesús Silva Bautista¹, Venazir Herrera Escobar, Roberto Iturriaga Montiel

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.

RESUMEN

Las preguntas sobre el significado “ser humano” son difíciles de contestar. De hecho, se ha incrementado la creencia de que los seres humanos son los gobernantes de la tierra, ante ello, dos cosmovisiones prevalecen, la religiosa y la científica, que difieren en dar una misma respuesta. Al considerar el estudio de fenómenos fundamentales para el ser humano como la vida, muerte, salud y enfermedad, vía creencias de supremacía, se plantea su valor como guías orientadoras del comportamiento humano. Por ello, resulta importante que los objetivos de la educación fomenten su discusión y verificación. La presente investigación propone un estudio sobre las creencias de supremacía absoluta hacia la vida, muerte, salud y enfermedad, mediante la elaboración de un instrumento para conocer la coexistencia o independencia entre creencias religiosas, seculares y científicas. Colaboró una muestra no probabilística de 1200 participantes. Se aplicó un instrumento de 43 reactivos para medir las creencias. Se obtuvo un $\alpha=0.90$ y una varianza total explicada de 54.45%. Los resultados de la correlación de Pearson muestran coexistencia entre creencias científicas, religiosas y seculares, que por su contenido generan una serie de controversias, cuando se dan transgresiones negativas entre ellas. Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la DGAPA- UNAM clave IN300521.

Palabras clave: creencia, natural-material, sobrenatural, vida, muerte.

ABSTRACT

Questions about the meaning of “human being” are difficult to answer. In fact, there is a growing belief that human beings are the rulers of the earth, and two worldviews prevail, the religious and the scientific, which differ in giving the same answer. When considering the study of fundamental phenomena for human beings such as life, death, health and disease, via supremacist beliefs, their value as guides for human behavior is raised. Therefore, it is important that the objectives of education encourage their discussion and verification. The present research proposes a study on the beliefs of absolute supremacy towards life, death, health and disease, by means of the elaboration of an instrument to know the coexistence or independence between religious, secular and scientific beliefs. A non-probabilistic sample of 1200 participants collaborated. A 43-item instrument was applied to measure beliefs. A $\alpha=0.90$ and a total explained variance of 54.45% were obtained. The results of Pearson's correlation show coexistence between scientific, religious and secular beliefs, which due to their content generate a series of controversies when there are negative transgressions between them. Research carried out thanks to the Support Program for Research and Technological Innovation Projects (PAPIIT) of the DGAPA-UNAM, code IN300521.

Key words: belief, natural-material, supernatural, life, death.

Correspondencia: ¹Dirección postal: Facultad de Estudios Superiores. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México. Correo: jesiba60@gmail.com

Artículo recibido: 08 de junio de 2024.

Artículo aceptado: 17 de septiembre de 2024.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, el ser humano ha conducido su paso por la Tierra de forma incierta y especulativa, se ha empeñado en reunir experiencias y evidencias que le permitan conocer el verdadero propósito que tiene su existencia. Ha sido parte de un largo recorrido histórico, siendo testigo de múltiples teorías y supuestos que le han permitido satisfacer sus inquietudes y sed de conocimiento sobre diversos fenómenos de la realidad, no obstante, para lograr una evaluación y un juicio de cada fenómeno ha utilizado una serie de procesos cognitivos, entre ellos, sus creencias. Así, las creencias no son solo las mejores conjeturas sobre la realidad subyacente del mundo, también son indicadores de quién es. Las creencias son una estructura cognitiva fundamental para los seres humanos, De la Pienda (1999) las señala como una condición ontológica del ser humano. Para este autor, las creencias son una evidencia, supuesto o proposición, que no son comprobables ante los demás ni de forma racional, ni empírica, no obstante, conforman la estructura de la vida de las personas, “creemos y creemos que creemos o creemos que no creemos” (p. 239). La creencia es “una puerta a la realidad, pero, por su propia naturaleza, es también una limitación a la comprensión total y última de la misma. Su carácter subjetivo la hace radicalmente relativa a quien la tiene y vive de ella” (p. 241).

Para Pepitone (1991) las creencias “son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa” (p.63). De tal manera que, a través de los años las personas han creado una vasta gama de creencias no solo acerca de la existencia del ser humano en sus diferentes etapas de vida (nacimiento, desarrollo y muerte), sino también, sobre el cómo durante dichos procesos logran sobrellevar determinadas circunstancias y/o situaciones de su vida diaria y de la naturaleza: costumbres, tradiciones culturales, procesos de salud-enfermedad, es decir, de todo aquello que forma parte de las causas y consecuencias que involucran la existencia del ser humano. Dentro del amplio abanico de creencias que conforman el pensamiento y dan pauta al comportamiento humano, De la Pienda (1999) identifica tres niveles en los que se sitúa una creencia, en un primer nivel y de forma más radical, encuentra la que podría llamar creencias existenciales, proveniente del pensamiento de la existencia del mundo exterior, en la cual se presenta de forma inconsciente, al saber que el mundo existe de forma ajena al ser humano, debido a que no le es posible comprobarlo, pero sí sentirlo y percibirlo; en un segundo nivel, se encuentran los

postulados fundamentales de cada cultura, en los que desempeña un papel educativo sobre aquellos aspectos referentes al desarrollo y organización de cada cultura, su forma de ver la vida, de percibir la naturaleza, a la humanidad, la percepción respecto a lo bueno o malo; finalmente, en un tercer nivel, se encuentran aquellas creencias que, dentro de una misma cultura, constituyen los fundamentos de una rama de saber, organizadas respecto a su base sistemática, en este nivel se encuentran las creencias de tipo científicas y religiosas.

Para Pepitone (1991) las creencias científicas pertenecen al orden natural-material, menciona que “se refieren a lo tangible en el mundo material o con lo que se define como material en un nivel de análisis. —Las creencias científicas tienen como base explicaciones, argumentos, razonamientos o demostraciones sobre algún fenómeno basado en la ciencia.

Por su parte, las creencias religiosas pertenecen al tipo sobrenatural, las cuales para Pepitone (1991) se refieren a creencias que recaen en deidades, objetos y lugares sagrados (creencias religiosas), o bien, en eventos tales como el destino, brujería, suerte y casualidad (creencias seculares). De tal manera que, las creencias religiosas son simplemente creencias sobre dioses y otras entidades o eventos religiosos; como otras creencias, son asociaciones cognitivas entre conceptos de objeto (Dios) y existenciales (real, imaginario) o conceptos de valor de verdad (verdadero/falso) (Jong, 2013). En tal sentido, para Zhao *et al.* (2012) las creencias religiosas se refieren a un estado mental, estado en el que se deposita la fe en un credo relacionado con algo sobrenatural, sagrado o divino. Tal estado puede estar asociado con la existencia, las características y el culto de una deidad o deidades, intervención divina en el universo y vida humana, o valores y prácticas centradas en las enseñanzas de un líder espiritual. A diferencia de otras creencias no religiosas, las creencias religiosas suelen estar ligadas a la identidad de las personas y suelen ser altamente sensibles al contexto (Luhmann, 2018).

Como se observa, en cada caso se considera a la creencia como el estado cognitivo primario que representa a la realidad de cierta manera, regulando el comportamiento y guiando al ser humano por el mundo. Funciona como un mapa por el cual se dirige la humanidad. Las creencias tienen un contenido representativo que se considera correcto o verdadero en caso de que su contenido coincida con lo que se pretende representar. Además de tener un contenido proposicional particular, las creencias mantienen diversas relaciones psicológicas con otros procesos cognitivos. Hay, sin embargo, ciertas

características epistémicas destacadas de las creencias que la convierten en un estado cognitivo distintivo. Estas incluyen, ante todo, su compromiso con la verdad de la proposición que constituye su contenido. De tal manera que, creer algo es representarlo como verdadero. La representatividad de la creencia está, por lo tanto, conectada con su intencionalidad. Otra característica de las creencias, es que se distinguen por el hecho de que son sensibles a la evidencia que puede ser doxástica o experimental (Vahid, 2009), condición por la cual algunas personas expresan creencias de superioridad o supremacía (la creencia de que sus puntos de vista son superiores a la de otras personas) y por ende, se perciben mejor informadas sobre algún tema, problema o fenómeno de la realidad, no obstante, las personas con creencias de superioridad frecuentemente favorecen la información agradable sobre la desagradable (Hall y Raimib, 2018).

A lo largo de la historia, la supremacía ha sido una condición ontológica del ser humano. Actualmente, la Real Academia Española ([RAE], 2021), la considera como un grado supremo, independientemente de la línea de la que se esté hablando. Incluye en su definición, una superioridad jerárquica del ser. De acuerdo con Frandsen (2013), el ser humano a fungido este papel, no solo por su necesidad y sed de descubrimiento, sino por el hecho de sentirse superior a todo lo que lo rodea. Muestra de ello es el ámbito ecológico, el cual se catalogaba como una fuente inagotable e infinita de recursos, sin embargo, la realidad es otra, y la realidad objetiva actualmente, es que el planeta parece pequeño para la humanidad. Con el paso del tiempo y de la tecnología, el ser humano se ha dedicado a explorar cada rincón, y con ello, se da el derecho de disponer del mismo, a su conveniencia. Para Frandsen (2013), el ser humano desde sus inicios ha experimentado una serie de cambios que ha causado que a través de su adaptación haya sido participe de la lucha por la sobrevivencia, esta disputa se ha prolongado hasta hoy en día causando conflictos jerárquicos, de accesibilidad y pertenencia dentro de la misma sociedad.

Con base en la supremacía de las creencias que mantienen los seres humanos con respecto a sus derechos, habilidades, capacidades o cualidades que poseen respecto a los demás, o bien, sobre otros seres vivos, cabe señalar que Hall y Raimib (2018) sostienen que para que una creencia de supremacía pueda considerarse como tal, debe tener una base superior en información fáctica relevante. En esta lógica, los individuos con creencias de supremacía deben poseer

un conocimiento más preciso que los demás miembros de un grupo, o al menos reconocer mejor los hechos relevantes cuando se presentan con ellos, de tal manera que existe una relación positiva entre la creencia de supremacía y el conocimiento percibido sobre diferentes fenómenos de la realidad.

En términos generales, las personas con creencias de supremacía no sólo piensan muy bien de sus propias creencias, sino que piensan que esas creencias son superiores a otros puntos de vista sobre un tema en específico. Las creencias de supremacía son una parte de la cognición humana que no se limitan a un solo tema, fenómeno o hecho de la realidad (Hall & Raimib, 2018).

Probablemente las creencias de supremacía hacia la vida y la muerte sean uno de los problemas intelectuales que más han reclamado la atención de las personas. La constante búsqueda de la trascendencia, el sentido de la vida y el significado de la muerte constituyen el núcleo central de las relaciones entre el ser humano, la divinidad (Barona, 1993) y la ciencia. Otras de las inquietudes que se vinculan con las creencias de supremacía hacia la vida y la muerte son aquellas que se derivan de la relación entre éstas y los procesos de salud y enfermedad. Para Avalos (2018) estos fenómenos no pueden comprenderse y explicarse meramente por procesos biológicos. La salud, la enfermedad, la vida y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones clínicas, debido a que, poseen también un carácter psicológico y sociocultural.

Es importante resaltar que frente al anhelo de conocimiento, aparentemente el ser humano cree conocer lo que es la vida, lo que implica estar vivo, y sería fácil responder al decir que es lo opuesto a estar muerto, que es lo que permite ser quien es, estar presente en el hoy, respirar o moverse, no obstante, esto no es así de sencillo. Anaya y Padilla (2010) argumentan que ni la biología ha dado fé de lo que realmente implica y consta la vida, sin embargo, sí es posible identificar como es la vida, y de ahí rescatar atributos que se encuentran asociados a ella. En palabras de Margulis y Sagan (1995, pág. 22):

“La cuestión «¿qué es la vida?» es una trampa lingüística. De acuerdo con las reglas de la gramática, habría que responder con un nombre, una cosa. Pero la vida en la Tierra, más que un nombre, es un verbo. Se repara, se mantiene, se recrea y se trasciende a sí misma.”

La vida no es un concepto estático, inclusive, es posible catalogar que la vida muestra distintas modalidades. La forma por la que se caracteriza es basándose en un concepto de vida biológica en la cual, es posible adaptarse, mutar y evolucionar. Las personas han modificado la forma de vivir, con necesidades diferentes determinadas por el ambiente y sus variables, cambian su apariencia, forma de reproducirse, su adaptación al cambio climático e inclusive los mínimos requerimientos que necesita el ser humano en su día a día, para interactuar en su medio (Anaya y Padilla, 2010). La vida, de acuerdo con Lovelock y Whitfield (1982) y Bernard (2015) es un fenómeno localizado en la superficie de la Tierra que sólo puede entenderse en su contexto cósmico. Se formó de materia estelar, poco después de que la Tierra se condensara a partir de los restos de la explosión de una supernova. Por ello, podría desaparecer dentro de cien millones de años, cuando disminuyan los recursos atmosféricos y el incremento del calor solar acaben por vencer los sistemas de regulación de la temperatura global.

Desde las perspectivas científicas de la vida, autores como Cleland y Chyba (2002) y Chodasewicz (2014) mencionan que una definición de vida cada vez más aceptada dentro de la sociedad es la química darwinista. Una formulación cuidadosa de que la vida es un sistema químico autosostenido capaz de sufrir una evolución darwiniana. Según la definición darwiniana, el origen de la vida es el mismo que el origen de la evolución. Esta definición a menudo se considera como una de las teóricamente más maduras de la vida, sin embargo, ha provocado muchas críticas.

Querer dar respuesta a la pregunta ¿qué es la vida? resulta ser nada sencillo, debido a que, la dificultad está en la enorme diversidad de la vida y en su complejidad. Diferente a las concepciones anteriores, Herrera (2008) menciona que la percepción social de lo que es la vida tiene un fundamento judeocristiano que considera que todos los seres vivos son productos e hijos de Dios, criaturas con alma y que poseen en mayor o menor grado, racionalidad. Lo que hace que la vida humana sea superior al resto de los seres es su acercamiento a lo divino: es creada a imagen y semejanza de Dios. En este sentido, la vida en la Tierra es sagrada por su origen. La vida, desde el Creacionismo, es un acto divino que está fuera de las leyes de la ciencia, donde los detalles no pueden ser conocidos por las leyes de la naturaleza sino solamente por las revelaciones divinas, siempre y cuando el creador quiera revelarlas. La población creyente de estos supuestos, considera que todo ha sido revelado en las santas escrituras (Morowitz, 1992). Para

Noemi (2007), no se puede concebir a la vida sin hablar de Dios y tampoco cabe hablar de Dios sin hablar de la vida. Así, hablar de la vida constituye ineludiblemente hablar de Dios como realidad fundamental que acontece en cuanto vida, la cual, por su parte se sustenta en Dios mismo como en su principio y fin, como en su fundamento y futuro.

Como se observa, la cuestión existencial de la definición de vida ha aumentado su importancia práctica, y cómo definirla es ahora una cuestión que afecta las ramas de la biología, la bioquímica, la genética, la psicología, la filosofía, la religión, etc. (Cleland y Chyba, 2002).

A través del tiempo, el ser humano ha sido testigo de grandes cambios no solo en su especie, sino también de una serie de cambios en otros animales que han compartido su vida. Morin en el año 1974, considero que la gran diferencia del ser humano no tiene que ver con el uso de utensilios, tampoco el cerebro que poseen, y ni siquiera el lenguaje, para él, el factor determinante ha sido la creencia y conceptualización que el ser humano se ha creado respecto a la muerte.

Al hablar de la muerte, Gutierrez-Samperio (2001) afirma que responde a un fenómeno irreversible, lo cual constituye la parte final de la vida de una persona, o bien, el término de su ciclo vital. La muerte forma parte de una serie de desintegraciones y putrefacciones de los órganos de una persona, así como la consideración de diferentes tipos de muerte dentro de la misma, como es el caso de: muerte clínica, encefálica, celular, apoptosis o muerte programada. Este autor considera que el término muerte, va más allá de algo meramente clínico, debido a que si bien, determina la conclusión de la vida de una persona, la muerte engloba aspectos antropológicos, psicológicos, sociales, económicos, religiosos y morales en torno a la persona fallecida.

La definición de muerte clínica es una de las más aceptadas a nivel social, debido a que implica, conforme a Trueba (2007) un momento específico en que se diagnostica y atestigua oficialmente, el estar muerto. Hoy en día, y gracias a que en 1968 el Comité de la Facultad de Harvard, formuló un criterio fiel, producto de la ayuda tecnológica, es lo que se denomina muerte cerebral o encefálica, originado por un daño permanente o total del encéfalo, que se considera el responsable de la función del organismo como un todo, dando veracidad de una muerte total o irreversible (Mateos, 2011). Por otra parte, Tamayo (2008) desde una perspectiva biológica alude a la muerte como:

“un proceso que ocurre en seres vivos, se inicia cuando los cambios son irreversibles, se caracteriza por la pérdida de la complejidad de su organización y por la disminución en el contenido de energía, y termina cuando la diferencia de este contenido energético con el medio ambiente es cero” (pág. 33).

Las definiciones tradicionales de muerte médica y biológica son inequívocas y describen un evento final que conduce al estado absoluto de inexistencia, en cuyo caso la muerte biológica de un ser humano coincide con la muerte social de la persona. Estar muerto significa un cadáver, un estado de no-ser, lo cual, además tiene consecuencias relacionales para los demás (Tomasini, 2017). El desasosiego humano ante el conocimiento de la finitud propia suele producir una cantidad considerable de esfuerzos que los seres humanos ocultan, evitan, retrasan, subliman, dominan o controlan su condición de mortales (De Miguel, 1995; Hernández, 2006). Ante este supuesto control que el ser humano tiene sobre la muerte, la ha llegado a percibir únicamente como el fin de su existencia en la Tierra, específicamente como una separación de su alma de la existencia corporal, considerando con ello, la existencia de una vida eterna, la inmortalidad, reencarnación o la trascendencia del alma. La religión, no sólo ha fungido como principal medio de consuelo y acompañamiento en este proceso de creencias, sino que, en muchas de las religiones se visualiza y hace creer que el propósito de la vida es lograr dicha trascendencia. En el cristianismo, O’Callaghan (2001) menciona que lo anterior se trata de una promesa que en realidad determina o debería determinar toda la vida del cristiano: “Dios promete al creyente nada menos que una participación perpetua en la propia vida trinitaria. Y la causa del cristianismo cae o se mantiene en pie —se puede decir— según se cumple esta promesa o no” (pág. 786).

En el caso de la religión católica, es posible visualizar diversos fragmentos en los que se habla acerca de la vida después de la muerte, y lo que Dios es o bien, representa para sus creyentes: “Jesús dijo: Yo soy la resurrección el que cree en mí, aunque muera, vivirá. El que vive por la fe en mí no morirá para siempre. ¿Crees esto?” (La Biblia Latinoamericana, 2005, Juan, 11:25-26). Bajo estos términos espirituales/religiosos sobre la muerte, se puede anticipar quién es el ser humano y cómo puede continuar en una vida más allá (Tomasini, 2017). Es notable el papel que la cultura tiene sobre las creencias y costumbres de las personas con respecto a la muerte, sin embargo, esto ha generado que la especie humana sea la única que ponga resistencia ante ella, a

diferencia de otros animales que innatamente muestran comportamientos para morir (Hernández, 2006). La vida y la muerte como acontecimientos universales y elementos constitutivos de los seres vivos implican una serie de procesos biológicos que no sólo le dan sentido sino también un valor a la existencia, dichos procesos son: salud y enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2021), refiere que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es posible considerar esta definición válida, no obstante, también es posible situarla como una definición ambigua, al observar que para autores como León y Berenson (1996), destacan la importancia de contemplar sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamientos que deben estar situados dentro de los límites considerados como “normales”, esto respecto a los seres humanos que comparten las mismas características y el mismo medio que a la persona considerada sana. En tal caso, Villanueva (2012) sostiene que el concepto de salud debe considerar el abandono de hábitos y costumbres que produzca efectos negativos en la expectativa de vida de una persona.

El concepto holístico de la salud está contenido en la expresión de la totalidad. La salud es un estado relativo en el que el ser humano es capaz de funcionar bien física, mental, social y espiritualmente para expresar la gama completa de las potencialidades únicas dentro del entorno en el que vive (The Free Dictionary - Medical dictionary, 2022). Para Gavidia y Talavera (2012) resulta complejo definir el término salud, inicialmente porque es importante considerar que puede ser empleado en múltiples contextos: médico-asistencial; contexto de los pacientes; contexto sociológico; contexto económico y político; desde la parte filosófica y antropológica y; contexto ideal y utópico. Por su parte, el *Dictionary of public health* ofrece dos alternativas del concepto de salud: por un lado, alude a un estado sostenible de equilibrio o armonía entre los seres humanos y sus entornos físicos, biológicos y sociales que les permite coexistir indefinidamente; y por el otro lado, se refiere a la salud como un estado estructural, funcional y emocional compatible con la vida efectiva como individuo y como miembro de grupos familiares y comunitarios (Last, 2007).

El concepto de salud en la actualidad ha estado fuertemente influenciado por la religión y la iglesia, pero también se entrelaza con la comprensión darwiniana de la fuerza y ser el más apto, donde

el sentido de la vida esta ligado a la supervivencia física, es decir, a la capacidad del individuo para adaptarse a las influencias del medio ambiente en la medida en que las pueda tolerar y resistir, y cuando termina el ajuste, la enfermedad se presenta como una consecuencia natural. Ahora bien, la mayoría de los conceptos modernos de salud la reconocen como algo más que la ausencia de enfermedad, lo que implica una capacidad máxima del individuo para la adaptación y la autorrealización. Esto debe equilibrar las fuerzas y posibilidades internas humanas con el sentimiento de placer o insatisfacción en sus relaciones con el medio ambiente (Svalastog *et al.*, 2017). Para Card (2017) y McCartney *et al.* (2019) las definiciones de salud han buscado moderar la definición absolutista y aspiracional de salud, donde salud es la medida en que un individuo o grupo es capaz, por un lado, de realizar aspiraciones y satisfacer necesidades y, por otro lado, hacer frente a los entornos interpersonales, sociales, biológicos y físicos. Asimismo, consideran que la buena salud y la mala salud no ocurren como una dicotomía, sino como un continuo. La ausencia de enfermedad o incapacidad no es suficiente ni necesaria para producir un buen estado de salud.

Como se observa la salud no significa simplemente ausencia de enfermedad o discapacidad física, pero ¿a que se refiere este término de enfermedad que siempre suele estar asociado al de salud? Una definición clásica de enfermedad refiere que es una condición o un estado insalubre del cuerpo o de la mente. Pero también puede definirse como una falla de los mecanismos adaptativos de un organismo para contrarrestar adecuadamente los estímulos y tensiones a los que está sujeto, lo que resulta en una alteración en la función o estructura de alguna parte del cuerpo que interfiere con la vida normal (Plianbangchang, 2018). Por otro lado, los médicos hacen referencia a una enfermedad cuando ésta es causada por un factor externo, lo cual genera manifestaciones no habituales, o bien, alteraciones que pueden ser subjetivas, o de forma contraria, existen los síntomas o manifestaciones objetivas, las cuales son notorias. De esta forma, es posible que los médicos diagnostiquen cierto tipo de enfermedad, o bien, la presencia de ésta (Sociedad Español de Medicina Interna, [SEMI], 2021). Para Campbell, Scadding y Roberts (1979) el concepto de enfermedad tiene implicaciones de diferentes tipos: puede referirse a una combinación descrita y reconocible de síntomas y signos; a fenómenos asociados con un trastorno específico de estructura o función; o bien, a fenómenos debidos a una causa o causas específicas.

De concepción similar, Marinker (como se citó en, Boyd, 2000), señala a la enfermedad como un proceso patológico, con mayor frecuencia físico, a veces de origen indeterminado, donde la cualidad que identifica la enfermedad es alguna desviación de una norma biológica. Si bien, las definiciones médico-biológicas de enfermedad son de las más populares en la sociedad no son las únicas. Para el caso, Puentes, Urrego y Sánchez (2015) mencionan que la enfermedad es una experiencia vital que adquiere el aspecto de un evento existencial que despliega una serie de transformaciones en diversos aspectos: corporal, psíquico, emocional y social. Ante las cuales, se requiere la constitución subjetiva de posibilidades de asimilación y de manejo para la construcción de sentido y significado, es decir, recursos que abarcan lo material, intelectual, afectivo, cosmológico y espiritual. Por ende, la enfermedad no es ajena a un tipo de manejo y estructuración religiosa, principalmente para quienes se adscriben a ella. En suma, tanto la salud como la enfermedad son procesos dinámicos y cada persona se ubica en una escala graduada o espectro continuo que va desde el bienestar y el funcionamiento óptimo en todos los aspectos de la vida, en un extremo, hasta la enfermedad que culmina en la muerte, en el otro (The Free Dictionary - Medical dictionary, 2022; Villanueva, 2012).

Las propiedades vitales son cambiantes y de una duración limitada, los cuerpos vivientes son móviles y percederos; tienen un comienzo, un nacimiento, una muerte, son parte de una evolución que deben recorrer. Las propiedades vitales constantemente están en lucha con las propiedades físicas, el cuerpo viviente. La enfermedad y la salud no son otra cosa que las peripecias de este combate: si las propiedades físicas triunfan, la muerte es la consecuencia; si en cambio, las propiedades vitales vuelven a tomar su imperio, el ser viviente sana de su enfermedad, cicatriza sus llagas, repara su organismo y entra de nuevo en la armonía de sus funciones. En los cuerpos brutos, nada semejante se observa; estos cuerpos permanecen inmutables como la muerte de la que son la imagen (Bichat, como se citó en, Bernard, 2015). Como se observa, la compleja relación entre vida, muerte, salud y enfermedad impacta directamente a cada ser humano; por ello, La presente investigación tuvo como propósito un estudio sobre las creencias de supremacía absoluta hacia la vida, muerte, salud y enfermedad, mediante la elaboración de un instrumento para conocer la coexistencia o independencia entre creencias religiosas, seculares y científicas.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 1200 habitantes de la ciudad de México y zona metropolitana, 48.9% fueron hombres y el 51.1% mujeres. El 37.8% con un rango de edad de 18 a 29 años, 15.8% entre 30 y 39 años, 19.3% de 40 a 49 años, 13.3% entre 50 y 59 años y, 13.7% de 60 en adelante. Asimismo, el 58% son solteros, mientras que el 42% casados. De la muestra el 5.6% cuenta con una escolaridad básica, el 23.2% media superior, un 63.6% tiene escolaridad superior y, finalmente, el 7.7% cuenta con un posgrado. Por último, el 58.5% es católico, 8.3% practica el Cristianismo, un 7.7% practica una religión diferente a las anteriores y, con el 25.6% declaró no practicar ninguna religión.

Instrumento

Creencias de supremacía absoluta. Estará constituido por 43 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de cinco intervalos (1= *Totalmente en desacuerdo*, 2= *En desacuerdo*, 3= *Ni de acuerdo, ni en desacuerdo*, 4= *De acuerdo*, 5= *Totalmente de acuerdo*). Y se obtendrá la confiabilidad del instrumento a través del coeficiente alpha de Cronbach y la validez mediante un análisis factorial.

Procedimiento

La escala fue aplicada a la muestra seleccionada a través de medios digitales, se utilizaron las redes sociales como vía de distribución, entre ellas se utilizó Facebook, Formularios Google, correo electrónico y WhatsApp. Al no tener un contacto directo con los participantes, cada una de las escalas contó con la información necesaria para su llenado. Esta información aludió a los objetivos, características, condiciones del estudio y la confidencialidad de la información brindada en caso de aceptar contestarla. Asimismo, se especificó las instrucciones de llenado del instrumento asegurando que los participantes comprendieran por completo lo solicitado. La aplicación total de las escalas se llevó a cabo en un periodo aproximado de mes y medio. Una vez recolectada la información, se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Se hizo un análisis descriptivo de los resultados de la puntuación en cada reactivo, se consideró las medias, y desviación estándar en cada uno de ellos (Tabla 1).

TABLA 1. Media, desviación estándar y estadística de relación reactivo – total en el instrumento de creencias de supremacía absoluta.

Reactivo	Media	DE	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	2.72	1.352	.574	.897
2	2.65	1.326	.548	.898
3	3.80	1.136	.296	.901
4	3.34	1.282	.164	.903
5	2.39	1.228	.529	.898
6	3.91	1.127	.327	.901
7	2.57	1.034	.347	.900
8	2.76	1.243	.541	.898
9	3.42	1.128	.134	.903
10	2.38	1.211	.595	.897
11	3.10	1.180	.500	.898
12	2.85	1.228	.393	.900
13	3.18	1.146	.297	.901
14	3.28	1.149	.199	.902
15	2.64	1.103	.320	.901

TABLA 1. Media, desviación estándar y estadística de relación reactivo – total en el instrumento de creencias de supremacía absoluta (continuación).

Reactivo	Media	DE	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
16	2.01	1.028	.513	.898
17	3.29	1.157	.384	.900
18	3.15	1.120	.179	.902
19	2.68	1.355	.593	.897
20	1.69	.944	.356	.900
21	3.01	1.203	.504	.898
22	2.92	1.215	.540	.898
23	2.89	1.417	.608	.896
24	2.96	1.067	.384	.900
25	1.80	.973	.386	.900
26	3.26	1.136	.125	.903
27	3.35	1.254	.119	.904
28	2.80	1.054	.308	.901
29	2.46	1.317	.599	.897
30	3.41	1.123	.152	.903
31	2.29	1.213	.573	.897
32	2.34	1.299	.554	.897
33	2.27	1.237	.565	.897
34	3.31	1.126	.323	.901
35	2.96	1.371	.577	.897
36	2.57	1.276	.585	.897
37	2.33	1.178	.591	.897
38	2.42	1.014	.400	.900
39	3.32	1.185	.219	.902
40	3.50	1.134	.313	.901
41	3.47	1.203	.186	.902
42	3.22	1.103	.195	.902
43	3.46	1.090	.370	.900

Test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el Test de Esfericidad de Bartlett. La medida de adecuación muestral KMO obtuvo un valor igual a 0.958, mientras que la prueba de Esfericidad de Bartlett arrojó un valor aproximado para 903 gl de $\chi^2 = 28049.814$ con una $p = 0.000$; estos valores indican que se cumplen satisfactoriamente las condiciones para utilizar el análisis factorial de componentes principales. En cuanto al valor de la comunalidad de cada reactivo se eliminaron aquellos que se encontraron por debajo de 0.35 por lo que se

extrajeron los reactivos 17, 24 y 27 de la escala. Por medio del método de rotación de normalización Varimax con normalización Kaiser que convergió en 8 iteraciones y con el método de extracción de análisis de componentes principales se extrajeron cinco factores (Tabla 2); se conservaron aquellos con valores propios por encima de 1 (criterio de Kaiser). Los cinco factores en su conjunto explican el 54.4% de la varianza total de la escala (Tabla 3).

TABLA 2. Matriz de componentes rotados, varianza total explicada y Alpha de Cronbach por factores.

Reactivo	Factores				
	1	2	3	4	5
23. Más allá de todo, Dios es el principio y fin de todas las cosas.	.862	-.135	-.029	.058	.081
19. Creo que las personas deben toda su existencia al Creador.	.851	-.100	-.087	.077	.050
10. Para mí, Dios es el único que tiene el poder de proveer salud al ser humano.	.833	-.107	-.008	.033	-.018
29. Por encima de todo, Dios es el único que tiene el poder de quitar la vida a la humanidad.	.826	-.030	-.067	.034	.038
33. Dios todopoderoso es el único que puede curar al ser humano de la enfermedad.	.812	-.105	-.040	.040	-.035
1. La vida eterna es un estado de comunión con Dios.	.805	-.084	.041	-.002	.008
32. Para alcanzar la vida eterna sólo se necesita obedecer los preceptos de Dios todopoderoso.	.796	-.133	-.034	-.007	.059
36. La sanidad es por encima de todo una bendición de Dios.	.785	-.067	.046	.039	-.011
2. Definitivamente es Dios quién decide cuando debe morir un ser vivo.	.784	-.082	-.054	.078	.008
35. Por encima de todo, para mí, la Vida es un don divino.	.784	-.152	.063	.074	.098
31. Creo que es Dios el único que dota de conocimientos a los médicos para que ellos puedan curar.	.782	-.110	.008	.041	.025
5. Ante todo, es Dios todopoderoso el único que puede decidir si una persona se cura de algún malestar.	.774	-.083	-.101	.100	-.015
37. La salud es definitivamente la expresión de la protección de Dios omnipotente.	.764	-.060	.034	.128	-.049
8. La Vida es sólo el producto de una fuente divina que se creó con un propósito determinado.	.726	-.118	-.046	.221	.102
22. Lo único que queda de las personas al morir es su alma.	.588	.059	.156	.272	-.020
16. Para mí, la enfermedad es siempre un manifiesto del poder de Dios sobre la humanidad.	.586	-.005	.042	.221	-.076
11. La muerte física de los seres humanos es solamente el paso a otra vida.	.569	.068	.096	.298	-.047
21. Considero que, sólo el ser humano está conformado por cuerpo y alma.	.460	.259	.256	.193	-.092
42. La ciencia es sin duda la única capaz de proveer salud a la humanidad.	-.151	.802	.224	.014	.044
14. Únicamente la ciencia posee las herramientas necesarias para sanar las enfermedades de la humanidad.	-.166	.743	.298	-.030	.107
18. La ciencia es la única herramienta que podrá prolongar la vida de los organismos de manera indefinida.	-.140	.687	.122	.165	.062
39. Solamente la ciencia puede determinar cuando una persona está muerta.	-.057	.687	.141	-.046	.186
9. Más allá de todo, son sólo los avances científicos los que brindan sanidad a las personas.	-.207	.675	.098	.053	.280

Nota. 1=creencia religiosa: Dios supremo, 2=creencia científica: la ciencia como un todo, 3=creencia científica: el ser humano omnipotente, 4=creencias seculares: terapias alternativas, 5=creencias científicas: muerte y salud.

TABLA 2. Matriz de componentes rotados, varianza total explicada y Alpha de Cronbach por factores (*continuación*).

Reactivo	Factores				
	1	2	3	4	5
41. Considero que es sólo la ciencia la que dota de conocimientos a los médicos para que puedan curar a la humanidad.	-.139	.641	.367	-.089	.099
28. Para mí, el organismo del ser humano puede sanar por sí solo ante una enfermedad.	.062	-.059	.637	.279	-.048
34. Únicamente es el ser humano quién controla su proceso de salud-enfermedad.	-.019	.316	.633	.057	.136
40. Para mí, el ser humano es autosuficiente para ejercer control sobre su salud.	-.014	.272	.619	.039	.171
30. Más allá de todo, considero que la Vida es sólo el producto de la evolución biológica.	-.276	.446	.564	.049	.131
26. La Vida es únicamente el resultado histórico de una combinación de elementos físico-químicos y selección natural.	-.297	.427	.552	.061	.119
43. La enfermedad siempre es sólo una alteración del funcionamiento normal de un organismo.	.106	.243	.507	.005	.304
13. La muerte del ser humano es únicamente el efecto de sus condiciones de vida.	.025	.269	.486	.038	.141
7. Creo que la Acupuntura, la Kinesiología, el Yoga, la Homeopatía y la Astrología son las terapias por excelencia para aliviar todos los malestares físicos que presentan los seres humanos.	.159	-.004	.124	.743	.048
15. Sólo el ser humano tiene la capacidad de sanar enfermedades a través de terapias alternas a las científicas.	.124	.056	.055	.673	.134
38. Creo que únicamente a través del uso de terapias alternativas el ser humano logra tener salud.	.215	.078	.164	.611	-.029
4. La muerte biológica es la única que produce muerte total del ser humano.	-.112	.216	.090	.025	.702
3. Por encima de todo, es sólo el ser humano quien crea sus propias condiciones de vida.	.050	.145	.285	.074	.552
12. La salud es únicamente ausencia de enfermedad.	.218	.113	.096	.204	.515
6. Más allá de todo, creo que la salud sólo es el completo estado de bienestar físico, mental y social.	.080	.282	.312	.017	.462
20. Más allá de todo, creo que la enfermedad es un castigo de Dios.	.379	.011	-.017	.238	-.070
25. El ser humano se enferma a consecuencia de la rebelión de sus primeros padres contra la grandeza de Dios.	.480	-.105	-.036	.136	.039
Total de reactivos	20	6	7	3	4
% de Varianza Total Explicada	28.021	16.057	4.242	3.384	2.754
Valor de coeficiente Alpha de Cronbach	.956	.863	.795	.643	.582

Nota. 1=creencia religiosa: Dios supremo, 2=creencia científica: la ciencia como un todo, 3=creencia científica: el ser humano omnipotente, 4=creencias seculares: terapias alternativas, 5=creencias científicas: muerte y salud.

TABLA 3. Varianza explicada, varianza acumulada, medias y desviaciones estándar de cada factor.

Factores	% varianza explicada	% varianza acumulada	M	D. E.
1. Creencia religiosa: Dios supremo.	28.02	28.02	2.51	.91
2. Creencia científica: la ciencia como un todo.	16.05	44.07	3.31	.88
3. Creencia científica: el ser humano omnipotente.	4.24	48.31	3.27	.74
4. Creencias seculares: terapias alternativas.	3.38	51.70	2.54	.80
5. Creencias científicas: muerte y salud.	2.75	54.45	3.47	.79

FACTOR 1. Creencia religiosa: Dios Supremo. El contenido de este factor alude a la diversidad de creencias de supremacía absoluta hacia eventos sobrenaturales tales como la inmortalidad, resurrección, trascendencia, el destino del alma en vidas posteriores y la vida eterna. Al mismo tiempo, enfatiza en Dios todopoderoso como aquel que no sólo procura calmar ansiedades ante las fuerzas incontrolables de la naturaleza, sino que además es quien a través de su voluntad controla los procesos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad en la humanidad. Estas creencias religiosas de supremacía absoluta hacia la existencia de un Creador omnipotente y benevolente asientan que éste revela a sus criaturas el conocimiento de sus decretos, manifiesta a cada corazón humano lo que es recto y lo que es malo, a través de él se pueden explicar los milagros verdaderos de la vida y la muerte y permite conferir a todo acontecimiento en el mundo un sentido de trascendencia.

FACTOR 2. Creencia científica: La ciencia como un todo. Las creencias de supremacía absoluta hacia la ciencia versan sobre el hecho de que sólo ésta puede determinar cuándo está muerto un ser humano, en tal caso, la muerte se produce al cesar las funciones fundamentales: actividad cardíaca y actividad respiratoria, que traen consigo el cese de las funciones cerebrales y con esto termina toda la existencia. Análogamente, el factor presenta creencias que destacan el papel de la ciencia como aquella que, a través de sus avances en la modificación genética, sus estudios sobre el envejecimiento, avances farmacológicos, investigaciones biomédicas, nanotecnología, etc. puede llegar a postergar la muerte indefinidamente; y con ello, proveer sanidad a las personas y finalmente sanar las enfermedades que afligen a la humanidad. En este sentido, la ciencia consiste en un complejo de actividades, saberes y conocimientos que se usan para transformar, explicar y controlar fenómenos de la realidad.

FACTOR 3. Creencia natural-material: El ser humano omnipotente. En este factor las creencias de supremacía absoluta de tipo natural-material sobre el ser humano se refieren a que el cuerpo puede sanar por sí solo ante una enfermedad, considerada únicamente como una alteración del funcionamiento normal de un organismo, en este sentido, el ser humano es el único que controla e interviene en su proceso salud-enfermedad. Su vida es comprendida como el producto de la evolución biológica, el resultado histórico de una combinación de elementos físico-químicos y selección natural; por ende, su muerte es sólo la consecuencia de sus condiciones de vida. Así, la naturaleza real del ser humano es la totalidad de las relaciones físicas, biológicas, psicológicas, culturales y sociales, donde el universo existe sin que haya nada detrás o más allá de él y es fundamentalmente material en su naturaleza, por lo tanto, lo que los seres humanos son, depende de sus condiciones materiales de vida.

FACTOR 4. Creencias seculares: Terapias alternativas. Su contenido representa a las creencias de supremacía absoluta de tipo secular que definen a las terapias alternativas como las únicas opciones terapéuticas que permiten disminuir o erradicar el dolor provocado por alguna enfermedad física o mental. Así, estas terapias constituyen una vasta combinación de intervenciones, filosofías, enfoques y terapias que adoptan un punto de vista holístico de atención: el tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu.

FACTOR 5. Creencias científicas: Muerte y Salud. Las creencias de supremacía absoluta sobre los procesos de salud y muerte presentan un enfoque de tipo médico-biológico, establecen que la muerte es la detención vital del organismo, la destrucción total del individuo como sistema viviente autónomo, o bien, un evento final, un estado absoluto sin retorno. La salud entretanto, es considerada como únicamente ausencia de enfermedad

y el completo estado de bienestar físico, mental y social. Ante ello, se considera que la salud del ser humano depende totalmente de su capacidad de crear una relación estable entre estos elementos, por tal motivo se debe tener en cuenta las acciones que realiza para mantener la integridad de los factores físicos, químicos y biológicos de su cuerpo.

Para obtener las correlaciones entre los factores de la escala de supremacía absoluta, se llevó a cabo una correlación de Pearson (Tabla 4). Los resultados indican correlaciones estadísticamente significativas positivas y negativas. El factor uno, creencia religiosa: Dios supremo no correlacionó con el factor tres, creencia natural-material: el ser humano, ni con el y cinco, creencias científicas: muerte y salud; correlacionó de manera negativa con el factor dos, creencia científica: la ciencia como un todo y de manera positiva con el factor cuatro, creencias seculares: terapias alternativas.

Así mismo, el factor dos, creencias científicas: la ciencia como un todo, correlacionó de manera positiva con el factor tres, creencia natural-material: el ser humano omnipotente, y con el factor cinco, creencias científicas: muerte y salud. El factor tres, creencia natural-material: el ser humano omnipotente correlacionó positivamente con los factores cuatro, creencias seculares: terapias

alternativas y cinco, creencias científicas: muerte y salud. El factor cuatro, creencias seculares: terapias alternativas mostró una correlación positiva con el factor cinco, creencias científicas: muerte y salud.

Con la finalidad de obtener diferencias de los factores de la escala de creencias de supremacía absoluta con el estado civil de los participantes se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Los resultados se muestran en la Tabla 5. A través de las medias se observan diferencias en tres de los cinco factores. Los casados muestran mayor creencia religiosa: Dios supremo que los solteros; por otro lado, los solteros tienen valores más altos en creencia científica: la ciencia como un todo y en creencia natural-material: el ser humano omnipotente.

En cuanto al Factor 1. Creencia religiosa: Dios Supremo, es posible visualizar que las personas casadas ($M=2.63$) son las que tienden a creer en los mandatos de Dios, anteponiendo sus decretos por encima de su propia voluntad o deseo. Ante los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, las personas casadas mantienen creencias de supremacía absoluta de tipo religiosa que aluden a que los seres humanos se enferman a consecuencia de la rebelión de los primeros padres contra Dios, en vista de que antes de

TABLA 4. Correlación de Pearson por factores.

Factores	1	2	3	4	5
1. Creencia religiosa: Dios Supremo.	1	-.251**	-.092	.353**	.086
2. Creencia científica: la ciencia como un todo.		1	.659**	.078	.458**
3. Creencia natural-material: el ser humano omnipotente.			1	.238**	.536**
4. Creencias seculares: Terapias alternativas.				1	.195**
5. Creencias científicas: muerte y salud.					1

** $p < 0.01$

TABLA 5. Diferencias de las creencias y ESTADO CIVIL.

Factor	VS	M	T	gl	p
1. Creencia religiosa: Dios supremo	Soltero(a)	2.43	3.17	1198	0.000
	Casado(a)	2.63			
2. Creencia científica: la ciencia como un todo	Soltero(a)	3.41	4.50	1198	0.000
	Casado(a)	3.18			
3. Creencia natural-material: el ser humano omnipotente.	Soltero(a)	3.33	3.10	1198	0.002
	Casado(a)	3.20			

ello, disfrutaban de salud perfecta; consideran que Dios le recuerda a su pueblo que su adoración debe estar dirigida solo a Él, debido a que, al obedecerle en esto se recibe la bendición de tener todo lo que se necesita para el bienestar físico y espiritual. Por otra parte, a diferencia de las personas solteras ($M=2.43$), las casadas creen que, al morir Dios ayudará a todos sus hijos a que regresen a vivir con Él en el reino celestial, por ello, se debe creer en Jesucristo, arrepentirse de los pecados y recibir el Espíritu Santo. Para ellos, gracias a Él la muerte no es el final. Asimismo, consideran que Dios tiene un plan para cada ser humano y ese plan es el que le da significado y contexto a la vida.

En cuanto al Factor 2. Creencia científica: la ciencia como un todo, establece que son las personas solteras ($M= 3.41$) quienes tienden a mantener creencias de supremacía absoluta de tipo científicas que resaltan a la ciencia como aquella que es la única que puede brindar una explicación lógica objetiva y razonable en cuanto a los temas de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, a diferencia de las personas casadas ($M= 3.18$) quienes no creen en ello. De tal manera, que las personas solteras creen que la vida es únicamente un proceso biológico, físico y químico controlado por un programa genético, considerando de esta manera a un ser vivo como aquel que usa la energía y la materia para sintetizar sus propios componentes, para construir una identidad separada del entorno, y con la capacidad para adaptarse a situaciones diversas sin intervención de alguna fuerza divina; ante ello, consideran que la muerte es un proceso irreversible y la vida es un proceso continuo que solamente termina con la muerte. Bajo este contexto, las personas solteras también creen que los procesos de salud y enfermedad son procesos basados únicamente en la estructuración ordenada o el desorden de los elementos que conforman a un organismo.

Por último, ante el Factor 3. Creencia natural-material: el ser humano omnipotente, son nuevamente las personas solteras ($M= 3.33$) quienes mantienen creencias de supremacía absoluta de tipo natural-material (científicas-sociales) hacia el hecho de que es solamente el ser humano quien tiene el control total de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad. Las personas solteras creen en su individualidad, en encontrar un sentido de vida y subsistencia por ellos mismos, sin necesidad de un ser supremo que los acompañe en su trayecto. De esta manera, consideran tener control sobre sí mismos y sobre lo que sucede en su presente y en su futuro, considerando a estos fenómenos sólo como procesos **físicos**, biológicos, psicológicos y sociales a los cuales

puede alterar para su beneficio o perjuicio. Esto a diferencia de las personas casadas ($M= 3.20$) quienes no lo consideran de esta manera.

Para obtener las diferencias de las creencias y la edad, se aplicó un análisis de varianza simple (ANOVA).

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, y la religión (Tabla 6).

Los resultados del Factor 1. Creencia religiosa: Dios Supremo, indican que son las personas con una edad entre 50 a 59 años ($M= 2.72$) las que tienden a mantener creencias de supremacía absoluta religiosa hacia la vida, la muerte, la salud y la enfermedad fundamentadas en la palabra de Dios. Así, ellas consideran que la vida de los seres humanos se compone de una vida física (creada) y una vida espiritual (eterna). Con ello, también creen que hay dos tipos de muerte: la muerte física y la muerte espiritual, ante las cuales, la salvación está en Jesucristo quien sumerge al ser humano en el amor y el poder divino, trayendo a su vida la vida de Dios. Aunado a lo anterior, las personas que se encuentran en este rango de edad, consideran que Dios es el único que puede aliviar los dolores físicos del ser humano, alcanzar la restauración de una tierra o nación, brindar el bienestar espiritual de un alma y ser la curación de un corazón roto. A diferencia de las personas con un rango de edad entre 18 a 29 años ($M=2.37$) quienes no creen de esta manera.

Ante el Factor 2. Creencia científica: La ciencia como un todo, los resultados muestran que son las personas de 60 años en adelante ($M= 3.46$) quienes tienden a creer en la aplicación de los avances científicos para preservar la salud y la vida de las personas, esto debido a que, la ciencia puede explicar los fenómenos asociados a la fisiología y así puede realizar acciones para promover la salud más eficaz. Asimismo, consideran que los fundamentos científicos son los que han permitido llegar al nivel de conocimiento que actualmente se tiene sobre temas tan fundamentales para el ser humano como lo son la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Con ello, creen que la salud y la enfermedad son sustancialmente fenómenos biológicos, por ello, su comprensión, identificación, tipificación, no pertenece al ámbito de la realidad natural sino al de las construcciones científicas. Lo anterior, en contraste con el grupo de edad que se encuentran entre los 30 a 39 años de edad ($M=3.12$).

Para el Factor 3. Creencia natural-material: El ser humano omnipotente, son los adultos de 60 años en adelante

TABLA 6. Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica EDAD.

Factor	Edad (años)	M	F	gl	P
1. Creencia religiosa: Dios Supremo	18-29	2.37	7.43	4	0.000
	30-39	2.58			
	40-49	2.66			
	50-59	2.72			
	60 en adelante	2.39			
2. Creencia científica: la ciencia como un todo	18-29	3.42	6.76	4	0.000
	30-39	3.12			
	40-49	3.21			
	50-59	3.20			
	60 en adelante	3.46			
3. Creencia natural-material: El ser humano omnipotente.	18-29	3.35	3.88	4	0.004
	30-39	3.20			
	40-49	3.22			
	50-59	3.14			
	60 en adelante	3.36			

(M= 3.36) los que mantienen creencias de supremacía hacia el poder de los seres humanos para controlar los procesos de salud y enfermedad, así como, los eventos de la vida y la muerte. En este sentido, consideran que solo ellos pueden satisfacer sus necesidades vitales, pueden utilizar, manipular y transformar su naturaleza, así como la toma de decisiones ante situaciones que determinan las condiciones de su vida. Por otra parte, las personas en este rango de edad, creen que sólo el ser humano tiene las habilidades y capacidades para controlar y determinar los complejos procesos que integran los sistemas biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte y sus sistemas de relaciones, donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos. Lo anterior a diferencia de las personas que se encuentran en un rango de edad entre 50 a 59 años (M= 3.14), quienes no mantienen este tipo de creencias.

Se realizó un ANOVA con el propósito de obtener las diferencias de creencias y religión. Los resultados del análisis muestran que cuatro de los cinco

factores resultaron con diferencias estadísticamente significativas: el Factor 1. Creencia religiosa: Dios Supremo, Factor 2. Creencia científica: La ciencia como un todo, Factor 3. Creencia natural-material: El ser humano omnipotente, y finalmente, el Factor 4. Creencias seculares: Terapias alternativas (ver, Tabla 7).

De primera instancia, los resultados indican que ante el Factor 1. Creencia religiosa: Dios Supremo, son las personas cristianas (M= 3.30) las que tienden a creer en la omnipotencia de Dios ante la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. De tal manera que, asumen el poder de Dios como creador de todas las cosas. En cuestiones de salud y enfermedad, consideran que la salud es en última instancia, un estado de plenitud y cumplimiento de los propósitos de Dios en cada área de la vida; que tiene un lado ético, debido a que debe existir completa obediencia a la voluntad de Dios; para ellos, la salud es también física y significa fuerza y longevidad; por lo que Dios no ve el alma enferma en un cuerpo sano como una condición deseable. En cuanto a la vida y la muerte, para ellos es fundamental meditar sobre la muerte para tratar de desentrañar su sentido a la luz de la fe en la muerte de Jesús, ya que ella ayudará a alcanzar una comprensión más acertada y profunda de

TABLA 7. Análisis de varianza (ANOVA) para la variable RELIGIÓN.

Factor	Religión	M	F	Gl	P
1. Creencia religiosa: Dios Supremo	Catolicismo	2.72	129.23	3	0.000
	Cristianismo	3.30			
	Otra	2.40			
	Ninguna	1.81			
2. Creencia científica: la ciencia como un todo	Catolicismo	3.27	32.10	3	0.000
	Cristianismo	2.66			
	Otra	3.28			
	Ninguna	3.61			
3. Creencia natural-material: El ser humano omnipotente.	Catolicismo	3.27	19.77	3	0.000
	Cristianismo	2.82			
	Otra	3.21			
	Ninguna	3.46			
4. Creencias seculares: Terapias alternativas.	Catolicismo	2.63	8.56	3	0.000
	Cristianismo	2.53			
	Otra	2.50			
	Ninguna	2.36			

la existencia humana. Contrario a esto, las personas que no profesan alguna religión ($M= 1.81$) no mantienen este tipo de creencias de supremacía.

Aunado a lo anterior, en el Factor 2. Creencia científica: La ciencia como un todo, son las personas que no profesan alguna religión ($M= 3.61$) las que tienden a mantener creencias de supremacía absoluta hacia la vida, la muerte, la salud y la enfermedad de tipo científicas, para ellos, es fundamental enfocarse en aquellos aspectos tangibles, lógicos y principalmente en una estructura metódica-científica en la explicación de estos fenómenos. Ellas creen que la muerte se produce únicamente al cesar la actividad cardíaca y actividad respiratoria, donde éstas traen consigo el cese de las funciones cerebrales y con esto termina toda la existencia. Consideran también que, a través de los avances científicos en la modificación genética, en los estudios sobre el envejecimiento, la criogenia, la nanotecnología, etc. se puede llegar a postergar la muerte indefinidamente; y con ello, proveer sanidad a las personas y finalmente sanar las enfermedades que afligen a la humanidad. De forma inversa, las personas cristianas ($M= 2.66$) son las que tienden a desaprobado estas creencias, ya que, para ellas, Dios es el responsable de darles vida y salud, pero también el encargado en poderse las quitar.

Referente al Factor 3. Creencia natural-material: El ser humano omnipotente, los resultados indican que de igual forma son las personas sin alguna religión ($M= 3.46$) las que tienden a creer que su cuerpo puede sanar por sí solo ante una enfermedad, la cual es considerada únicamente como una alteración del funcionamiento normal de un organismo. Para ellas, la vida es comprendida como el producto de la evolución biológica, el resultado histórico de una combinación de elementos físico-químicos y selección natural; por ende, su muerte es sólo la consecuencia de sus condiciones de vida. Finalmente, consideran que la naturaleza real del ser humano es la totalidad de las relaciones físicas, biológicas, psicológicas, culturales y sociales, donde el universo existe sin que haya nada detrás o más allá de él y es fundamentalmente material en su naturaleza. Contrario a ellas, las personas cristianas ($M= 2.82$) son las que no tienden a creer la omnipotencia del ser humano, ya que como se menciono con anterioridad, depositan en Dios cada proceso de su existencia.

Finalmente, para el Factor 4. Creencias seculares: Terapias alternativas, los resultados muestran que las personas católicas ($M= 2.63$) mantienen creencias de supremacía absoluta de tipo secular que aluden a tratamientos y terapias alternativas como únicas fuentes de sanación ante malestares físicos, emocionales y psicológicos.

Ante los procesos de salud y enfermedad, consideran que estas terapias ayudan con el dolor leve, algunos tipos de náuseas, promueven la curación, mejoran la calidad de vida, ayudan a las personas a adquirir un control consciente sobre procesos físicos tales como el ritmo cardíaco, la presión arterial, la temperatura, la sudoración y la tensión muscular; reducen el estrés, la ansiedad, la depresión y el dolor; y finalmente, ayudan a mejorar la fortaleza y el equilibrio de las personas. En términos generales, creen que estas terapias ayudan a prolongar la vida y evitar enfermedades que puedan provocar la muerte. Diferente a este tipo de creencias, son las que presentan las personas que no profesan alguna religión ($M=2.36$), en vista de que ellas no creen que este tipo de terapias alternativas tengan beneficios sobre la salud y la vida de las personas.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación reflejan que existe una coexistencia de creencias de supremacía absoluta hacia estos fenómenos de tipo religiosa, secular y científica en las personas. De modo que, las personas que tienen creencias de supremacía de tipo religiosa con respecto a la vida, creen que todos los seres vivos son productos e hijos de Dios; que consideran que la vida en la Tierra es sagrada por su origen; que es un acto divino que está fuera de las leyes de la ciencia, donde los detalles no pueden ser conocidos por las leyes de la naturaleza sino solamente por las revelaciones divinas (Herrera, 2008; Morowitz, 1992; Noemi; 2007), y aunado a ello, creen que la enfermedad es el producto de la desobediencia y el pecado humano y que Dios permite las enfermedades para mostrarle al ser humano lo débil que es sin su protección (Evangélico Digital, 2022); también mantienen creencias de supremacía de tipo científica con respecto a la muerte que aluden a que ésta es únicamente un fenómeno irreversible, lo cual constituye la parte final de la vida de una persona, o bien, el término de su ciclo vital (Gutierrez-Samperio, 2001; Mateos, 2011); finalmente, con respecto a la salud, consideran que es un estado sostenible de equilibrio o armonía en el que el ser humano es capaz de funcionar bien física, mental, social y espiritualmente para expresar la gama completa de las potencialidades únicas dentro del entorno en el que vive (Last, 2007; OMS, 2021; The Free Dictionary - Medical dictionary, 2022).

Por otro lado, las personas que mantienen creencias de supremacía de tipo secular que enfatizan en tratamientos y terapias alternativas como únicas fuentes de sanación ante malestares físicos, emocionales y psicológicos, y con

ello, mejoran la calidad de vida y evitan enfermedades que puedan provocar la muerte porque ellas valoran e intervienen el estado de salud con un enfoque integral y holístico (Martínez, *et al.*, 2014); también mantienen creencias de supremacía de tipo científico hacia la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, en tal caso, consideran que la muerte es únicamente un evento final que conduce al estado absoluto de inexistencia, en cuyo caso la muerte biológica de un ser humano coincide con la muerte social de la persona (Tomasini, 2017); que la vida es únicamente el producto de materia estelar (Lovelock & Whitfield, 1982) que se desarrolla a partir de un sistema químico autosostenido capaz de sufrir una evolución darwiniana (Cleland & Chyba, 2002; Chodasewicz; 2014). Además de ello, consideran que la salud es solamente un estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones donde un ser vivo es capaz, por un lado, de realizar aspiraciones y satisfacer necesidades y, por otro lado, para hacer frente a los entornos interpersonales, sociales, biológicos y físicos (Card, 2017; McCartney, *et al.*, 2019; RAE, 2021); finalmente, con respecto a la enfermedad creen que se trata sólo de una condición o un estado insalubre del cuerpo o de la mente, donde existen una serie de alteraciones en la función o estructura de alguna parte del cuerpo que interfiere con la vida normal (Plianbangchang, 2018).

Como se observa, la relación de coexistencia entre creencias de supremacía de tipo religiosa, secular y científica enfatiza en que la ciencia y la religión pueden coexistir en una persona, debido a la falta de coincidencia entre sus respectivos ámbitos de competencia profesional; mientras la ciencia se encarga de dar explicación a la constitución empírica del universo, la religión aborda la búsqueda de valores éticos adecuados y el significado espiritual de la vida (Gould, 2000). No obstante, aunque la religión y la ciencia están morando en la realidad dentro del marco de pensamiento moderno, cada una tiene una perspectiva diferente en el análisis y explicación del mundo como se conoce. Así, algunas personas defienden la objetividad de la ciencia por encima de cualquier cosa y niegan fundamentalmente el dogmatismo religioso de la misma manera que muchas personas religiosas rechazan las ideas y concepciones científicas. Las personas que son creyentes en la ciencia, identifican y explican la realidad en función de algunas características tales como el ser medible, verificable y metódica, de tal manera que, asumen que la ciencia es la única fuente de conocimiento en la que se puede confiar y comprender el mundo; considerando así a la religión como subjetiva, excluyente y rígida, después de todo,

no pueden verificar las creencias religiosas debido a su esencia, que no es medible, verificable y metódica, lo que contradice la esencia de la ciencia (Anna, 2018; Fitria y Al Giffari, 2021). Sobre este punto, Estany (2001) sostiene que la ciencia es la fuente más importante de adquisición de conocimiento, una garantía para la justificación de las creencias que mantiene el ser humano, en sus palabras:

La ciencia es considerada como el producto cultural que más garantías proporciona para justificar nuestras creencias y el que más verdades proporciona. Lo cual no quiere decir que sea el único que proporciona conocimiento, pero no hay otro producto cultural cuya finalidad intrínseca y primordial sea la de proporcionar conocimiento sobre la realidad (pág. 95).

No obstante, cabe señalar que la comprensión de la compleja relación entre este tipo de creencias, de acuerdo con Cragun (2015) depende de al menos tres factores: el período de tiempo en cuestión, la religión de interés y las opiniones de individuos específicos. En otras palabras, menciona que algunas religiones fundamentalistas, rechazan elementos de la ciencia que creen que contradicen sus creencias religiosas. Pero muchas otras religiones adoptan la ciencia moderna, modificando su comprensión o descartando elementos de su religión que contradicen los hallazgos científicos. La ciencia, por su parte, también ha comenzado a dirigir su mirada inquebrantable hacia la religión, revelando que incluso la creencia en lo sobrenatural es probablemente un fenómeno natural.

En tal caso, las creencias de supremacía son una comparación relativa con puntos de vista alternativos, no solo una afirmación sobre la fuerza de las propias convicciones. Ante los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, las personas pueden tener mucha confianza o certeza en estas creencias, pero no necesariamente creer que es superior a otros puntos de vista sobre temas diferentes a dichos fenómenos, en otras palabras, las creencias de supremacía pueden aplicarse solo a una circunstancia; el hecho de que alguien exprese una creencia de supremacía sobre un tema o postura no significa que atribuya una superioridad similar a todas las creencias relacionadas (Hall & Raimib, 2018).

Por otra parte, los resultados también indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre las creencias de supremacía absoluta hacia la vida, la salud, la enfermedad y la muerte con relación a variables

como la edad, el estado civil, el nivel de ingresos económicos y la religión, esto debido a que, aunque las explicaciones religiosas y científicas han cambiado y avanzado a lo largo del tiempo ninguna de ellas por separado ni todas en conjunto han brindado una visión total, completa y cabal que responda a las preguntas de ¿qué es un ser vivo? ¿qué es el ser humano? Que agote las posibilidades de búsqueda, de investigación, de nuevas vertientes, etc. que satisfaga a las personas en su totalidad, por consiguiente, surgen inquietudes (Córdoba, 1984) y cuestionamientos que se derivan tanto de las ciencias como de las religiones y con ello, una serie de conocimientos y creencias que cambian a nivel macro según la cultura, y a nivel personal, de acuerdo a características propias tales como el sexo, la edad, la escolaridad, la personalidad, el género, etc.

Las diferencias marcadas entre las creencias de supremacía hacia la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, de acuerdo a variables específicas pueden generar algunas consecuencias. Hall & Raimib (2018) refieren que el pensar que las creencias de uno son superiores a otros puntos de vista predice conflictos interpersonales, debido a que, las personas con una creencia de supremacía alta sobre un tema en concreto tienden a actuar de manera inadaptada durante los conflictos de relación, suelen exagerar sus propias habilidades o rasgos, particularmente cuando esos rasgos son socialmente deseables, despreciar a los extraños que tienen puntos de vista opuestos y tratar las conversaciones como una oportunidad para profesar sus puntos de vista en lugar de escuchar. Empero, tal vez haya una ventaja oculta en las creencias de supremacía: puede ser que las personas que piensan que sus creencias son superiores en realidad tengan razón en esa autopercepción. Esto implicaría que el daño a las relaciones sociales por la supremacía de creencias podría compensarse de alguna manera con una verdadera comprensión del mundo y una negativa a ceder ante tendencias equivocadas. Se concluye que las creencias de supremacía hacia la vida, la muerte, la salud y la enfermedad abarcan todas las cuestiones acerca de las cuales no se dispone de un conocimiento seguro, pero en las que se confía lo suficiente para actuar de acuerdo a ellas; deben ser relativamente estables, de no ser así, el ser humano al encontrarse ante un dominio confuso y las estrategias cognitivas y de procesamiento de información habituales no le den buenos resultados, puede llegar a enfrentar incertidumbre al no poder reconocer la información relevante y la conducta apropiada ante ese fenómeno (Darwin, 2002; Nespor, 1987; Pajares, 1992).

REFERENCIAS

- Anaya, F. y Padilla, F. (2010). Conceptos y definiciones de la vida y muerte celular. *Acta Universitaria*, 20 (3), 9-15.
- Anna, D. (2018). Metode sains menurut Ian G. Barbour dan sumbangannya terhadap pengkajian Islam. *Religi Jurnal Studi Agama-Agama*, 14 (1), 44-65. DOI: 10.14421/rejusta.2018.1401-03
- Avalos, A. (2018). La salud-enfermedad y muerte desde un abordaje etnográfico. Misiones-Argentina. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 3 (1). DOI: 10.29112/ruae.v3.n1.5
- Bernard, C. (2015). Definición de la vida. Las teorías antiguas y la ciencia Moderna. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41 (2), 369-386.
- Boyd, K. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive. *Med Ethics: Medical Humanities*, 26: 9-17. DOI: 10.1136/mh.26.1.9
- Campbell, E.; Scadding, J. & Roberts, R. (1979). The concept of disease. *British Medical Journal*, 2: 757-762. DOI: 10.1136/bmj.2.6193.757.
- Card, A. (2017). Moving beyond the WHO definition of health: a new perspective for an aging World and the emerging era of valuebased care. *World Med Health Pol*, 9 (1), 127-137. DOI: 10.1002/wmh3.221
- Chodasewicz, K. (2014). Evolution, reproduction and definition of life. *Theory Biosci*, 133: 39-45. DOI: 10.1007/s12064-013-0184-5
- Cleland, C. & Chyba, C. (2002). Defining 'Life'. *Origins of Life and Evolution of the Biosphere*, 32: 387-393.
- Córdova, R. (1984). El valor de la vida, de la salud, de la enfermedad y de la muerte. *Medicina U.P.V.*, 3 (2), 93-99.
- Cragun, R. (2015). Science and Religion. In, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp.172-175). Elsevier Ltd.
- Darwin, Ch. (2002). *El Origen del Hombre*. Panamericana Editorial.
- De la Pienda, J. (1999). Filosofía de las creencias. *Revista de Filosofía de la universidad de Costa Rica*, XXXVII (92), 239-248.
- De Miguel, J. (1995). El ultimo deseo: para una sociología de la muerte en España. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72: 109-156.
- Estany, A. (2001). *La fascinación por el saber. Introducción a la teoría del conocimiento*. Crítica.
- Evangélico Digital (2022). *Dios permite las enfermedades...* <https://www.evangelicodigital.com/clarinadavenezolana/12492/dios-permite-las-enfermedades>
- Fitria, V. & Al Giffari, H. (2021). The language of science and religion: An approach to understand the encounter between science and religion according to Ian G. Barbour. *Humanika, Kajian Ilmiah Mata Kuliah Umum*, 21 (1), 55-68. DOI: 10.21831/hum.v21i1.40453.55-68
- Frandsen, G. (2013). El hombre y el resto de los animales. *TINKUY. Boletín de investigación y debate*, 20: 56-78.
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Revista didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, 161-175. DOI: 10.7203/DCES.26.1935
- Gould, S. (2000). *Ciencia versus religión. Un falso conflicto*. Crítica.
- Gutierrez-Sampeiro, C. (2001). La bioética ante la muerte. *Gaceta Médica de México*, 137 (3).
- Hall, M. & Raimib, K. (2018). Is belief superiority justified by superior knowledge? *Journal of Experimental Social Psychology*, 76, 290-306. DOI: 10.1016/j.jesp.2018.03.001
- Herrera, A. (2008). Nueva retórica del concepto vida. *Revista CTS*, 4 (10), 229-240.
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7 (8), 1-7.
- Jong, J. (2013). Implicit Measures in the Experimental Psychology of Religion. In, Dawes, G. & Maclaurin, J. (Eds.). *A New Science of Religion* (pp. 65-78). Routledge.
- La Biblia Latinoamericana. (2005). *La Biblia Latinoamericana*. San Pablo / Verbo Divino.
- León, R. y Berenson, R. (1996). Medicina teórica. Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7 (3), 105-107.
- Lovelock, J. & Whitfield, M. (1982). Life span of the biosphere. *Nature*, 296: 561-563. DOI: 10.1038/296561a0
- Luhrmann, T. (2018). The Faith Frame: Or, Belief is Easy, Faith is Hard. *Contemporary Pragmatism*, 15 (3), 302-318. DOI: 10.1163/18758185-01503003
- Martínez, L; Martínez, G; Gallego, D; Vallejo, E; Lopera, J; Vargas, N. y Molina, J. (2014). Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21 (6), 338-344. DOI: 10.4321/S1134-80462014000600007
- Mateos, (2011). Concepto de muerte cerebral. *Archivos de Neurociencias*, 16 (1), 1-3.
- McCartney, G; Popham, F; McMaster, R. & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172: 22-30. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.03.023
- Morin, E. (1974). *El hombre y la muerte*. Editorial Kairós.
- Morowitz, H. (1992). *Beginnings of Cellular Life*. University Press.
- Nespor, J. (1987). The role of beliefs in the practice of teaching. *Journal of Curriculum Studies*, 19 (4), 317-328.
- O'Callaghan, P. (2001). La muerte del cristiano como incorporación a la Pascua de Cristo. *Scripta Theologica: Revista de la Facultad de Teología de la Universidad de Navarra*, 33: 773-822.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *¿Cómo define la OMS la salud? Preguntas más frecuentes*. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

- Pajares, F. (1992). Teachers' beliefs and educational research: cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62 (3), 307-332.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7 (1), 61-79.
- Plianbangchang, S. (2018). Health and disease concepts: an approach to health development. *Journal of Health Research*, 32 (5), 384-386. DOI 10.1108/JHR-08-2018-045
- Puentes, Y; Urrego, S. y Sánchez R. (2015). Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (3), 481-495. DOI: 10.12804/apl33.03.2015.08
- Real Academia Española. (2022). Supremacía. <https://dle.rae.es/supremac%C3%ADa>
- Sociedad Española de Medicina Interna. (2021, 29 de julio). *Salud y enfermedad, ¿qué son?*
- Svalastog, A; Donev, D; Kristoffersen, N. & Gajovic, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal* 58 (6), 431-435. DOI:10.3325/cmj.2017.58.431
- Tamayo, R. (2008). El final de la vida. *Letras Libres*, 76: 30-35.
- The Free Dictionary - Medical dictionary. (2022). *Holistic health*. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/holistic+health>
- Tomasini, F. (2017). *Remembering and Disremembering the Dead*. Palgrave Macmillan.
- Trueba, J. (2007). La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30 (3), 57-70.
- Vahid, H. (2009). *The Epistemology of belief*. Palgrave Macmillan.
- Villanueva, A. (2012). Evolución del concepto de enfermedad. *Revista Trébol*, 62, 5-17.
- Zhao, J; Yang, X; Xiao, R; Zhang, X; Aguilera, D. & Zhao, J. (2012). Belief system, meaningfulness, and psychopathology associated with suicidality among Chinese college students: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 12 (668), 1-11. DOI: 10.1186/1471-2458-12-668.

Comparación de afectaciones psicológicas entre víctimas directas e indirectas de delitos violentos que reclaman una compensación por daño psicológico

Comparison of psychological effects between direct and indirect victims of violent crimes who claim compensation for psychological damage

Ilse Cruz-López, Alberto Efraín Meza-Alejos¹, María Cristina Pérez-Agüero

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México

RESUMEN

Los delitos violentos en México, desafortunadamente, son una constante, con base en la literatura se identifican dos tipos de víctimas, las directas (VD) y las indirectas (VI). Se realizó un estudio donde se compararon los resultados obtenidos de diferentes pruebas de evaluación utilizados con fines forenses, el MMPI-2-RF, EGEP-5, SIMS y CIT de una muestra de 35 personas. Los resultados indican diferencias estadística y clínicamente significativas en la escala del MMPI Ideación Suicida (ISU) y en la escala del CIT Evitación (EVI), lo cual indica para este estudio que las VI puntuaron más alto en ideación suicida mientras que las VD a la evitación de estímulos asociados al delito que vivieron. Se recomienda ampliar la muestra para identificar y/o aumentar las diferencias, con la intención de dar una compensación más apropiada a las afectaciones vividas acorde al tipo de víctima.

Palabras clave: víctima, delito violento, afectación psicológica.

ABSTRACT

Violent crime in Mexico, unfortunately, is a constant, based on the literature, two types of victims are identified, direct (DV) and indirect (VI). A study was conducted comparing the results obtained from different assessment tests used for forensic purposes, the MMPI-2-RF, EGEP-5, SIMS and CIT of a sample of 35 people. The results indicate statistically and clinically significant differences in the MMPI Suicidal Ideation Scale (ISU) and in the CIT Avoidance Scale (EVI), which indicates for this study that VIs scored higher in suicidal ideation while DVs scored higher in the avoidance of stimuli associated with the crime they experienced. It is recommended to expand the sample to identify and/or increase the differences, with the intention of giving a more appropriate compensation to the affectations experienced according to the type of victim.

Key words: victim, violent crime, psychological affectation.

INTRODUCCIÓN

Entre los eventos delictivos con mayor incidencia en México se encuentran el robo o asalto en la calle o transporte público, extorsión, fraude, robo total o parcial de vehículo, amenazas verbales, robo en casa habitación, lesiones, homicidios por arma de fuego o golpes, feminicidios y secuestros¹. Los delitos violentos de acuerdo con Echeburúa y Corral² son sucesos repentinos y negativos que ponen en riesgo la integridad física y/o psicológica de una persona. En el momento que ocurren, estos generan un estado emocional de indefensión, miedo y vulnerabilidad lo que provoca que la víctima sea incapaz de afrontar tal situación. A su vez, este suceso puede traer consigo un daño psicológico ya sea agudo (lesiones psíquicas) o crónico (secuelas emocionales)³. Resultado de las características y las condiciones en las que se suscita el hecho delictivo, el impacto se puede reflejar en diferentes dimensiones y grados. Por lo general, un evento que ocurre de manera inesperada y aunado a ello, con algún tipo de violencia, provoca en quien lo vive un desajuste emocional, conductual y de pensamiento. Con frecuencia, el Trastorno de Estrés Postraumático se asocia con este tipo de experiencias⁴, sin embargo, no es el único resultado psicológico que provoca un evento delictivo.

En el ámbito forense y específicamente en el área victimal, la evaluación psicológica cobra gran relevancia pues tiene la finalidad de valorar el tipo y el grado de daño psicológico presentado tras un evento traumático⁵. Lo anterior, para cumplir con lo establecido en la Ley General de Víctimas respecto a la reparación del daño, y con el objetivo de proponer un adecuado tratamiento terapéutico, con base en los derechos de atención y asistencia a las víctimas⁶. Actualmente, existe un mayor interés en el estudio de las víctimas respecto a los efectos físicos y sobre todo psicológicos, que suponen la experiencia de un hecho delictivo. Esto ha generado una concientización en la población que ha dado como resultado una exigencia en la asistencia y protección de los derechos humanos frente al sistema de justicia. De acuerdo con el artículo 108 del Código Nacional de Procedimientos Penales de México⁷, la víctima de delito está definida como el “sujeto pasivo que resiente directamente sobre su persona la afectación producida por la conducta delictiva”. Sin embargo, no sólo se reconocen como víctimas a aquellas que viven directamente el evento, sino también aquellas que de manera indirecta son afectadas por tal acontecimiento. Si se considera solamente a la pareja penal como únicos entes dentro del proceso de victimización, se dejan de lado aspectos psicosociales que rodean a la víctima directa y, por lo tanto, no se reconoce como tal el impacto del delito.

Es así como los familiares, amigos, compañeros de escuela, de trabajo, o cualquier persona que haya tenido algún vínculo cercano con la víctima directa, o incluso, aquella persona que haya presenciado el hecho delictivo y que de alguna forma haya resultado afectada, es considerada una víctima indirecta, esto acorde a la Ley General de Víctimas⁶. Por lo tanto, el análisis del proceso de victimización resulta amplio, pues las violaciones a los derechos humanos impactan y traspasan otras esferas y ámbitos de la vida de la persona que ha sufrido un evento delictivo de manera directa. Casos como los homicidios, feminicidios, secuestros o desaparición forzada reflejan con exactitud el impacto y la gran afectación que trae consigo el delito para las personas cercanas y sobre todo los familiares de la víctima directa.

En la búsqueda de justicia, la implementación de estrategias para la reparación integral del daño, tiene dentro de sus objetivos, resignificar la experiencia del hecho victimizante, que permitan a la víctima, generar mecanismos adecuados de afrontamiento. Para ello, es importante comprender que cada víctima es y será diferente, así como su vivencia particular del hecho victimizante; por lo que es indispensable, analizar y considerar cada una de las características de la persona y su contexto individual y social de la misma.

Reconocer y garantizar adecuadamente los derechos de la víctima, requiere de un análisis integral del hecho victimizante y del daño como consecuencia de este. La perspectiva psicosocial⁸ es un enfoque especializado que permite comprender, el contexto en el que se origina el hecho victimizante, y las consecuencias que genera el mismo, con la finalidad de identificar las necesidades de las víctimas y crear espacios favorables que respondan a las particularidades de cada situación.

Incorporar la perspectiva psicosocial y los enfoques diferenciados en la acción investigativa, hacen presentes las necesidades de las víctimas y las acciones concretas esperadas para que las autoridades les brinden un trato digno encaminado a garantizar los derechos a la verdad, justicia y reparación.

En los delitos en donde existe más de una victimización, como en el caso de un homicidio, las víctimas indirectas tienen necesidades dentro del proceso de justicia, que no solo implican el esclarecimiento de los hechos, sino también, algunas que tienen que ver con la parte más simbólica y significativa del vínculo con la víctima directa. Reconocer, además, las múltiples situaciones estresantes a las que se enfrentan las víctimas indirectas, dentro del mismo proceso legal, permite reconocer a su vez, algunas

de las reacciones que pueden presentar, y que terminan afectando la salud física y mental de la persona. Por tal motivo, es fundamental realizar un análisis integral del hecho victimizante, centrado en las características y circunstancias en las que se encuentra la víctima; para que de esa manera se pueda puntualizar el impacto o la gravedad del daño, consecuencia del hecho delictivo.

De acuerdo con Muñoz⁵ el daño psíquico es aquel desajuste psicológico derivado de la exposición de la persona a una situación de victimización criminal. Es importante mencionar que la predisposición a presentar un daño psicológico, la gravedad y durabilidad de este, dependerá en su mayoría, de las características individuales, los factores de protección y vulnerabilidad que la persona posea, las redes de apoyo con las que cuenta, así como las características propias del evento traumático⁹. Por otro lado, es importante señalar que, el daño psicológico no es estático y puede tener un impacto psicosocial, es decir, que al paso del tiempo y en relación con una serie de factores tanto externos como internos, éste puede cambiar en gravedad y reflejarse en distintas áreas de la vida de una persona¹⁰.

Para realizar una valoración del daño psicológico es importante regirse por los mismos principios que cualquier actividad científica (planteamiento de hipótesis, basarse en un marco teórico, observación y seguir una metodología que permita su replicabilidad)¹¹. Elegir instrumentos o pruebas psicológicas que vayan acorde con los objetivos de la evaluación y además que cuenten con adecuadas propiedades de confiabilidad y validez es fundamental para el proceso y las conclusiones de la evaluación.

Como parte fundamental de la etapa de investigación, se encuentra la documentación para la acreditación integral del daño con la finalidad de garantizar a la víctima, directa e indirecta, la reparación del mismo. La intervención pericial, cumple un papel importante pues permite conocer con mayor detalle el impacto o las consecuencias que podrían presentar las víctimas directas e indirectas, e incluso, identificar si existe alguna diferencia entre las experiencias de las mismas. Con la finalidad de establecer posibles nuevas líneas de investigación, si fuera el caso, o bien, comenzar a cuestionarse si es relevante hacer una distinción entre víctima directa e indirecta a nivel de reparación integral del daño, el objetivo de este estudio fue identificar posibles diferencias entre las afectaciones psicológicas existentes entre víctimas directas y víctimas indirectas de delitos violentos que reclaman una compensación por un daño inmaterial, como lo es, el daño psicológico.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia¹¹, se tuvo un total de 35 participantes provenientes del Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delitos Violentos (CASVDV) de la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México. El 54.3% (n=19) fueron mujeres y el 45.7% (n=15) varones, con un rango de edad que va desde los 18 a los 59 años (M=37.8, D.E.=10.9). El 5.7% (n=2) con una escolaridad de primaria, el 25.7% (n=9) con secundaria, el 40% (n=14) bachillerato, el 28.6% (n=10) licenciatura. Finalmente, el 51.4% (n=18) son consideradas víctimas indirectas, ya que denuncian el homicidio de algún familiar o ser cercano, mientras que el otro 48.6% (n=17) corresponden a víctimas directas por delitos como lesiones (n=10), abuso de autoridad (n=4), privación ilegal de la libertad (n=2) y extorsión (n=1).

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos para evaluar las afectaciones psicológicas, como parte de la valoración:

1. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, segunda versión reestructurado (MMPI-2-RF)*: Es una versión reducida del MMPI-2R, el cual consta de 338 ítems, de verdadero y falso, cuenta con 51 escalas. Se aplicó la versión manual de la misma¹². Se utilizó la versión traducida al español, se usaron las normas de estandarización acordes con la población mexicana. El alfa de Cronbach de las escalas rondan entre el 0.70 al 0.90, con respecto a la varianza explicada esta resulta del 30% al 60%.
2. *Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5)*: Instrumento de evaluación de autoinforme compuesto por 58 ítems, dividido en tres secciones (evaluación de los acontecimientos traumáticos, la sintomatología y el funcionamiento del individuo), con 8 escalas¹³. El alfa de Cronbach de las escalas rondan entre el 0.73 al 0.92.
3. *Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS)*: Instrumento de evaluación de autoinforme compuesto por 75 ítems con respuesta dicotómica verdadero-falso, con 6 escalas¹⁴. El alfa de Cronbach es de 0.96.
4. *Cuestionario de Impacto al Trauma (CIT)*: Instrumento compuesto por 239 ítems, los cuales son contestados en una escala tipo Likert que va de Nunca o casi nunca a Siempre o casi siempre, con 32 escalas¹⁵. El alfa de Cronbach es de 0.80.

Procedimiento

Se invitó a las personas que acudían al CASVDV para evaluación por daño psicológico, a participar en el estudio, se les explicaba el objetivo de este y quienes accedieron a colaborar, leyeron y firmaron el consentimiento informado, asegurándoles que independientemente de su evaluación solicitada por la Fiscalía los datos serían trabajados de forma estadística. Como primer paso, los participantes pasaron con el psicólogo encargado, a una entrevista semiestructurada, se recabaron los datos sociodemográficos y se realizó la aplicación de las pruebas: MMPI-2-RF, EGEP-5, SIMS y CIT, en un intervalo de 2 horas y media, con un breve descanso de 15 minutos, luego de la primera hora, esto debido a requerimientos institucionales en donde sólo se podía tener contacto con los participantes en una sola vez.

Una vez contestados los instrumentos, estos se calificaron e interpretaron con base en los manuales técnicos correspondientes de cada prueba. Los resultados obtenidos fueron vertidos en una base de datos del programa SPSS, versión 23.0, para su posterior análisis. Dicha base fue dividida en dos grupos, aquellos participantes catalogados como víctimas directas y el de víctimas indirectas.

Análisis de datos

1. Se realizaron cálculos descriptivos en las variables sociodemográficas, tales como medidas de tendencia central y de dispersión.

2. Se realizaron las pruebas de normalidad y homogeneidad de varianza en cada una de las escalas de las pruebas para conocer si cumplían con los estándares paramétricos.
3. Se compararon las puntuaciones medias obtenidas por cada una de las 97 subescalas que componen las cuatro pruebas, comparando los resultados del grupo de víctimas directas (VD) con los de víctimas indirectas (VI). Todas las subescalas se encontraban en puntajes *t* (M=50, D.E.=10), por lo que, al estar estandarizadas podían compararse entre sí.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de las pruebas *t* para muestras independientes, en la Tabla 1 se observan las del MMPI 2-RF, la Tabla 2 se encuentran las del EGEP-5, en la Tabla 3 las del SIMS y la Tabla 4 se encuentran las del CIT.

De las 97 pruebas *t* realizadas, sólo 6 fueron estadísticamente significativas, cinco del MMPI 2-RF y una del CIT. En cinco escalas, las VI tendieron a puntuar más que las VD, con base en lo que miden las escalas se aprecia que las afectaciones en donde difieren más se relacionan con:

1. Quejas somáticas infrecuentes (MMPI_V_FS): Esta subescala forma parte de las escalas de validez, las

TABLA 1. Pruebas *t* para muestras independientes de las escalas del MMPI 2-RF.

Escala	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	<i>Dif. Med.</i>	<i>IC 95%-</i>	<i>IC 95% +</i>
MMPI_V_FS*	2.04	33	0.05	13.54	0.05	27.02
MMPI_PSC_QCO*	2.58	33	0.01	10.24	2.18	18.30
MMPI_PI_ISU*	4.40	33	0.00	20.41	10.96	29.85
MMPI_PI_TEN**	2.96	29.4	0.01	8.58	2.65	14.50
MMPI_PE_AG*	2.43	33	0.02	9.47	1.54	17.40

Nota: MMPI_V_FS= quejas somáticas infrecuentes, MMPI_PSC_QCO= quejas cognitivas, MMPI_PI_ISU= ideación suicida, MMPI_PI_TEN= propensión a la ira, MMPI_PE_AG=agresión

*Diferencia estadísticamente significativa. **No se asumen varianzas iguales y es estadísticamente significativa.

TABLA 2. Pruebas T para muestras independientes de las escalas del CIT.

Escala	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>sig. bi</i>	<i>Dif. Med.</i>	<i>IC 95%-</i>	<i>IC 95% +</i>
CIT_EPT_EVI*	-2.72	33	.01	-10.75	-18.79	-2.72

*Diferencia estadísticamente significativa.

cuales buscan identificar si la persona contesta la prueba de una forma exagerada o al azar. En ésta en particular se observa que las VI suelen reportar quejas somáticas poco comunes, no obstante, las puntuaciones medias sólo indican que no hay un sobrerreporte, por lo que los síntomas de este tipo suelen ser comunes entre la población general.

2. Quejas cognitivas (MMPI_PSC_QCO): Pueden reportar problemas de concentración, confusión y de memoria, sin embargo, ninguno de los dos grupos obtuvo una puntuación media lo suficientemente alta como para considerarse de relevancia clínica.
3. Ideación suicida (MMPI_PI_ISU): La puntuación media del grupo VI es de relevancia clínica, lo cual indica que reportan que al menos en una ocasión han tenido pensamientos, intentos o ideación suicida. El grupo VD no obtuvo una puntuación media de relevancia clínica.
4. Propensión a la ira (MMPI_PI_TEN): En general pueden reportar ser impacientes o molestarse con facilidad, no obstante, ninguno de los dos grupos obtuvo una puntuación media lo suficientemente alta como para considerarse de relevancia clínica.
5. Agresión (MMPI_PE_AG): Pueden reportar algún tipo de agresión física ejercida por ellos, sin embargo, ninguno de los grupos obtuvo una puntuación media lo suficientemente alta como para considerarse de relevancia clínica.

Mientras que las VD tendieron más a:

1. Evitación (CIT_EPT_EVI): El grupo VD obtuvo una puntuación media con relevancia potencialmente clínica, por lo que, los miembros de este grupo reportan esfuerzos conscientes de evitar estímulos internos y externos a una situación que les pudiera generar malestar emocional, físico y/o cognitivo. Mientras que el grupo VI no obtuvo una puntuación media con relevancia clínica.

Con respecto al resto de las escalas, tanto para el SIMS como para el EGEP-5, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

DISCUSIÓN

Con base en los resultados descritos en la sección anterior, se puede observar que, las diferencias en esta muestra no son muy amplias, al menos no de forma estadística, ya que el 94% de las escalas no tuvieron diferencias significativas. Sin embargo, se aprecia que las VI presentan un mayor malestar a nivel emocional, presentando tendencias agresivas y mostrándose

irritables ante situaciones de su entorno social que están relacionadas con el evento delictivo o el hecho victimizante; además de reportar predominantemente ideas, pensamientos y/o intentos suicidas como una constante en este grupo en particular. En contraste, las VD tienden a mostrar una mayor evitación a diferentes tipos de estímulos, que les pudiera generar un malestar significativo tanto a nivel emocional como cognitivo; desde situaciones, pensamientos, personas y/o lugares asociados a la experiencia del delito violento que denuncian. Lo anterior, podría estar ligado al tipo de delito, pues las particularidades de cada una de las experiencias y la manifestación de la violencia en cada uno de los delitos, es diferente; así como la valoración del daño psicológico de la víctima.

Lo anterior contrasta con lo mencionado en la literatura especializada, ya que generalmente se plantea que las afectaciones psicológicas se encuentran más presentes en las VD², al ser ellas quienes sufren directamente el delito, no obstante, los resultados obtenidos en el presente estudio apuntan a que las VI podrían mostrar un mayor número de afectaciones y en un grado más elevado. Cabe señalar que todas las VI en el presente estudio fueron por el delito de homicidio, por lo que sería importante analizar, si las manifestaciones del daño psicológico presentado estarían relacionadas con un proceso de duelo, aunado a todo lo que conlleva el proceso penal, en la búsqueda de justicia. La pérdida de una persona cercana, sin que exista un parámetro de comparación con ninguna otra experiencia previa, supone un cambio significativo a nivel individual y social, en la persona en quien lo vive. Aunque un proceso de duelo, resulta ser una respuesta adaptativa y normal, sus manifestaciones pueden variar en cada una de las personas, según las circunstancias en las que se encuentre¹⁶. Por lo que, si además de la experiencia traumática o victimizante, se está dentro de un contexto hostil, confuso, amenazante, o desconocido, como lo es el proceso legal que conlleva una denuncia, las manifestaciones referidas por la víctima podrían elevarse en intensidad y en cantidad de síntomas.

Para el análisis clínico-forense, identificar las diferencias de las manifestaciones entre la VI y VD, como consecuencia de un hecho victimizante, permitiría orientar y canalizar adecuadamente a la víctima, y determinar las medidas de reparación pertinentes, de acuerdo con el tipo y la gravedad del daño que presente la persona.

Sibien, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, es importante recordar la naturaleza exploratoria del estudio, así como también que estos resultados, pudieran deberse al tamaño de

la muestra, por lo que se recomienda que en futuras investigaciones se aumente dicho número, y se le dé un mayor énfasis en las diferencias estadísticas y clínicamente significativas que se han encontrado en el presente estudio, ya que pudiera apuntar a nuevas líneas de investigación, así como también a posibles factores de diferenciación a tomar en cuenta al momento de establecer las compensaciones de daño psicológico, con base en las necesidades de intervención que cada grupo pudiera requerir.

REFERENCIAS

1. INEGI. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2020. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2020/>
2. Echeburúa E, Corral P. ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 2005; 5: 57-73.
3. Echeburúa E, Corral P, Amor P. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 2004; 4: 227-244.
4. Arce R, Fariña F. Evaluación psicológico forense de la credibilidad y daño psíquico mediante el Sistema de Evaluación Global. En Rivas P, Barrios G. *Violencia de género: perspectiva multidisciplinar y práctica forense*. Madrid: Thomson Aranzadi, 2007: 357:367.
5. Muñoz, J. La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 2013; 23: 61-69.
6. Cámara de Diputados. Ley General de Víctimas. 2022. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>
7. Cámara de Diputados. Código Nacional de Procedimientos Penales. 2021. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CNPP.pdf>
8. Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México. Modelo de Atención Integral a Víctimas.
9. Alcazar M, Verdejo A, Bouso J. El psicólogo forense en el equipo técnico de la jurisdicción de menores. Propuesta de protocolo de intervención. *Anuario de Psicología* 2008; 18: 45-60.
10. Dongil E. Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés* 2008; 14: 265-288.
11. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 6ta ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill, 2013: 382:387.
12. Ben-Porath Y, Tellegen A. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*. Madrid: TEA Ediciones, 2015.
13. Crespo M, Gómez M, Soberón C. *Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5)*. Madrid: TEA Ediciones, 2017.
14. González H, Santamaría P. *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)*. Madrid: TEA Ediciones, 2009.
15. Crespo M, González-Ordi, H, Gómez-Gutiérrez M, Santamaría P. *Cuestionario de Impacto al Trauma (CIT)*. Madrid: TEA Ediciones, 2020.
16. Figueroa M, Cáceres R, Torres A. *Duelo. Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje de Duelo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación silencio (FUNDASIL), 2020.

Estrategias de afrontamiento, estrés y ansiedad en personal de salud que atendieron casos de Covid-19 en la Ciudad de México

Coping strategies, stress and anxiety in health personnel who treated Covid-19 cases in Mexico City

Luis Rogelio Acuña Barrón¹, Jorge Luis Martínez García², Rafael Peñaloza Gómez²

Universidad Reina Sofía¹, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza²

RESUMEN

Durante la pandemia por COVID-19 los trabajadores de la salud se vieron inmersos ante estresores que influyeron en su salud emocional, entre ellos la presencia de ansiedad, así mismo presentaron diversas estrategias de afrontamiento ante los estresores en los que se vieron involucrados. EL objetivo de la presente investigación fue analizar la correlación entre las estrategias de afrontamiento, estrés y ansiedad en personal de salud que atendieron casos de COVID-19 durante la pandemia en la Ciudad de México. La muestra estuvo integrada por 93 profesionistas de la salud, todos indicaron haber atendido personas con COVID-19. Se utilizaron la escala de estrés percibido-10, el inventario de ansiedad estado-rasgo (IDARE) y el inventario de estrategias de afrontamiento. Los resultados mostraron asociaciones positivas entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad estado y ansiedad rasgo, así como las estrategias de afrontamiento y estrés. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres ante la presencia de ansiedad, sin embargo, todos los participantes reportaron niveles altos de ansiedad estado.

Palabras clave: ansiedad, estrés, estrategias de afrontamiento, COVID-19, personal de salud.

ABSTRACT

During the COVID-19 pandemic, health care workers were immersed in stressors that influenced their emotional health, among them the presence of anxiety, and they also presented diverse coping strategies to the stressors in which they were involved. The objective of the present investigation was to analyze the correlation between coping strategies, stress and anxiety in health personnel who attended COVID-19 cases during the pandemic in Mexico City. The sample consisted of 93 health professionals, all of whom reported having cared for people with COVID-19. The Perceived Stress Scale-10, the Trait-State Anxiety Inventory (IDARE) and the Coping Strategies Inventory were used. The results showed positive associations between coping strategies, state anxiety and trait anxiety, as well as coping strategies and stress. No significant differences were found between men and women in the presence of anxiety; however, all participants reported high levels of state anxiety.

Key words: anxiety, stress, coping strategies, COVID-19, health personnel.

Correspondencia: ²Dirección postal: Facultad de Estudios Superiores. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México. Correo: penaloza.gr@comunidad.unam.mx

Artículo recibido: 05 de abril de 2024.
Artículo aceptado: 14 de octubre de 2024.

INTRODUCCIÓN

En casi en todo el mundo, las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de consulta. En México son la tercera causa de muerte en menores de 5 años y la novena a nivel nacional. En 2005, el 14.7% y en 2008, el 13.4% de las muertes se debió a problemas respiratorios de origen agudo y crónico. Estas enfermedades son el proceso infeccioso de cualquier parte de las vías respiratorias, causada por un virus o bacteria, que entran por la nariz o la boca. En la categoría de este padecimiento se encuentra: la neumonía y la tuberculosis, las cuales entran en las diez primeras causas de muerte en el mundo y se estima que permanezcan en estos sitios hasta el año 2030¹. La aparición de nuevos virus ocurre por el fenómeno conocido como “Spillover zoonótico”, que se refiere a los virus que han cruzado las barreras de las especies, transmitiéndose de huéspedes animales a los humanos, lo que provoca enfermedades importantes a lo largo de este siglo como lo es la COVID-19 a finales del año 2019².

La COVID-19 es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV 2), se extendió a más de 200 países y fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como pandemia el 11 de marzo de 2020³. Datos del Conahcyt indicaron que México contaba con 7,633,355 casos confirmados y 334,336 muertes por esta causa a nivel nacional, la Ciudad de México fue la que más aportó a esta cifra con 333,964 casos confirmados³. Debido a los altos niveles de contagio del virus y al número cada vez mayor de casos confirmados y muertes en el mundo, las emociones y los pensamientos negativos se extendieron, amenazando la salud mental de la población y del personal sanitario que atendió los casos, lo que llevó a padecer situaciones de miedo a la muerte, estrés, ansiedad, sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad⁴.

En lo referente al estrés es un concepto que se utilizó por primera vez con una perspectiva psicobiológica en 1926 por Selye. En su acepción inicial estrés significa respuesta, y al estímulo o agente que producía esa reacción de estrés se le denominaba estresor. El estresor sería el causante del estrés. Hasta ese momento este término se empleaba únicamente en ingeniería para designar los efectos de una fuerza al actuar en contra de una resistencia⁵. Las respuestas ante el estrés pueden ser eficaces y controladas por la persona, lo que permite una mejor adaptación, a esto se le denomina: eustrés. Por otra parte, los estilos de vida actuales, privilegio de la inmediatez del éxito y de los resultados sobre los procesos, reducción de horas de sueño, dificultades económicas, las exigencias laborales,

los fenómenos de desintegración y fragmentación social, como los acontecimientos significativamente negativos como catástrofes, fallecimiento de un ser querido, ruptura de relaciones, desempleo, el anuncio de una enfermedad crónica, etcétera. En conjunto estos factores y otros más pueden generar respuestas de la persona que impliquen una inadecuada adaptación. Cuando estas reacciones se prolongan en el tiempo se produce una sobrecarga en el organismo que puede desencadenar problemas en la salud, y esto se conoce como distrés⁶.

Con base en la explicación sobre el estrés, se puede deducir que el virus de la COVID 19, es el estresor que provoca una respuesta en aquellos que estuvieron expuestos ante esta enfermedad, ya que el brote del SARS-CoV-2 en China causó alarma y estrés en la población general. El miedo pudo ser provocado por la novedad de la enfermedad y la incertidumbre que genera⁷. Parte de la población que se encontraba con mayor cercanía ante este estresor, fue el personal de salud, quienes se enfrentaron a una enorme presión de trabajo que incluyó el estar expuestos a un alto riesgo de ser infectados, a una inadecuada protección para evitar ser contaminados, a sentir frustración, a sentir discriminación, a pasar el aislamiento, a interactuar con pacientes con emociones negativas, a la pérdida del contacto con la familia y al agotamiento físico y mental⁴.

Una segunda variable empleada en este estudio fue la ansiedad, término que proviene del latín *anxietas*, que hace referencia a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y es una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, es una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso que puede llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico⁸. Cuando la ansiedad se torna patológica aparece el trastorno de ansiedad, que se conceptualiza como ansiedad rasgo o estado, lo que influye en el comportamiento de los individuos. La ansiedad como rasgo es una característica de personalidad relativamente estable que se presenta a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, se considera como la tendencia que posee el individuo para percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes, por lo que reacciona de manera ansiosa, sobrevalora los riesgos y minimiza los recursos que posee para hacer frente a ellas⁹.

El modelo de Dogas postula cuatro procesos cognitivos en el mantenimiento de la ansiedad: 1) Intolerancia a la incertidumbre, es cuando una preocupación normal se convierte en extrema e incontrolable y cuando se relaciona con los factores cognitivos internos, se pone mayor atención a las causas del evento que provoca ansiedad, más no a las posibles alternativas de solución; 2) La tendencia a sobreestimar la utilidad de la preocupación, hace referencia a la creencia que presentar preocupación es saludable ya que protege de las emociones negativas a futuro; 3) orientación ineficaz frente a los problemas, es cuando una persona cree que la preocupación es la mejor alternativa para resolver un problema, lo cual no es verdadero, ya que la mejor solución a los problemas es enfrentarlos inmediatamente sin perder el tiempo en preocupaciones improductivas; 4) la evitación cognitiva, hace referencia a cuando la persona que presenta sintomatología de ansiedad no sufre por situaciones presentes, sino por eventos negativos futuros e inciertos, escenario que le lleva a evitar los momentos que le provocan angustia al pensar en sucesos negativos que son aleatorios, en lugar de identificar y aceptar las emociones y pensamientos que surgen frente al acontecimiento¹⁰.

En situaciones generadoras de estrés, las personas suelen poner en marcha una serie de mecanismos que reciben el nombre de afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) lo definen como acciones tanto mentales como conductuales que se adaptan de manera continua para afrontar demandas específicas, ya sean internas o externas, que el individuo percibe como superiores a sus propios recursos. Las estrategias propuestas por Lazarus y Folkman (1991) son el afrontamiento dirigido a la acción, que son todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar. En general señalan Lazarus y Folkman (1991), que las manifestaciones de afrontamiento dirigido a la emoción tienden a incrementarse cuando la persona después de una evaluación del evento, decide que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las manifestaciones de afrontamiento dirigidas al problema se incrementan cuando la persona evalúa la situación y decide que puede ser susceptible de cambio¹¹.

Es importante resaltar que no existen estrategias de afrontamiento mejores ni peores en sí mismas, debido a su complejidad, es conveniente analizar su éxito o fracaso en función de diversos factores como el contexto y las

características de la situación generadora de estrés⁴. Dada la relevancia de analizar la salud mental del personal de salud que atendieron casos de COVID-19 durante la pandemia, el objetivo del presente estudio fue analizar las asociaciones entre las estrategias de afrontamiento, estrés y ansiedad en personal de salud que atendieron casos de COVID-19 durante la pandemia en la Ciudad de México.

MÉTODO

Participantes

Participaron 93 profesionistas de la salud (enfermeras, médicos, residentes, especialistas, técnicos de la salud) de la ciudad de México, 29 hombres y 64 mujeres, con una media de edad de 35 años (DT=8.4), todos indicaron haber atendido personas con COVID 19.

Instrumentos

Escala de estrés percibido-10¹². El instrumento consta de 10 reactivos con un escala de respuesta likert de 5 opciones (de nunca a muy a menudo). Mide dos dimensiones: el estrés general, que explica el 35.3 % de la varianza con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82; y la capacidad de afrontamiento que explica el 23.9% de la varianza y cuenta con un alfa de Cronbach de 0.83.

Inventario de estrategias de afrontamiento¹³. Conformado por 40 ítems, en una escala likert que va de 0 a 4, con un alfa de Cronbach total de 0.93 con ocho factores: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)¹⁴. Se constituye por dos escalas de autoevaluación: ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. El inventario está integrado por 20 afirmaciones que permiten describir cómo se siente la persona generalmente, es decir, evalúa la ansiedad-rasgo, y otros 20 reactivos que permiten identificar cómo se siente en este momento, ansiedad-estado, ambas con una escala de respuesta que va de 1 a 4. La consistencia interna, alfa de Cronbach, obtenida en este estudio fue para el factor de ansiedad-rasgo 0.74 y para ansiedad-estado fue de 0.70.

Procedimiento

Las aplicaciones se realizaron de manera virtual mediante un formulario en la plataforma *GoogleForm*, primero se solicitó la colaboración de médicos que habían atendido casos de COVID-19 y mediante la técnica de bola de nieve de obtuvieron los datos de otras personas que habían

atendido dichos casos, por lo que se contactó con ellos y se solicitó su colaboración de manera voluntaria y anónima, así mismo se envió de manera previa un escrito con la información y objetivo del estudio y la carta de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se realizaron análisis de correlación para analizar las asociaciones entre las variables de afrontamiento, estrés, ansiedad estado y ansiedad rasgo. Primero se realizó un análisis entre las variables de la escala de estrés percibido, en ellas se encontró que el distrés general se asoció de manera negativa y significativa con la capacidad de afrontamiento ($Rho = -.333$, $p < .01$), y la ansiedad estado de asoció de manera positiva con la ansiedad rasgo ($Rho = .686^{**}$, $< .01$). Así mismo se realizaron las

correlaciones Rho de Spearman entre los factores de las escalas. En la Tabla 1 se muestran los resultados obtenidos entre el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento. En ellas se observa que la autocrítica y la retirada social como estrategias de afrontamiento se asociaron de manera positiva con el distrés general de la escala de estrés percibido.

Los resultados obtenidos en las correlaciones de Rho de Spearman entre las estrategias de afrontamiento y ansiedad se muestran en la Tabla 2. En ella se observa que todas las dimensiones de la escala de estrategias de afrontamiento se asociaron con la ansiedad-estado, mientras que para la ansiedad-rasgo solo hubo correlación con cinco de las ocho dimensiones de las Estrategias de afrontamiento.

TABLA 1. Asociaciones entre el Estrés percibido y las Estrategias de afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento	Estrés percibido	
	Distrés general	Capacidad de afrontamiento
Resolución de problemas	.047	.173
Autocrítica	.214*	-.042
Expresión emocional	-.071	.087
Pensamiento desiderativo	.174	-.060
Apoyo social	-.001	.062
Reestructuración cognitiva	-.055	.151
Evitación de problemas	-.072	.025
Retirada social	.282**	-.179

* $p < .05$; ** $p < .01$.

TABLA 2. Asociaciones entre las estrategias de afrontamiento y ansiedad.

Estrategias de afrontamiento	Ansiedad	
	Estado	Rasgo
Resolución de problemas	.241**	.221*
Autocrítica	.312**	.326**
Expresión emocional	.251*	.202
Pensamiento desiderativo	.341**	.228**
Apoyo social	.332**	.257*
Reestructuración cognitiva	.315**	.202
Evitación de problemas	.243**	.188
Retirada social	.343**	.372**

* $p < .05$; ** $p < .01$.

También se analizó el nivel de ansiedad que presentaron los participantes, en la Tabla 3 se muestran los resultados, posteriormente se realizó el análisis por sexo (Tabla 4).

De acuerdo con la prueba U de Mann-Whitney, no se encontraron diferencias significativas entre hombres (Mdn = 40) y mujeres (Mdn = 41) en cuanto a la ansiedad rasgo ($z = -.851, p > .05$), tampoco los puntajes de ansiedad estado (Mdn_{hombres} = 95, Mdn_{mujeres} = 93) mostraron diferencias estadísticamente significativas ($z = -.402, p > .05$).

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento, estrés y ansiedad en personal de salud que atendieron casos de COVID-19 durante la pandemia en la Ciudad de México. Esto derivado de la hipótesis de que el personal de salud en todo el mundo enfrentó niveles de estrés y ansiedad significativos, ya que tuvieron que lidiar con una carga de trabajo intensa, preocupaciones por su propia salud y la de sus pacientes, la escasez de suministros médicos y el temor de llevar el virus a su familia⁴.

Todas estas presiones tuvieron un impacto emocional y psicológico que se sigue investigando en muchos de los trabajadores de la salud. Además, implementar recursos personales y medidas para ayudar a gestionar el estrés y la ansiedad fue un desafío extraordinario, afrontar el cuidado de pacientes gravemente enfermos, falta de equipo, personal adecuado y el aumento exponencial

y sostenido de casos, requirió de un esfuerzo adicional en un campo laboral en el que ya se reportaban niveles altos de estrés y ansiedad².

Los resultados del presente estudio mostraron que en el caso del estrés que sufría el personal de salud durante la pandemia de COVID-19, estuvo relacionado con las estrategias de afrontamiento que utilizaban, específicamente en los casos en los que utilizaban la autocrítica y la retirada social, esto significa que el estrés aumentaba cuando juzgaban negativamente sus acciones y se aislaban de su círculo social, esto último aumentó mucho en pandemia derivado del miedo que tenía por llevar le virus a su círculo familiar o de amistades.

En el caso de la ansiedad es importante recalcar que no hubo diferencias por sexo, y el comportamiento de la ansiedad rasgo fue relativamente esperado, aunque más personas se ubicaron en los niveles medio y alto, sin embargo, el caso de la ansiedad estado es muy revelador, ya que todos los participantes se ubicaron el rango de ansiedad estado alto. Asimismo, es muy paradójico el hecho de que las relaciones con las estrategias de afrontamiento fueran todas de naturaleza positiva, es decir todas estaban asociadas a un aumento en la ansiedad rasgo y la ansiedad estado, esto muestra aún más la característica específica del contexto de la pandemia, porque al parecer el personal de salud al aplicar las estrategias de afrontamiento que tal vez ya utilizaban para otros escenarios, no les funcionó e incluso les resultó contraproducente.

Los resultados anteriores hacen más evidente la importancia del cuidado del bienestar emocional personal de la salud, también, que la pandemia de COVID-19 fue un hito en la historia moderna y en la forma en que la salud es considerada en la mayoría de las sociedades occidentales actuales, e implica el reconocer el esfuerzo que hacen todos los involucrados en el cuidado de la salud y que al verse enfrentados a situaciones nuevas para las cuales muchas veces no están preparados, hace necesario contar con las herramientas para generar programas preventivos e intervenciones emergentes que ayuden al

TABLA 3. Nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo de los profesionales de la salud.

	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Bajo	--	11.8%
Medio	--	51.6%
Alto	100%	36.6%

TABLA 4. Nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo de los profesionales de la salud por sexo.

	Ansiedad Estado Mujeres	Ansiedad Estado Hombres	Ansiedad Rasgo Mujeres	Ansiedad Rasgo Hombres
Bajo	--	--	10.9%	13.8%
Medio	--	--	53.1%	48.3%
Alto	100%	100%	35.9%	37.9%

cuidado de las personas dedicadas a su vez, al cuidado de nuestra salud.

Limitaciones

La principal limitación del presente estudio es el tamaño de la muestra que no permite generalizar de una manera inmediata, además la forma de recoger datos (virtual) siempre puede tener algún sesgo y finalmente la disparidad de las submuestras de hombres y mujeres.

REFERENCIAS

1. Pérez-Padilla R. Hacia un programa de prevención y atención primaria de enfermedades respiratorias, AIRE (Acción Integradora por la Respiración). *Neumología y Cirugía de Tórax*. 2012;71: 244–9.
2. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2020;37(2):327–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
3. CONACYT [Internet]. COVID - 19 Tablero México. [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
4. Valero-Cedeño NJ, Vélez-Cuenca MF, Duran-Mojica AA, Torres-Portillo M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga, Investigación Vinculación Docencia y Gestión* [Internet]. 2020;5(3):63–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.202>
5. Leira M. Manual de bases biológicas del comportamiento humano [Internet]. Comisión Sectorial de Enseñanza. [citado el 12 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21091/1/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano\(1\).pdf#page=177](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21091/1/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano(1).pdf#page=177)
6. Barrio J., García M., Ruiz I., Arce A. El estrés como respuesta. *Comisión Sectorial de Enseñanza*. 2006;37–48.
7. Díaz HQ, Lesmes LL. Estrés y ansiedad como respuestas a la cuarentena en época de coronavirus. *Revista Neuronum* [Internet]. 2020 [citado el 1 de agosto de 2023];6(4):442–52. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/303/355>
8. Sierra J. C, Ortega V, , Zubeidat I. *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. *Revista Mal-estar E Subjetividade* [Internet]. 2003;3(1):10 - 59. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271301020>
9. Carmona CR, Rojas AMM, Martínez AN, Martínez EPA, García UT. Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación Educación Médica* [Internet]. 2017;6(21):42–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.004>
10. Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal Anxiety Disorders* [Internet]. 2005 [citado el 9 de agosto de 2023];19(3):329–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15686860/>
11. Quiroz CN, Méndez PO, Valero CZV, Trujano RS. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud* [Internet]. 2010 [citado el 1 de agosto de 2023];20(2):213–20. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/604>
12. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2015;62(3):407–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
13. González W. Y, Ortega de Gómez E, Castillo De Lemos R, Whetsell M, Cleghorn Spencer DC. Validación de la Escala Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Versión Española de Cano, Rodríguez, García (2007), En el contexto de Panamá. *Enfoque* [Internet]. 17 de noviembre de 2017 [citado 10 de agosto de 2023];21(17):109-33. Disponible en: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/45>
14. C. D. Spielberg RD-G. IDARE: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. *Hipodromo: El Manual Moderno, Editorial*; 1975.

Calidad de vida y Funcionamiento Familiar en Personas Mayores con Enfermedades Crónicas

Quality of life and Family Functioning in Old person with Chronic Diseases

Fernanda Hernández-Blas^{1,2}, José Manuel García Cortés³, Elizabeth Álvarez Ramírez³

Atención Médica Continua¹, Instituto Mexicano del Seguro Social Instituto de Terapia Familiar Cencalli²

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

RESUMEN

Ante el aumento de la esperanza de vida en México, habrá más personas mayores con presencia de enfermedades crónicas que afectará al paciente y al sistema familiar, lo que puede deteriorar su calidad de vida. El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre calidad de vida y funcionamiento familiar en personas mayores con enfermedades crónicas. El estudio fue no experimental correlacional, incluyó 177 personas mayores del Estado de México, con un rango de edad de 60 a 96 años (M=68.4). Se utilizó el instrumento SF-36 para evaluar la calidad de vida y el instrumento EFF para evaluar la funcionalidad familiar. Se obtuvieron correlaciones significativas entre calidad de vida y funcionamiento familiar. Las dimensiones de calidad de vida función física, rol físico y rol emocional correlacionaron positivamente con los factores de funcionamiento familiar involucramiento afectivo funcional, patrón de comunicación funcional, resolución de problemas, y patrones de control de conducta. Las correlaciones negativas fueron de los tres factores de calidad de vida ya citados con involucramiento afectivo disfuncional. Además dolor crónico y función social tuvieron correlaciones negativas con involucramiento afectivo funcional y resolución de problemas. Se concluye que las personas mayores con enfermedades crónicas, tendrán mejor calidad de vida ante un buen funcionamiento familiar, sin embargo con dolor crónico puede presentarse una tendencia a deteriorarse estas relaciones y a disminuir la función social.

Palabras clave: persona mayor, calidad de vida, funcionamiento familiar.

ABSTRACT

Given the increase in life expectancy in Mexico, there will be more elderly people with chronic diseases that will affect the patient and the family system, which may deteriorate their quality of life. The objective of the present study was to determine the relationship between quality of life and family functioning in elderly people with chronic diseases. The study was a non-experimental correlational study that included 177 elderly people from the State of Mexico, with an age range of 60 to 96 years (M=68.4). The SF-36 instrument was used to assess quality of life and the EFF instrument to assess family functionality. Significant correlations were obtained between quality of life and family functioning. The quality of life dimensions physical function, physical role, and emotional role correlated positively with the family functioning factors functional affective involvement, functional communication pattern, problem solving, and behavioral control patterns. Negative correlations were of the three quality of life factors already mentioned with dysfunctional affective involvement. In addition, chronic pain and social function had negative correlations with functional affective involvement and problem solving. It is concluded that elderly people with chronic diseases will have a better quality of life with good family functioning, but with chronic pain there may be a tendency for these relationships to deteriorate and for social function to decrease.

Key words: elderly person, quality of life, family functioning.

Correspondencia: ³Dirección postal: Facultad de Estudios Superiores. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México. Correo: jose.garcia@zaragoza.unam.mx

Artículo recibido: 05 de abril de 2024.

Artículo aceptado: 14 de octubre de 2024.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la esperanza de vida va en aumento, y las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades crónicas no transmisibles, ocurre en edades menores en los países de ingresos bajos y medianos¹. En México en el 2020 residían 15.1 millones de personas de 60 años o más, que representa el 12 % de la población. Por grupos de edad, el 56 % se encuentra de 60 a 69 años; el 29 % tienen 70 a 79 años y el 15 % lo contemplan los de 80 años o más². A medida que aumenta la edad, también se incrementa la prevalencia de hipertensión arterial, se ha observado que en personas mayores de 60 años aumenta 5.2 veces más, sin embargo, se incrementa hasta un 56 % más la hipertensión arterial cuando la persona ya contaba con el diagnóstico de diabetes mellitus³. México presentó mayor número de muertes en el año 2020 por diabetes tipo 2 secundario a complicaciones renales, oftálmicas y circulatorias que por COVID-19, en comparación con 2017-2019. Las enfermedades crónicas no transmisibles producen discapacidad, afectando la salud no solo física sino mental del paciente, por lo tanto, es necesario un seguimiento psicológico, además de promover un estilo de vida saludable, una dieta equilibrada y actividad física, principalmente en pacientes con diagnóstico temprano de diabetes tipo 2^{4,5}. Las personas con diagnóstico de diabetes tipo 2, el 59.5 % presentó problemas de ansiedad y depresión⁶. Se debe considerar el apoyo psicológico para lograr las metas de control, así como retrasar las complicaciones propias de la enfermedad.

Por otro lado, la familia es fundamental en el proceso de salud de las personas mayores, apoyar la individuación de cada miembro, así como proporcionar un sentimiento de pertenencia, al cursar con una enfermedad crónica, se deben hacer modificaciones a todo nivel, con el propósito que la familia se adapte al proceso y demandas de la enfermedad, de tal forma que la actitud de la familia determina el curso de la enfermedad, para su mejoría o exacerbación de los síntomas⁷. Los estudios de investigación han demostrado que las personas mayores que pertenecen a familias funcionales, se sienten apoyados y comprendidos por la familia, su estado psíquico mejora, son personas con mayor porcentaje de felicidad, tienen mejor desempeño en los roles familiares que se le asignan y tienen menor riesgo de cursar con ansiedad y depresión^{8,9}. La funcionalidad familiar no solo favorece la calidad de vida de la persona mayor, sino también se ha observado que mejora la calidad de vida del cuidador, ya que el 64% de las personas mayores presentó dependencia severa¹⁰. La calidad de vida de

las personas mayores mejora cuando perciben mejor apoyo social, de tal manera que a mayor apoyo familiar las personas mayores tienen mejor calidad de vida¹¹. Las personas mayores al presentar porcentajes altos (71 %) de problemas físicos y emocionales, se ven afectadas en la realización de sus actividades diarias, además tienen una percepción negativa de su salud¹². La calidad de vida de las personas mayores se relaciona con familias muy funcionales, ya que les brinda mejor bienestar psicosocial y autosuficiencia¹³. Por lo tanto, es importante determinar la calidad de vida y funcionamiento familiar en las personas mayores que cursan con enfermedades crónicas, brindar atención médica y detectar la funcionalidad familiar para lograr una vejez saludable.

MÉTODO

Participantes

Participaron 177 personas mayores de 60 a 96 años (Media=68.49), fueron 110 mujeres (62.1%) y 67 hombres (37.9%); predominó el casado (57:1%). Con base al nivel educativo el 37,3% terminó la primaria; con relación a la ocupación el 37.9% se dedica al hogar (Tabla 1). Los participantes se localizaron en la unidad de medicina familiar 192 de la Delegación Estado de México Poniente del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en el municipio de Atizapán de Zaragoza, se invitó a participar de forma voluntaria a todos los pacientes que acudieron a consulta.

Criterios de inclusión: Personas mayores de sesenta años o más, ambos sexos, masculino y femenino, con o sin enfermedades crónicas no transmisibles. **Criterios de eliminación:** Pacientes que ya cuentan con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, descontrol de las comorbilidades, trastorno de ansiedad y depresión en descontrol, pacientes que se encuentren en fase terminal de su padecimiento.

Las enfermedades crónicas más frecuentes presentes en las personas mayores son la hipertensión arterial (41.8%), gastritis (27.1%) y diabetes mellitus tipo 2(26.6%) (Figura 1).

Con base al instrumento SF-36 que valora la calidad de vida; en la dimensión de función física las personas mayores realizan todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse, contó con una puntuación alta 14.7% (26), y correlación estadísticamente positiva moderada.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico que contempla la siguiente información: edad, sexo, estado civil,

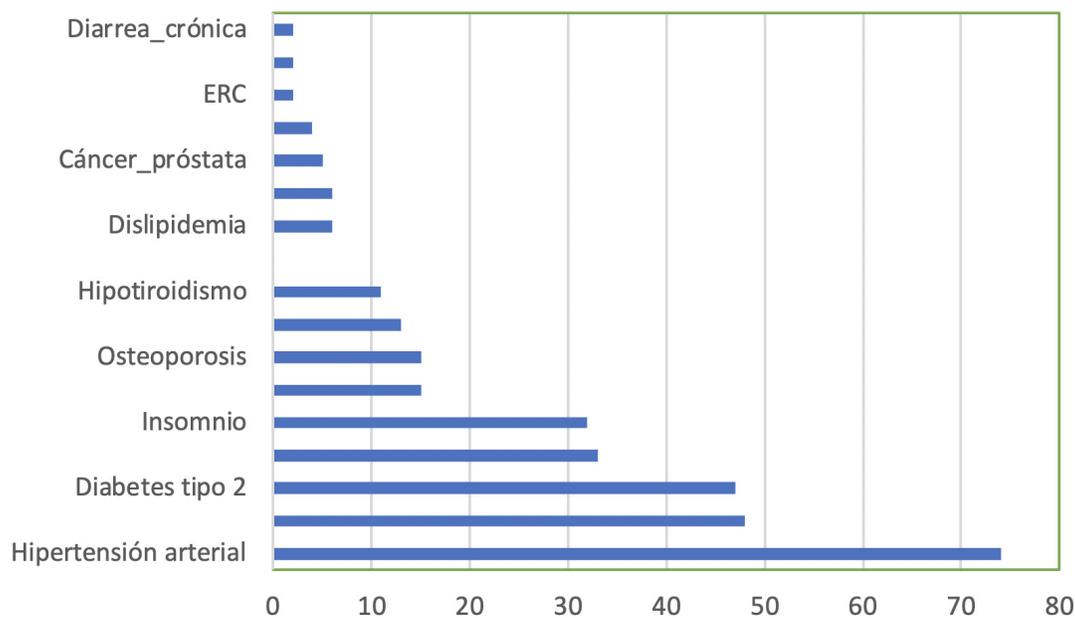
TABLA 1. Características sociodemográficas de personas mayores (n = 177).

	Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	67	37.9
	Mujer	110	62.1
Edad	60-70	121	68.4
	71-80	46	26
	81-90	9	5
	>91	1	.6
Estado civil	Casado	101	57.1
	Viudo	46	26
	Soltero	14	7.9
	Divorciado	16	9
Escolaridad	Primaria	66	37.3
	Secundaria	51	28.8
	Preparatoria	21	11.9
	Técnico	20	11.3
	Licenciatura	19	10.7
Ocupación	Pensionado	59	33.3
	Jubilado	22	12.4
	Hogar	67	37.9
	Autoempleo	29	16.4

escolaridad, ocupación, padecimientos que tiene el paciente, persona con la que vive y quien está al pendiente de su salud.

Cuestionario de salud SF-36. Proporciona un perfil del estado de salud, es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Está compuesto por 36 reactivos, valora los estados positivos y negativos de la salud, cubre ocho escalas: Función física, evalúa actividades que podría hacer en un día normal; Rol físico, se refiere a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias; Dolor corporal, evalúa el dolor en alguna parte del cuerpo; Salud general, se refiere a la percepción de su estado de salud actual; Vitalidad, evalúa percepción de nivel de energía de la persona; Función social, valora la recurrencia de su salud física o problemas emocionales que le han dificultado sus actividades sociales; Rol emocional, evalúa la relación de sus actividades cotidianas con su estado emocional; Salud mental, se refiere a cómo se ha sentido moralmente y como le han ido las cosas durante las cuatro últimas semanas, (alfa de Cronbach mayor de 0.9 para las escalas función física y rol emocional; las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0.7)¹⁴.

Escala de funcionamiento familiar (EFF), con base al modelo de McMaster, estudia la percepción que tiene un miembro de la familia acerca del funcionamiento familiar. Está compuesto por cuarenta reactivos tipo

**FIGURA 1.** Enfermedades crónicas más frecuentes en personas mayores.

Likert, utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1). Lo componen seis factores que son: Involucramiento afectivo funcional, evalúa si el paciente se siente escuchado y apoyado por su familia; Involucramiento afectivo disfuncional, contempla cuando la familia es indiferente y no permite que exprese sus emociones; Patrones de comunicación disfuncionales, no toman en cuenta opiniones ni expresan sus sentimientos abiertamente; Patrones de comunicación funcionales, resuelven los problemas cotidianos y respetan las reglas de conducta; Resolución de problemas: entre los integrantes de familias se reparten los quehaceres de la casa de lo contrario se conocen las consecuencias y Patrones de control de conductas, considera que al no cumplirse una regla se modifica ante la flexibilidad de las normas en casa, impuestas por la familia, (alfa de Cronbach de 0.92)¹⁵.

Procedimiento

Los pacientes firmaron carta de consentimiento informado, donde se hizo mención que la información es confidencial y que su uso era con fines estadísticos. Se aplicaron mediante la plataforma Google Forms los tres instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, Cuestionario de salud SF-36 y la escala de funcionalidad familiar. Es importante resaltar que el protocolo fue evaluado y aprobado por el comité de investigación del Instituto de Terapia Familiar Cencalli.

RESULTADOS

Para los datos recabados, se empleó estadística descriptiva y se utilizó la correlación de Pearson para obtener las

posibles asociaciones entre las variables de estudio. El programa empleado para el análisis de la información fue el programa SPSS versión 25, y el valor de significancia empeado fue de $p < 0.05$.

Resultado de la correlación de Pearson (Tabla 2) se obtuvo que **función física** correlacionó de manera positiva con patrón de comunicación funcional, involucramiento afectivo funcional y patrones de control de conducta; su correlación negativa fue con involucramiento afectivo disfuncional. **El rol físico** en la dimensión de función física las personas mayores las realizan todas incluyendo bañarse o vestirse, de tal manera que esta dimensión contó con una puntuación alta 14.7% (26), y tuvo correlaciones estadísticamente positivas moderadas con involucramiento afectivo funcional, patrón de comunicación funcional, resolución de problemas, y patrones de control de conducta. Así mismo tuvo una asociación negativa con involucramiento afectivo disfuncional. La dimensión más afectada fue la de **dolor corporal**, el 21.5% (38) de los participantes cursan con niveles altos de dolor físico, que le impide realizar las actividades básicas de la vida diaria, solo tuvo dos asociaciones negativas, una con involucramiento afectivo funcional y la otra con resolución de problemas. La **función social**, tuvo tres asociaciones negativas con la funcionalidad familiar: involucramiento afectivo funcional, patrón de comunicación funcional, y resolución de problemas. La dimensión de **rol emocional** mostró cuatro asociaciones positivas: involucramiento afectivo funcional, patrón de comunicación funcional, resolución de problemas y patrones de control de conductas.

Las dimensiones de **salud general, vitalidad y salud mental** no tuvieron correlaciones estadísticamente

TABLA 2. Correlaciones entre Calidad de vida y Funcionamiento familiar.

Factores funcionamiento familiar	Factores de salud relacionados con la calidad de vida							
	FF	RF	DC	SG	V	FS	RE	SM
IAF	.248**	.212**	-.188*	-0.044	-0.061	-.200**	.321**	0.124
IAD	-.219**	-.182*	0.091	-0.087	0.122	0.133	-.200**	-0.049
PCD	-0.103	-0.124	0.089	-0.096	0.008	0.083	-0.071	0.024
PCF	.160*	.194**	-0.137	0.029	0.025	-.202**	.297**	0.124
RP	.281**	.177*	-.150*	-0.072	-0.012	-.156*	.156*	0.129
PCC	.205**	.199**	-0.137	0.014	0.041	-0.143	.205**	0.083

Nota: IAF = Involucramiento Afectivo Funcional, IAD = Involucramiento Afectivo Disfuncional, PCD = Patrón de Comunicación Disfuncional, PCF = Patrón de Comunicación Funcional, RP = Resolución de Problemas, PCC = Patrones de Control de Conducta, FF = Función física, RF = Rol físico, DC = Dolor corporal, SG = Salud general, V = Vitalidad, FS = Función social, SG = Salud general, RE = Rol emocional, SM = Salud mental. * $p < .05$ ** $p < .01$

significativas con los factores de funcionalidad familiar.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre calidad de vida y funcionamiento familiar en personas mayores con enfermedades crónicas. Los participantes de este estudio fueron predominantemente mujeres como en la mayoría de los estudios, excepto en pacientes ecuatorianos donde predominó el sexo masculino en un 53.10 % al evaluar los predictores de la calidad de vida¹⁶. Con base a los padecimientos que sobresalieron fueron la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus tipo 2, ambas patologías tienen riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares, como causa de muerte en este grupo de edad.

Mireles et al., menciona que la calidad de vida depende de tener independencia funcional, una adecuada función familiar, así como una percepción positiva de la salud¹⁷; de igual forma coincide con los resultados obtenidos, con una correlación positiva con el funcionamiento familiar los pacientes no presentan problemas con las actividades diarias que realiza como son subir escaleras, el bañarse, de tal manera que gozan de mejor salud y calidad de vida. Yen et al., refieren que las personas mayores que realizan actividad física productiva tienen mejor percepción de su salud y por lo tanto mejor calidad de vida¹⁸; para llevar a cabo esta tarea necesita una adecuada función física para realizar las actividades, en el presente estudio se observa relación positiva, con respecto a la función física; con base a la percepción que tienen de su estado de salud, no hay correlación significativa.

Dedek et al., refiere que las personas mayores necesitan el apoyo de la familia donde se sienta escuchado y se le permita expresar sus sentimientos, de tal manera que pueda llevar a cabo sus actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida¹⁹, en el presente estudio se observa en la dimensión de involucramiento afectivo funcional, que contempla la percepción de pertenecer y ser escuchado por la familia, existe una correlación positiva, lo que significa que continúan con sus actividades cotidianas, a pesar de sentirse triste, deprimido o nervioso.

Romero et al., estudió la calidad de vida en adultos mayores, enfocado a su participación en agrupaciones sociales, la cual influye positivamente a su salud²⁰. López et al., en su estudio de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres, concluye que no hay diferencias significativas, tomando en consideración que el 67 % fueron mujeres y el 33% hombres²¹. La calidad

de vida también se asocia a la percepción del estado de salud, que toma en cuenta el conocimiento y aceptación de la enfermedad con sus consecuencias²². Otro factor importante que influye en la calidad de vida en las personas mayores y que no es variable en este estudio es la funcionalidad cognitiva, Oñate et al. en su investigación concluye que a mayor funcionalidad cognitiva mayor calidad de vida presentan las personas mayores²³.

Con respecto a la funcionalidad, Velis et al., estudió la relación que tiene con respecto al maltrato; se observó que a mayor edad (75-84 años) las personas mayores están más expuestas a maltrato, principalmente el de tipo psicológico²⁴. Duran et al. (2022) y de Souza et al. (2022) estudiaron las variables de funcionamiento familiar y calidad de vida, utilizaron el mismo instrumento para evaluar el funcionamiento familiar (APGAR familiar) y para calidad de vida el instrumento WhoqolBref de la OMS y Whoqol-Old para el segundo estudio; sin embargo, Duran et al., se enfocó únicamente en personas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial en la que concluyó, que a mayor funcionalidad familiar mayor calidad de vida en el área psicológica, social y ambiental²⁵; por otro lado de Souza et al., se enfocó únicamente a personas mayores, donde obtiene como resultado que las personas mayores con disfunción familiar leve y severa son los que presentaron peor calidad de vida, por lo tanto la funcionalidad familiar esta relacionada positivamente con la calidad de vida²⁶. El presente estudio, también evaluó la funcionalidad familiar solo que se utilizó el modelo de McMaster y para la calidad de vida el cuestionario SF-36, obteniendo resultados similares. Si bien, la búsqueda de bibliografía enfocada a funcionalidad familiar y calidad de vida en personas mayores con enfermedades crónicas es mínima, además de utilizar instrumentos diferentes de evaluación, tanto para calidad de vida como de funcionamiento familiar. Barreras et al., han trabajado en la validación del instrumento de McMaster y lo redujeron a 35 reactivos que categoriza el grado de funcionalidad y disfuncionalidad (leve, moderada y severa); además, evalúa seis dimensiones, de gran utilidad en la práctica médica, es de gran utilidad para el médico familiar, ya que permite tener una aproximación real acerca del grado de funcionamiento familiar²⁷.

Con este estudio se concluye que las personas mayores merecen tener una vejez saludable, para lograr este objetivo es importante brindarle un ambiente favorable donde perciban ser escuchados por la familia, se observa que la mayoría padece al menos una enfermedad crónica y generalmente son mujeres las que acuden al servicio médico. La presencia de más de una enfermedad crónica

las hace más vulnerables con una desfavorable percepción de su salud, lo que afecta su estado emocional, sobre todo cuando perciben que su familia no los escucha y no expresan abiertamente sus emociones, los lleva a percibir una mala calidad de vida. El involucramiento de la familia es esencial en el estado de salud, por lo tanto, se llega a determinar que las personas mayores con enfermedades crónicas tendrá una mejor calidad de vida ante un buen funcionamiento familiar.

REFERENCIAS

- Informe mundial sobre envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015:267
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de población y vivienda. 2021 <http://censo2020.mx/o/en> <https://www.inegi.org.mx/programas/7ccpv/2020/>
- Campos-Nonato I, Oviedo-Solís C, Vargas-Meza J, Ramírez-Villalobos D, Medina-García C, Gómez-Álvarez E, et al. Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud pública de México*. 2022; 65(1):169-180.
- Bello-Chavolla OY, Antonio-Villa NE, Fermín-Martínez CA, Fernández-Chirino L, Vargas-Vázquez A, Ramírez-García D, Et al. Diabetes-Related Excess Mortality in México: A Comparative Analysis of National Death Registries Between 2017-2019 and 2020. *Diabetes Care*. 2022; 45:2957-2966
- Liu S, Leone M, Ludvigsson JF, Lichtenstein P, Gudbjornsdottir S, Landén M, Et al. Early-Onset Type 2 Diabetes and Mood, Anxiety, and Stress-Related Disorders: A Genetically Informative Register-Based Cohort Study. *Diabetes Care*. 2022; 45:2950-2956
- Coello-Viñán BE, Coello-Viñán JE, Sánchez De la Torre ME. Calidad de vida relacionada con salud y Hemoglobina Glicosilada en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Eugenio Espejo*. 2021; 15(1):1-9
- Velasco ML, Sinibaldi J. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). 1ª. ed. Manual moderno: México, D.F.; 2002.
- Cardona-Arango D, Segura Cardona A, Segura-Cardona A, Muñoz-Rodríguez DI, Agudelo-Cifuentes MC. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia Promoc. salud*. 2018; 24(1): 97-111
- García-López LE, Boyeros-Fernández I, Quevedo-Navarro M, Alonso-Cordero ME. Fragilidad, nivel funcional y funcionamiento familiar en adultos mayores. *Revista Electrónica Medimay*. 2020; 27(3):339-355
- Salazar-Barajas ME, Garza-Sarmiento EG, García-Rodríguez SN, Juárez-Vázquez PY, Herrera-Herrera JL, Duran-Badillo T. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria* 2019; 16(4):362-373
- Valdez-Huirache MG, Álvarez-Bocanegra C. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*. 2018; 17(2):113-120
- Peña-Marcial E, Bernal-Mendoza LI, Reyna-Avila L, Pérez-Cabañas R, Onofre-Ocampo DA, Cruz-Arteaga IS, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Univ. Salud*. 2019; 21(2):113–118
- Troncoso-Pantoja C, Soto-López N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horizmed*. 2018;18(1):23-28
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19(2):135-50
- Velasco ML, Luna MR. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. 1ra ed. Pax México: México, DF; 2006.
- Arévalo-Avecillas D, Game C, Padilla-Lozano C, Wong N. Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*. 2019; 30(5):271-281
- Mireles-Alonso MA, Salazar-Barajas ME, Guerra-Ordóñez JA, Ávila-Alpírez H, Silva-Fhon JR, Duan-Badillo T. Calidad de vida relacionada con dependencia funcional, funcionamiento familiar y apoyo social en adultos mayores. *Rev Esc Enferm USP*. 2022; 1-9
- Yen-Yen H, Jung-Lin L. Quality of life in older adults: Benefits from the productive engagement in physical activity. *Journal of Exercise Science & Fitness*. 2018; 16: 49-54
- . Dedek Saiful Kohir, Sulastrri. The Relationship Between Family y Function and Quality of Life in The Elderly in Bagelen Village. *Journal of Vocational Nursing* 2021; 02:39-43
- Romero-Moreno D, Gallardo-Peralta L, Moreno-Ochoa A. Calidad de vida relacionada con salud en personas mayores que participant activamente en agrupaciones sociales. *Gerokomos* 2020; 31(3): 141-143
- López-Rincón FJ, Morales-Jinez A, Ugarte-Esquivel A, Rodríguez-Mejía LE, Hernández-Torres JL, Sauza-Niño LC. Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería Global*. 2019; (54): 410-417

22. . García-Barrera AE, Horta-Roa LF, Bautista-Roa MA, Ibáñez-Pinilla EA, Cobo-Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Revista Salud Bosque* 2022; 12(01): 1-13
23. Oñate-Nuñez JA, Gavilanes-Manzano FR. Funcionalidad cognitiva y calidad de vida en el adulto mayor. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar* 2022; 6(6): 9718-9730
24. Velis-Aguirre LM, Pérez-Mato DC, Garay-Arellano G. Funcionalidad Familiar y maltrato de los adultos mayores. Sector Durán, Fundación NURTAC. *Revista Publicando* 2020; 7(23):3-13
25. Duran-Badillo T, Herrera-Herrera JL, Salazar Barajas ME, Mireles-Alonso MA, Oria-Saavedra M, Ruiz-Cerino JM. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Ciencia y Enfermería*. 2022; 28(3):1-10
26. Souza-Júnior EV, Viana ER, Cruz Pires D, dos Santos-Silva C, Souza-Rosa R, Reis-Siqueira L, et al. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2022; 75(2):1-8
27. Barreras-Miranda MI, Muñoz-Cortés G, Pérez-Flores LM, Gómez-Alonso C, Fulgencio-Juárez M, Estrada-Andrade ME. Desarrollo y validación del instrument FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Aten Fam*. 2022; 29(2):72-78