



# PSICO SOPHIA

Año 7 No. 2

Revista del Centro de Investigaciones en Psicología  
de la Universidad de Montemorelos



# SALUD MENTAL: APROXIMACIONES PSICOLÓGICAS, ESPIRITUALES Y TERAPÉUTICAS

## EQUIPO EDITORIAL

**Director de la revista:** Carlos Marcelo Moroni

**Editor:** Lucio Abdiel Olmedo Espinosa

**Editor asociado:** Bellaret Jimenez Aguilar

**Asistente editorial:** Betsy Arely Guerra Cahuich

**Comité Científico:** Zandra Enyd Covarrubias Quintero, Universidad de Morelos, México

Josué Manuel Maya Martínez, Universidad de Morelos, México

Annia Esther Vives Iglesias, Seminario Teológico Adventista de Cuba, Cuba

Elvis Hernández Rodríguez, Seminario Teológico Adventista de Cuba, Cuba

Gudiel Roblero Mazariegos, Universidad Linda Vista, México

Jaime Rodríguez Gómez, Instituto Universitario del Sureste, México

Verónica Caminos, Universidad Adventista del Plata, Argentina

Tatiana Henry Morgan, Universidad Adventista de Centro América, Costa Rica

Blanca Nelly Guerra Zambrano, Universidad de Monterrey, México

Carlos Alexis Chimpén-López, Universidad de Extremadura, España

Cinthia Milena Balabanian, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

Esteban Javier Davila Peralta, Sanatorio Adventista del Plata, Argentina

Diego Alberto Desuque, Universidad Peruana Unión, Perú

Sonia Martínez Ruiz, Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta en práctica privada, México

Beatriz Elizabeth Barboza Vera, Universidad Adventista del Plata, Argentina

Flor Victoria Leiva Colos, Universidad Peruana Unión, Perú

Vanessa Quintana, University of Massachusetts Global, EE.UU.

Alejandra Barchi Fabre, Universidad Adventista de las Antillas, Puerto Rico

Edgardo Javier Ramos Caballero, Universidad de Morelos, México

**Asesor técnico:** Jeshua Moreno Valladares

**Diseño:** UMedia Diseño - Gabriel Castellanos Salinas

**Comité editorial:** Es compuesto por el director de la revista, el editor, el editor asociado y el comité científico.

**PSICOSOPHIA, año 7, No. 2, julio-diciembre 2025**, es una publicación semestral editada por la Universidad de Morelos, Avenida Libertad, 1300 pte., Barrio Matamoros, Morelos, Nuevo León, C.P. 67510. Tel. (826)2630900 Ext. 2550, [www.um.edu.mx](http://www.um.edu.mx), [cipfapsi@um.edu.mx](mailto:cipfapsi@um.edu.mx) Editor responsable: Lucio Abdiel Olmedo Espinosa. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2023-061512303400-102, ISSN: 2992-7471, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Director de la Facultad de Psicología de la Universidad de Morelos, Dr. Carlos Marcelo Moroni, Avenida Universidad, No. 245, Morelos, Nuevo León, C.P. 67510, fecha de la última modificación, 15 de diciembre de 2025.

## ÍNDICE

Factores determinantes de la resiliencia en adolescentes  
mexicanos de Nuevo León

---

pág.

48

---

La participación espiritual cristiana y la satisfacción marital  
en personas casadas adventistas del estado de Tabasco

---

59

---

Depresión en mujeres otomíes del Estado de México

---

69

---

Guía para la presentación de artículos

---

84

---

Formato del artículo

85

## FACTORES DETERMINANTES DE LA RESILIENCIA EN ADOLESCENTES MEXICANOS DE NUEVO LEÓN

### DETERMINANTS OF RESILIENCE IN MEXICAN ADOLESCENTS FROM NUEVO LEÓN

Zandra Enyd Covarrubias Quintero<sup>1</sup>, Alexis Leonardo de la Rosa Ribón<sup>2</sup>, Carlos Marcelo Moroni<sup>3</sup>

Recibido: 14 de mayo de 2025; Revisado: 15 de septiembre de 2025; Aceptado: 30 de septiembre de 2025

Para citar este artículo:

Covarrubias Quintero, Z. E., de la Rosa Ribón, A. L. y Moroni, C. M. (2025). Factores determinantes de la resiliencia en adolescentes mexicanos de Nuevo León. *PsicoSophia*, 7(2), 48-58. <https://doi.org/10.37354/rpsiso.2025.7.2.055>

### RESUMEN

*Este estudio explora la relación entre el funcionamiento familiar y la salud espiritual en el desarrollo de la resiliencia en adolescentes vulnerables. Se utilizó un enfoque cuantitativo con 194 participantes de entre 10 y 18 años en Nuevo León, México, empleando instrumentos estandarizados como el Cuestionario de Resiliencia, la Escala FACES-20 y la Escala de Salud Espiritual. Los hallazgos revelaron que la flexibilidad familiar y las dimensiones de salud espiritual relacionadas con uno mismo y el entorno son factores clave que explican el 41.4% de la varianza en los niveles de resiliencia. Además, se observaron correlaciones significativas entre las dimensiones estudiadas y los factores de resiliencia como empatía, resolución de problemas e introspección. Se concluye que fomentar dinámicas familiares flexibles y pensamientos espirituales positivos es esencial para fortalecer la resiliencia en adolescentes y promover su adaptación en contextos adversos.*

**Palabras clave:** resiliencia, funcionamiento familiar, salud espiritual, adolescentes, vulnerabilidad social, bienestar integral

### ABSTRACT

*This study explores the relationship between family functioning and spiritual health in the development of resilience in vulnerable adolescents. A quantitative approach was used with 194 participants between the ages of 10 and 18 in Nuevo León, Mexico, employing standardized instruments such as the Resilience Questionnaire, the FACES-20 Scale, and the Spiritual Health Scale. The findings revealed that family flexibility and spiritual health dimensions related to oneself, and one's environment are key factors explaining 41.4% of the variance in resilience levels. Furthermore, significant correlations were observed between the dimensions studied and resilience subfactors such as empathy, problem-solving, and insight. It is concluded that fostering flexible*

<sup>1</sup>Zandra Enyd Covarrubias Quintero, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, [zcovarr@um.edu.mx](mailto:zcovarr@um.edu.mx), <https://orcid.org/0000-0002-4685-1359>

<sup>2</sup>Alexis Leonardo de la Rosa Ribón, estudiante de la Maestría en Terapia Familiar, Facultad de Psicología, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, [aldlrr@hotmail.com](mailto:aldlrr@hotmail.com), <https://orcid.org/0009-0005-1996-1543>

<sup>3</sup>Carlos Marcelo Moroni, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, [carlosmarcelomoroni@um.edu.mx](mailto:carlosmarcelomoroni@um.edu.mx), <https://orcid.org/0000-0003-4148-7663>

*family dynamics and positive spiritual thinking is essential to strengthening resilience in adolescents and promoting their adaptation to adverse contexts.*

**Keywords:** resilience, family functioning, spiritual health, adolescents, social vulnerability, holistic well-being

## Introducción

Durante el transcurso de la adolescencia, el entorno del individuo ejerce una importante influencia sobre él. Un desafortunado contexto social puede propiciar que los adolescentes sufran diversas dificultades durante su desarrollo personal. Situaciones como la separación de los padres, el consumo de sustancias, la pobreza, la deserción escolar y la inseguridad social, entre otras, son algunas de las más significativas (Alderman et al., 2019).

Para sobrellevar situaciones adversas y complejas, es necesario que el adolescente desarrolle niveles altos de resiliencia. Ésta le permitirá tomar mejores decisiones y considerar una mejor manera de afrontar las múltiples circunstancias a las que se ve expuesto (Pérez Pérez et al., 2022).

Se considera a la resiliencia como un concepto multidimensional conformado por las siguientes dimensiones: (a) introspección, (b) empatía, (c) resolución de problemas y (d) factores protectores externos (González Arratia, 2016). Además, Grotberg (2002) define la resiliencia como una capacidad humana universal para enfrentar y superar las adversidades de la vida, e incluso ser transformado por ellas. Es un aspecto del proceso evolutivo que debe fomentarse desde la infancia. A diferencia de otras definiciones que enfatizan la necesidad de combinar factores biológicos y ambientales para su desarrollo, Grotberg destaca la importancia del componente ambiental.

Uno de los factores más importantes para el desarrollo de un buen nivel de resiliencia, en los adolescentes, es la calidad de las relaciones familiares. La disposición de apoyo y una comunicación efectiva, dentro del núcleo familiar, juega un papel crucial en la manera en cómo los jóvenes enfrentan y superan las adversidades (Díaz y Orozco, 2009).

El funcionamiento familiar ha sido un concepto ampliamente estudiado por Olson et al (2006), quienes desarrollan su teoría y la explican a través del “modelo circunflejo”, el cual considera dos dimensiones esenciales del funcionamiento familiar: (a) cohesión y (b) flexibilidad. La cohesión se refiere al grado de conexión emocional entre los miembros de la familia. Esta dimensión evalúa cómo los miembros de la familia se sienten unidos y comprometidos entre sí. Mientras que la flexibilidad mide la capacidad de la familia para adaptarse a cambios y manejar el estrés (Siguenza et al., 2017). El funcionamiento familiar, según García-Méndez et al. (2006), lo describen como un proceso que involucra al individuo, la familia y la cultura. Además, se refiere a la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros. Dentro de esta estructura, se desarrollan patrones de relación que se consolidan a lo largo de las distintas etapas del ciclo de vida.

De acuerdo con Redondo Elvira et al. (2017), existe una correlación significativa entre la espiritualidad y la habilidad de las personas para superar situaciones adversas, siendo un factor importante

al considerar la salud espiritual en las personas; especialmente, aquellas que atraviesan momentos desfavorables en sus vidas. La salud espiritual es definida por Korniejczuk et al. (2020) como un constructo multidimensional o estado donde la persona siente armonía con lo que considera sagrado o superior, con su propio ser, con sus semejantes y con la naturaleza. Implica la experiencia de trascendencia de la vida y un propósito que se ajuste a su sistema de creencias. Moroni et al. (2021) describieron las dimensiones de la salud espiritual como: (a) la relación con un ser supremo implica devoción, conexión y comunicación con un ser superior o sagrado, lo que genera en el individuo la convicción de recibir fortaleza en momentos difíciles. Además, vivir según las enseñanzas de este ser supremo proporciona ayuda y orientación hacia prioridades y propósitos trascendentes; (b) la relación con uno mismo se define como el conocimiento que el individuo tiene de sí mismo, sus valores y principios, y vivir de acuerdo con ellos para lograr armonía y paz. Además, conocer la finalidad de la vida permite ser positivo y productivo y (c) la relación con el entorno se define como el compromiso, la reflexión y la compasión del individuo, valorando lo bueno, justo y bello en los demás y en la naturaleza. También implica ofrecer paciencia, respeto y amor hacia los otros.

Para aumentar su resiliencia a niveles adecuados, un adolescente debe desarrollar seguridad en sí mismo, capacidad de planificar sus actos, autocontrol, persistencia y apoyo de familia, amigos y de personas de confianza (Oriol Bosch, 2012; Vargas Sánchez et al., 2020). Es por ello por lo que la familia juega un punto destacable para el desarrollo de la resiliencia en los individuos (Vinaccia et al., 2007).

Los adolescentes que viven en contextos de vulnerabilidad social enfrentan dificultades para identificar y aplicar estrategias de afrontamiento, por ello, es importante considerar la resiliencia y las particularidades que definen las condiciones del entorno de los adolescentes en situación de vulnerabilidad social. La resiliencia les permite adaptarse y superar las adversidades, mientras que las características específicas de su entorno requieren un enfoque personalizado que atienda sus necesidades únicas y contextuales. Reconocer y apoyar estos aspectos es esencial para promover su bienestar integral y su desarrollo positivo (Sibalde Vanderley et al., 2020). Asimismo, los adolescentes buscan constantemente un lugar donde se sientan cómodos y aceptados. Si no encuentran ese bienestar en su hogar, pueden buscarlo en las calles, lo que puede afectar su vida debido a diversos problemas psicosociales. Para abordar esta situación es importante crear espacios seguros y redes de apoyo, con la colaboración de un equipo multidisciplinario que brinde atención y seguimiento, sobre todo, a los adolescentes que viven en situación de mayor vulnerabilidad (Pérez et al., 2022).

### **Metodología**

Este estudio cuenta con un diseño de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, explicativo, transversal y ex post facto. La población estuvo integrada por estudiantes de una preparatoria privada (N = 199), una secundaria pública (N = 203) y un centro de atención a adolescentes (N = 52). Se trabajó con una muestra de 194 adolescentes integrados por 127 estudiantes de preparatoria, 54 de secundaria

y 13 del centro de atención a adolescentes. El rango de edades de la muestra fue de entre 10 a 18 años con una media de 15.18, la moda fue los 15 años que representa el 29.4% de los participantes, todos pertenecientes a la zona citrícola de Nuevo León. De los 194 participantes, 93 (47.9%) fueron mujeres y 101 (52.1%) fueron varones. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

Las variables independientes fueron las dos dimensiones de la variable funcionamiento familiar que son cohesión y flexibilidad; y las tres dimensiones de salud espiritual fueron ser supremo, uno mismo y el entorno. La variable dependiente fue resiliencia. Además, se estudió la correlación entre las variables y las dimensiones de la resiliencia.

### **Instrumentos**

Se utilizó el Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes, desarrollado por Gonzáles Arratia (2016), que consta de 18 ítems divididos en cuatro dimensiones. La dimensión de introspección abarca los ítems 14, 15, 16, 17 y 18; empatía maneja los ítems 1, 2, 3, 6 y 7; resolución de problemas engloba los ítems 4, 5, 9, 12 y 13 y, por último, factores protectores externos comprende los ítems 11, 10 y 8. Su fiabilidad cuenta con un alfa de Cronbach de 0.90. El alfa de Cronbach obtenido en esta investigación fue de 0.85.

También se utilizó la Escala FACES-20, adaptada por Martínez-Pampliega et al. (2006), cuenta con 20 ítems divididos en dos dimensiones, cohesión y flexibilidad. Cohesión abarca los ítems 1, 4, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 17 y 19. A su vez, flexibilidad comprende los ítems 2, 3, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18 y 20. La escala mencionada cuenta con un alfa de Cronbach de 0.89 en su fiabilidad. El alfa de Cronbach obtenido en esta investigación fue de 0.94.

Además, se usó la Escala de Salud Espiritual de Korniejczuk et al. (2020) que consta de tres dimensiones repartidas entre 39 ítems. El factor de la relación con un ser supremo abarca los ítems 1, 3, 7, 8, 10, 11, 15, 16, 22, 29, 31, 33 y 36. La relación con uno mismo maneja los ítems 4, 9, 13, 18, 20, 23, 26, 30, 32, 34, 37 y 38. Finalmente, la relación con el entorno comprende los ítems 2, 5, 6, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 25, 27, 28, 35 y 39. El alfa de Cronbach está dividido entre cada uno de los factores, teniendo así 0.95, 0.94 y 0.92, respectivamente. El alfa de Cronbach obtenido en esta investigación fue de 0.97.

### **Procedimiento**

Previo a la aplicación de los instrumentos se envió y recibió firmada la carta de consentimiento informado para los padres donde se detalló el objetivo de la investigación y los instrumentos de evaluación para que ellos dieran la aprobación para la participación de sus hijos menores.

Los instrumentos se aplicaron mediante un formulario de Google en la preparatoria privada, mientras que en los otros espacios se aplicaron de forma física. Se les explicó a los adolescentes los instrumentos que iban a responder el objetivo de la investigación, después procedieron a contestar previo

a dar aceptación al aviso de privacidad de los datos. Para el análisis de los datos, se utilizaron los paquetes Excel y el paquete estadístico SPSS versión 27.

## Resultados

En este estudio se buscó determinar si las dimensiones del funcionamiento familiar y las dimensiones de la salud espiritual son predictoras significativas de la resiliencia. Asimismo, se analizaron si existen diferencias en los niveles de las variables por las variables demográficas.

### Descriptivos de las variables

Las medias, desviaciones estándar y varianzas de las variables resiliencia, funcionamiento familiar, salud espiritual y sus subescalas se observan en la Tabla 1.

**Tabla 1**

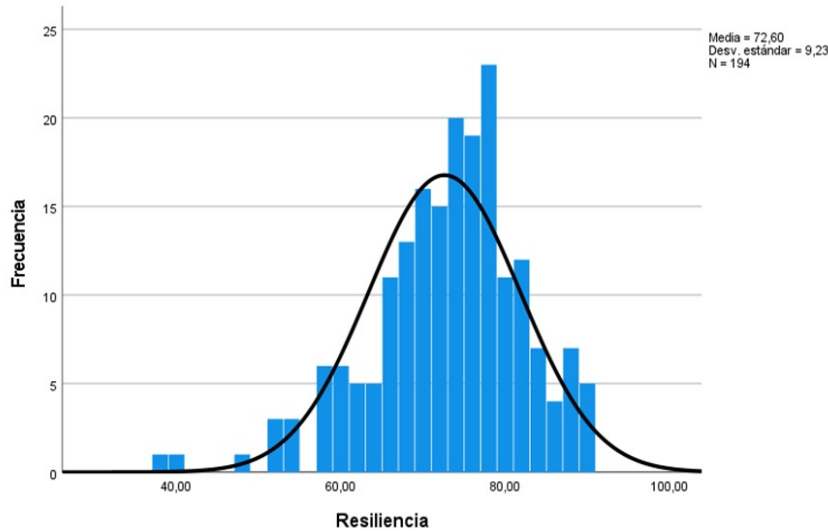
*Medias, desviación estándar y varianza de las variables resiliencia, funcionamiento familiar y salud espiritual*

	Media	Desviación estándar	Varianza
Introspección	20.2629	3.06881	9.418
Empatía	20.9175	2.83271	8.024
Resolución de problemas	18.8763	3.53446	12.492
Factores protectores	12.5412	2.75434	7.586
Resiliencia	72.5979	9.23011	85.195
Cohesión	33.9588	7.70158	59.314
Flexibilidad	36.4897	8.32453	69.298
Funcionamiento familiar	70.4485	15.17634	230.321
Ser supremo	39.7732	10.53394	110.964
Uno mismo	35.7165	8.84976	78.318
Entorno	45.8608	7.87047	61.944
Salud espiritual	121.3505	25.07173	628.592

Se agrega un histograma de frecuencia para observar el comportamiento de la resiliencia en la muestra (Figura 1).

**Figura 1**

*Histograma de frecuencia de la resiliencia*



Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple donde las variables independientes fueron cohesión y flexibilidad para la variable funcionamiento familiar y las subescalas de salud espiritual fueron ser supremo, uno mismo y entorno. El resultado de este análisis fue significativo ( $F_{(1)} = 26.513, p = <.001, R^2 = .414$ ). Se muestran los factores determinantes de la resiliencia detallados en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Coefficientes del modelo de regresión*

Modelo	Coefficientes no estandarizados			
	$\beta$	Desviación Error	t	p.
(Constante)	38.297	3.439	11.134	.000
Cohesión	.173	.110	1.568	.119
Flexibilidad	.223	.107	2.077	.039
Ser Supremo	-.161	.086	-1.865	.064
Uno Mismo	.333	.114	2.926	.004
Entorno	.322	.107	3.002	.003

a. Variable dependiente: resiliencia

Se encontró que la dimensión flexibilidad del funcionamiento familiar, así como las dimensiones uno mismo y entorno, de la variable salud espiritual, son factores significativos que predicen o explican hasta un 41.4% de la varianza del nivel de resiliencia en la muestra estudiada. En la Tabla 3 se muestra el resumen del modelo de regresión lineal múltiple.

**Tabla 3***Resumen del modelo*

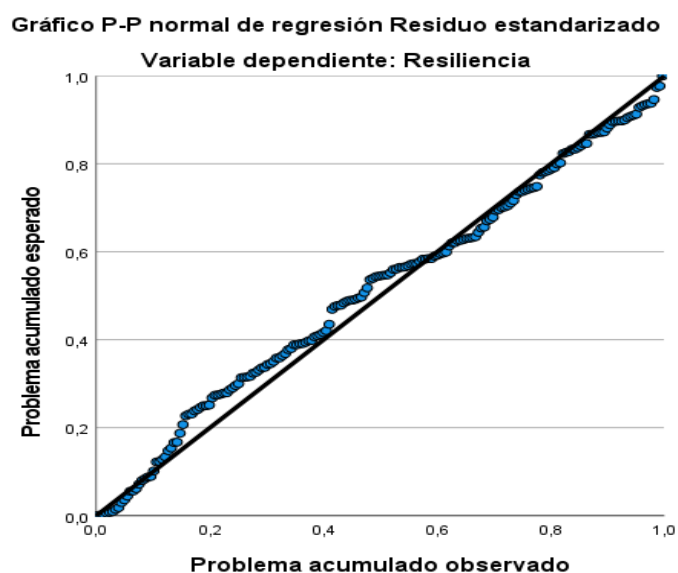
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	.643 <sup>a</sup>	.414	.398	7.16190

a. Predictores: (Constante), Entorno, Cohesión, Ser Supremo, Flexibilidad, Uno Mismo

b. Variable dependiente: Resiliencia

El cumplimiento de los supuestos para la regresión se probó utilizando la estadística de Durbin Watson para detectar autocorrelación en los residuos de la regresión, se encontró un valor de 1.83, lo cual indica que no existe autocorrelación. Se verificaron los diagnósticos de colinealidad utilizando el valor VIF el cual se verificó que está por debajo de 5 para todos los factores (Hair et al, 1999) (ver Tabla 2).

En la Figura 2 se presenta la gráfica que muestra la normalidad de los residuos.

**Figura 2***Normalidad de los residuos*

Se llevó a cabo un análisis de correlación entre las dimensiones de la resiliencia: introspección, empatía, resolución de problemas y factores protectores, con las dimensiones de funcionamiento familiar y salud espiritual. Se hicieron las pruebas de hipótesis de las variables para conocer la normalidad, encontrando para resiliencia ( $W = .968, p < .001$ ), para funcionamiento familiar ( $W = .968, p < .001$ ) y para salud espiritual ( $W = .944, p < .001$ ), aceptando así la hipótesis nula la cual establece que no existe normalidad. Por lo tanto, se realizó el análisis de correlación con Rho de Spearman. Se obtuvieron valores significativos para todas las dimensiones de las dos variables como se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4***Correlación entre las variables*

		<i>Introspección</i>	<i>Empatía</i>	<i>Resolución de problemas</i>	<i>Factores protectores</i>
Cohesión	Correlación	.248**	.406**	.419**	.420**
	<i>p</i>	.001	.000	.000	.000
Flexibilidad	Correlación	.351**	.465**	.419**	.417**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000
Ser Supremo	Correlación	.210**	.470**	.392**	.299**
	<i>p</i>	.003	.000	.000	.000
Uno Mismo	Correlación	.347**	.565**	.486**	.348**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000
Entorno	Correlación	.320**	.593**	.444**	.433**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

También se llevó a cabo la prueba de hipótesis U de Mann-Whitney para muestras independientes para conocer las diferencias de las variables resiliencia ( $U = 4899.0$ ,  $p = .604$ ), funcionamiento familiar ( $U = 5421.5$ ,  $p = .063$ ) y salud espiritual ( $U = 4172.0$ ,  $p = .179$ ) con el sexo de los adolescentes, en la cual se retiene la hipótesis nula que afirma que no existen diferencias significativas en los valores de las variables por sexo.

### Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación son solamente aplicables para la muestra de estudio, sin embargo, pueden servir de guía para futuras investigaciones y, además, se puede observar confirmación con la teoría y con los resultados de otras investigaciones que consideran los constructos que se estudiaron en la presente investigación.

En primer lugar, se encontró que en el factor de la variable funcionamiento familiar la flexibilidad es predictora significativa de la resiliencia lo cual concuerda con Bernal Romero et al. (2020), quienes afirman que el soporte de la familia es importante para que el adolescente desarrolle un alto nivel de autonomía. Es decir, que la familia frente a las situaciones estresantes tiene la capacidad para adaptarse a cambios, ajustando las reglas y el liderazgo cuando es necesario para que los miembros de la familia, incluyendo los adolescentes, puedan superar las adversidades de la vida.

En segundo lugar, se encontró que al considerar la variable salud espiritual, las dimensiones de entorno y uno mismo son predictoras significativas de la resiliencia. Esto entra en sintonía con lo descrito por Redondo Elvira et al. (2017), cuando observó que los aspectos intrapersonales e interpersonales

de la salud espiritual, se encuentran estrechamente relacionados con la resiliencia. Esto indica que el conocimiento que tenga el adolescente de sus valores y principios y la capacidad de vivir acorde a ellos le permitirá experimentar armonía y un sentido de vida que le facultará para ser positivo y productivo. Además, experimentará hacia las demás personas una actitud de compromiso, respeto y afecto genuino, considerando su contexto cultural, que le permitirá generar mayores niveles de resiliencia.

En tercer lugar, las variables que resultaron significativas explican que el entorno donde el adolescente se desarrolle y la seguridad que tenga en sí mismo y en sus habilidades son los factores más determinantes para el incremento de su resiliencia. Esto se podría vincular con la teoría ecológica de Bronfenbrenner (Antony, 2022), quien explica que la resiliencia puede ser altamente desarrollada tanto cuando se cultiva el aspecto individual de la persona como es su dimensión intrapersonal, como cuando se fortalece el soporte externo como es la dimensión interpersonal, en este caso su familia.

Cabe destacar la correlación negativa entre la dimensión de ser supremo con la variable resiliencia. A pesar de no ser significativa, entrega una interesante resolución. Se ha encontrado que cuando las personas interpretan sus dificultades como castigos divinos o sienten descontento espiritual pueden disminuir la capacidad para adaptarse y recuperarse de las adversidades (Surzykiewicz, 2022); por lo cual, se entiende que la creencia en un ser supremo puede llegar a obstaculizar el desarrollo de la resiliencia.

Por último, se encontraron correlaciones significativas entre el factor empatía de la resiliencia, con todas las dimensiones del funcionamiento familiar y de la salud espiritual. La empatía se refiere a la capacidad de las personas para conectarse emocional o cognitivamente con otros, lo que les permite desarrollar una reacción congruente con el estado emocional de los demás (Flórez y Prado, 2021). De esta manera, se entiende que las dimensiones cohesión y flexibilidad están correlacionadas con la empatía, ya que la cohesión permite la cercanía emocional y significativa con los seres queridos, y la flexibilidad facilita adaptarse a las necesidades de los demás y responder adecuadamente. Asimismo, la empatía se correlaciona con las dimensiones de la salud espiritual que son, ser supremo, uno mismo y entorno. La conexión con un ser supremo implica comunicación y conexión que permite que la persona establezca prioridades y oriente a objetivos en su vida. Además, las enseñanzas del ser supremo fomentan valores como la compasión y el respeto hacia los demás. Al mismo tiempo, el vincularse con el entorno aumenta la conciencia y sensibilidad hacia otras personas y otros seres vivos, promoviendo un mayor compromiso y responsabilidad. Finalmente, la relación de la espiritualidad con uno mismo permite reconocer el propósito de la vida y los valores y principios que guiarán las conductas en relación con las otras personas, en el contexto sociocultural que los contiene.

## Conclusiones

El objetivo principal de esta investigación fue explorar y analizar los factores internos y externos, o del entorno, que pueden influir en la resiliencia desarrollada por los adolescentes. Las variables salud espiritual y funcionamiento familiar, que fueron elegidas para este proyecto, muestran que se encontró

una influencia positiva y determinante para el desarrollo de su resiliencia.

Al encontrar que la flexibilidad del sistema familiar influye sobre la resiliencia, aunque no lo hizo la cohesión, es importante para el diseño de programas que incrementen la capacidad de negociación, del diálogo y la confianza en los miembros de la familia que son elementos distintivos de las familias flexibles.

Por otro lado, las creencias significativas que los sujetos tienen sobre uno mismo y el entorno son indicadores de que la salud espiritual incide en el desarrollo de la resiliencia. Por lo que, al fomentar el desarrollo de pensamientos espirituales positivos, va a permitir que la persona pueda comprender mejor sus necesidades y tener mayor autocontrol. Además, entenderá mejor las necesidades de los demás y la capacidad de resolver eficazmente los problemas, utilizando el humor y la creatividad.

## Referencias

- Alderman, E. M., Breuner, C. C. y Committee on adolescence (2019). Unique needs of the adolescent. *Pediatrics*, 144(6), e20193150. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3150>
- Antony, E. M. (2022). Framing childhood resilience through Bronfenbrenner's ecological systems theory: A discussion paper. *Cambridge Educational Research E-Journal (CERJ)*, 9. <https://doi.org/10.17863/CAM.90564>
- Bernal Romero, T., Melendro, M., Charry, C. L. y Goig, R. M. (2020). La influencia de la familia y la educación en la autonomía de los jóvenes: Una revisión sistemática. *Bordón Revista de Pedagogía*, 72, 29–44. <https://doi.org/10.13042/Bordon.2020.76175>
- Díaz, D. A. A. y Orozco, P. G. (2009). Relación entre la resiliencia y el funcionamiento familiar. *Psicología Iberoamericana*, 17(1), 5-14. <https://doi.org/10.48102/pi.v17i1.272>
- Flórez, A. C. y Prado, M. F. (2021). Habilidades sociales para la vida: Empatía, relaciones interpersonales y comunicación asertiva en adolescentes escolarizados. *Revista Investigium IRE Ciencias Sociales Y Humanas*, 12(2), 13-26. <https://doi.org/10.15658/INVESTIGIUMIRE.221202.02>
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), 91-110.
- González Arratia, L.F.N.I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Ediciones Eón, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Grotberg, E. H. (2002). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. N. Suarez Ojeda (Comps.), *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-30). Paidós.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. y Tatham, R. L. (1999). *Multivariate data analysis* (5.a ed.). Prentice Hall.
- Korniejczuk, V. A., Moroni, C. M., Quiyono Escobar, E., Rodríguez Gómez, J., Valderrama Rincón, A., Charles-Marcel, Z. L., Barriguete Meléndez, J. A. y Córdova Villalobos, J. Á. (2020). La salud espiritual, su evaluación y su papel en la obesidad, la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas no-transmisibles. En J. M. En, A. C. Aguilar, J. F. Allilaire, T. Barrientos, J. A. Barriguete, J. Baulieux, P. Casaubón, Z. L. Charles-Marcel, J. A. Córdova, T. Corona, F. Cruz, M. E. De León, J. R. Enríquez, F. Pérez Galaz, A. González, E. Graue, G. Guerrero, L. M. Gutiérrez, S. Herberg, y J. Tapia (Eds.), *Nutrición, obesidad, BDM, HTA, dislipidemias, TCA, salud mental* (pp. 561–586). Producciones Sin Sentido Común.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338. <https://aepc.es/ijchp/articulos.php?coi d=Espa%EF%BF%BDol&i d=180>
- Moroni, C. M., Olmedo Espinosa, L. A., Manzano González, M., Korniejczuk, V. A., Guerrero Jiménez, D. A., Quiyono Escobar, E. y Valderrama Rincón, A. (2021). Impact of spiritual health and family functioning on symptoms of depression and anxiety [Impacto de la salud espiritual y el funcionamiento familiar en los síntomas de depresión y ansiedad]. *Cogent Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1980259>
- Olson, D. H., Gorall, D. M. y Tiesel IV, J. (2006). *FACES IV & the circumplex model*. Life Innovations.
- Oriol Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación Médica*, 15(2), 77-78.
- Pérez Pérez, P. D. R., Pérez Manosalvas, H. S. y Guevara Morillo, G. D. (2022). Factores de riesgo y desarrollo de resiliencia en adolescentes. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 23-38. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.519>
- Redondo Elvira, T., Ibañez del Prado, C. y Barbas Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3), 117-121. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.001>
- Sibalde Vanderley, I. C., Sibalde Vanderley, M. A., da Silva Santana, A. D., Scorsolini-Comin, F., Brandão Neto, W. y Meirelles Monteiro, E. M. L. (2020). Factores relacionados con la resiliencia de adolescentes en contextos de vulnerabilidad social: Revisión integradora. *Enfermería Global*, 19(3), 582-625. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411311>
- Siguenza, W., Buñay, R. y Guamán-Arias, M. (2017). Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. *Maskana*, 8, 77-85. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1878>

- Surzykiewicz, J., Skalski, S. B., Niesiołędzka, M. y Konaszewski, K. (2022). Exploring the mediating effects of negative and positive religious coping between resilience and mental well-being. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.954382>
- Vargas Sánchez, K. M., Arratia López Fuentes, N. I. G., Valdez Medina, J. L., González Escobar, S. y Zanatta Colín, E. (2020). Resiliencia en adolescentes y adultos en internamiento por diversos delitos. *Ciencia Ergo Sum*, 27(1), 1-11. <https://doi.org/10.30878/ces.v27n1a4>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. y San Pedro, E. M. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1011>



LA PARTICIPACIÓN ESPIRITUAL CRISTIANA Y LA SATISFACCIÓN MARITAL  
EN PERSONAS CASADAS ADVENTISTAS DEL ESTADO DE TABASCOTHE CHRISTIAN SPIRITUAL PARTICIPATION AND THE MARITAL SATISFACTION  
IN MARRIED ADVENTIST PEOPLE FROM THE STATE OF TABASCOBreyner Michael Roblero Roblero<sup>1</sup>, Bellaret Jimenez Aguilar<sup>2</sup>

Recibido: 8 de septiembre de 2025; Revisado: 25 de noviembre de 2025; Aceptado: 10 de diciembre de 2025

Para citar este artículo:

Roblero Roblero, B. M. y Jimenez Aguilar, B. (2025). La participación espiritual cristiana y la satisfacción marital en personas casadas adventistas del estado de Tabasco. *PsicoSophia*, 7(2), 59–68. <https://doi.org/10.37354/rpsiso.2025.7.2.056>

## RESUMEN

En el contexto cristiano, la espiritualidad se expresa a través de diversas prácticas que fortalecen la vida de fe y que impactan positivamente en la relación de pareja. Este estudio examinó la relación entre la participación espiritual cristiana y la satisfacción marital en personas casadas, adventistas del estado de Tabasco. La muestra fue de 200 personas casadas; para el análisis estadístico, se utilizó una prueba t para muestras independientes y se realizó una correlación Rho de Spearman ( $\rho$ ) para explorar relaciones entre las variables. Los resultados indicaron una correlación significativa entre el nivel de participación espiritual y la satisfacción marital, sugiriendo que la práctica religiosa influye positivamente en la calidad del matrimonio. Los hombres reportaron mayores niveles de satisfacción marital que las mujeres, en aspectos sexuales, afectivos y cuidado de los hijos por parte de sus esposas. Además, se identificó que el número de hijos influye en la satisfacción marital, siendo menor cuando la cantidad de hijos es mayor. También se analizó el tiempo de casados, hallándose una tendencia en U, donde la satisfacción disminuye entre los 21 y 30 años de matrimonio e incrementándose después de los 30 años.

**Palabras clave:** satisfacción marital, participación, espiritual cristiana, matrimonios

## ABSTRACT

In the Christian context, spirituality is expressed through various practices that strengthen the life of faith and have a positive impact on the couple's relationship. This study examined the relationship between Christian spiritual participation and marital satisfaction in married, Adventist people from the state of Tabasco. The sample consisted of 200 married persons; for statistical analysis, a t-test was used for independent samples and a Spearman's Rho correlation

<sup>1</sup>Breyner Michael Roblero Roblero, estudiante del Máster en Relaciones Familiares, Facultad de Psicología, Universidad de Morelos, Nuevo León, México, [breyner-r1985@hotmail.com](mailto:breyner-r1985@hotmail.com)

<sup>2</sup>Bellaret Jimenez Aguilar, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Morelos, Nuevo León, México, [bellaretjimenez@um.edu.mx](mailto:bellaretjimenez@um.edu.mx)

( $\rho$ ) was performed to explore relationships between variables. The results indicated a significant correlation between the level of spiritual participation and marital satisfaction, suggesting that religious practice positively influences the quality of marriage. Men reported higher levels of marital satisfaction than women, in sexual and affective aspects and the care of children by their wives. In addition, it was identified that the number of children influences marital satisfaction, being lower when the number of children is higher. The time of marriage was also analyzed, finding a trend in U, where satisfaction decreases between 21 and 30 years of marriage and increases after 30.

**Keywords:** marital satisfaction, Christian spiritual participation, marriages

## Introducción

La satisfacción marital ha sido ampliamente estudiada debido a su impacto en la estabilidad conyugal y el bienestar familiar. Se han identificado factores clave como el compromiso, la intimidad, el bienestar económico y la empatía como elementos centrales en la felicidad conyugal (Pozos Gutiérrez et al., 2013). Además, el entorno social y económico, como los horarios laborales y el estrés ambiental, también influye significativamente en la calidad de las relaciones conyugales (Armenta Hurtarte et al., 2012).

En este contexto, la espiritualidad cristiana ha emergido como un factor relevante en la satisfacción marital. Estudios con parejas adventistas del séptimo día han demostrado que algunas prácticas religiosas como el culto familiar y la coherencia en la vida espiritual se asocian con mayores niveles de satisfacción en el matrimonio (Dudley y Kisoniski, 1990; Atuesta, 2019; Sepúlveda Porras, 2024; García López, 2020). Por su parte, se ha observado que la espiritualidad contribuye al bienestar emocional y social, ayudando al individuo a afrontar el estrés y a fortalecer valores como el perdón y la esperanza (Khodayari Fard et al., 2013; Kiran Mushtaq, 2016; Prabu y Stafford, 2015; Gharlipour, 2020).

## Satisfacción marital

La satisfacción marital, se ha definido como la percepción individual de respuestas favorables a los sentimientos del cónyuge y el cumplimiento de los compromisos y acuerdos matrimoniales, además de proseguir en conjunto el establecimiento de un vínculo amoroso (Acevedo et al., 2007; Romero Palencia et al., 2017). La interacción conyugal, las expresiones físicos- corporales como las caricias, besos y relaciones sexuales, el cómo solucionan problemas y toman decisiones, la familia, la manera en que la pareja encuentra diversión y la forma en que educan a los hijos pueden predecir qué tan satisfecha esta una pareja, debido a que estas son algunas dimensiones de la satisfacción marital (Lozano, 2010).

En consecuencia, la satisfacción marital se asocia con la salud física y mental, dado que las personas que viven solas tienden a experimentar niveles más altos de depresión y ansiedad (Bastida González et al., 2017). Esto sugiere que, disfrutar de la vida en pareja proporciona niveles elevados de satisfacción personal, matrimonial y de familia. Asimismo, los niveles adecuados de satisfacción marital están directamente relacionados con la satisfacción sexual (Díaz Puches, 2010). Esta relación y su logro

óptimo en el contexto de la satisfacción marital depende de diversos factores, incluyendo las prácticas espirituales cristianas (Ahmadi y Hossein-Abadi, 2009; Cañetas y Díaz-Loving, 2000; Gharlipour, 2020).

### **Participación espiritual cristiana**

El término espiritualidad suele asociarse comúnmente con la religiosidad. Kobza y Salter (2016) realizaron un estudio donde clasificaron a las personas en dos grupos: espirituales y religiosas. Según sus hallazgos, las personas religiosas muestran un mayor compromiso con los servicios religiosos y una conexión más fuerte con lo divino. Ambos grupos atribuyen igual importancia a las doctrinas y creencias, aunque difieren en algunos valores. La participación espiritual ha sido definida como el aspecto sublime de la existencia humana que lo acerca a Dios (Memeryan et al., 2016). Se manifiesta como un compromiso profundo que se refleja en las acciones del individuo tanto hacia Dios como hacia sus semejantes.

En el contexto cristiano, esta participación se expresa a través de diversas prácticas espirituales que fortalecen la vida de fe y, a su vez, impactan positivamente en la relación de pareja. Entre estas disciplinas se incluyen la oración, el arrepentimiento, la adoración, la meditación, el examen de conciencia, el estudio de las Escrituras, el evangelismo, el compañerismo, el servicio y la mayordomía, todas ellas consideradas fundamentales para una vivencia espiritual auténtica y transformadora (Thayer, 2004).

Otras investigaciones (Khodayari Fard et al., 2013; Story, 2015) han descubierto que no solo es suficiente ser espiritual o adoptar un estilo de vida religioso para tener calidad marital también es importante la actitud hacia la espiritualidad. Esto favorece el bienestar espiritual y, en consecuencia, el bienestar marital.

Por consiguiente, esta investigación tuvo como objetivo determinar en qué medida el nivel de participación espiritual cristiana se relaciona con la satisfacción marital, así como identificar cuáles dimensiones de la participación espiritual cristiana influyen en esta relación.

### **Metodología**

Esta investigación adoptó un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional (Hernández Sampieri et al., 2014).

### **Población y muestra**

La población de estudio estuvo conformada por 6,000 personas casadas que profesan la religión Adventista del Séptimo Día en Tabasco, México. Para obtener la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con el cual se encuestaron a 200 personas casadas, 47% fueron hombres y 53% fueron mujeres. Del total de la muestra, 12 personas tenían entre 20 y 30 años; 70 personas se encontraban en el rango de 31 a 40 años; 69 en el de 41 a 50 años; 38 en el de 51 a 60 años y 11 personas en el rango de 61 a 76 años. En cuanto a la cantidad de hijos de los encuestados, de los 200 participantes,

el 42.5% tiene dos hijos, el 20% tiene tres hijos, el 17.5% tiene un hijo, el 10% no tiene hijos, un 5% tiene cinco hijos y el otro 5% tiene un hijo.

Para la recolección de los datos se contactó a los diferentes departamentos de la Iglesia Adventista para contar con su colaboración al aplicar los instrumentos, finalmente se aplicó la encuesta electrónica a los participantes, asegurando la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM), desarrollado originalmente por Cortés et al. (1995) y fue validado por Lozano et al. (2010). El análisis de confiabilidad general del instrumento arrojó un coeficiente alfa de Cronbach de  $\alpha = 0.90$ . Esta escala está compuesta por 48 ítems que emplean una escala de respuesta tipo Likert, con un rango de puntuación de (1) *me disgusta mucho* a (5) *me gusta mucho*. Este instrumento tiene seis factores: interacción conyugal ( $\alpha = .89$ ); físico-sexual ( $\alpha = .92$ ); organización-funcionalidad ( $\alpha = .89$ ); familia (cuatro reactivos,  $\alpha = .90$ ); diversión ( $\alpha = .86$ ); e hijos ( $\alpha = .90$ ).

Así mismo, se usó la Escala de Participación en la Espiritualidad Cristiana (EPEC), creada y desarrollada por Thayer en la Universidad de Andrews (De Sousa, 2014; Thayer, 2004). Está conformada por 50 ítems que se distribuyen en 10 disciplinas espirituales: oración, arrepentimiento, adoración, meditación, examen de conciencia, lectura y estudio de la Biblia, evangelismo, compañerismo, servicio y mayordomía. Al mismo tiempo estas forman parte de cuatro factores que componen dicho instrumento: trascendencia, reflexión, visión y vida nueva. La validez del cuestionario es de Alfa de Cronbach de .97, lo que indica una alta confiabilidad. Además, los coeficientes de consistencia interna para las cuatro escalas oscilan entre .84 y .92.

Para el análisis de los datos se utilizaron las pruebas estadísticas *rho* de Spearman para explorar la relación entre las variables y la *t* de Student y el ANOVA para encontrar diferencias entre los grupos determinados por las variables demográficas.

## Resultados

Para alcanzar el objetivo del estudio, se planeó usar la prueba estadística *r* de Pearson. Sin embargo, no se cumplió el supuesto de normalidad multivariada requerido para las pruebas paramétricas (Shapiro-Wilk = .936;  $p < .001$ ), por lo que se optó usar la prueba *rho* de Spearman para pruebas no paramétricas.

Al realizar el análisis, se comprobó la correlación altamente significativa entre las variables participación espiritual cristiana y satisfacción marital en personas casadas adventistas ( $\rho = .313$ ,  $p = .000$ ). En la Tabla 1 se puede observar la relación entre cada una de las dimensiones de las variables.

**Tabla 1***Relación entre las dimensiones de Participación Espiritual Cristiana y Satisfacción Marital*

<b>Participación espiritual cristiana</b>	<b>Satisfacción marital</b>	<b><math>\rho</math></b>
Oración	Físico-sexual	.328**
	Interacción conyugal	.305**
	Diversión	.279**
	Organización-funcionalidad	.266**
	Familia	.249**
Arrepentimiento	Hijos	.216**
	Organización	.228**
	Diversión	.207**
Adoración	Interacción	.203**
	Interacción	.201**
Meditación	Diversión	.275**
	Interacción	.268**
	Físico	.263**
	Organización	.260**
	Familia	.229**
Examen de conciencia	Hijos	.226**
	Organización	.298**
	Físico	.278**
	Diversión	.273**
	Interacción	.265**
Estudio de la Biblia	Familia	.202**
	Físico	.242**
	Interacción	.202**
Evangelismo	Físico	.291**
	Interacción	.274**
	Familia	.220**
	Diversión	.220**
	Organización	.204**
Compañerismo	Hijos	.196*
	Físico	.286**
	Interacción	.256**
	Diversión	.233**
Servicio	Organización	.198*
	Físico	.229**
	Interacción	.213**
Mayordomía	Interacción	.313**
	Físico	.311**
	Diversión	.274**
	Familia	.239**
	Organización	.225**
	Hijos	.217**

Nota: \* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .01$

## Otros análisis

Para realizar un análisis comparativo del nivel de participación cristiana según el sexo, se comprobó la distribución normal de ambos grupos requerido para la prueba t de student: hombres ( $K-S = .87, p = .079$ ) y mujeres ( $K-S = .65, p = .200$ ). En este análisis, no se encontró diferencias significativas ( $t = 0.861, p = .634$ ). Los hombres obtuvieron un puntaje medio de 5.15 ( $DE = .501$ ), mientras que las mujeres obtuvieron un puntaje medio de 5.09 ( $DE = .529$ ), lo que puede indicar que ambos grupos presentan niveles similares.

Sin embargo, se identificó una diferencia significativa en el nivel de satisfacción marital entre hombres y mujeres ( $t = 2.76, p = 0.002$ ). Los hombres reportaron una media de 4.28 ( $DE = .600$ ), mientras que las mujeres tuvieron una media de 4.02 ( $DE = 0.709$ ), lo que sugiere que los hombres experimentan una mayor satisfacción marital en comparación con las mujeres, esto puede derivarse de las diferentes percepciones o expectativas dentro de la dinámica matrimonial. Los resultados del análisis de las diferencias entre las dimensiones de la satisfacción marital, de acuerdo con el sexo se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Diferencias de medias en la satisfacción marital y el sexo de los participantes*

Factores	Media		t	gl	p
	Hombres	Mujeres			
Interacción	4.31	4.00	2.99	392	0.001**
Físico-Sexual	4.34	4.23	1.18	394	0.311*
Organización	4.20	3.94	2.38	394	0.022**
Familia	4.23	3.83	3.13	384	0.000**
Diversión	4.22	3.86	3.52	395	0.013**
Hijos	4.27	3.97	2.42	396	0.208*

Nota: \* $p \leq .05$ , \*\* $p \leq .01$

Por otro lado, se realizó un análisis comparativo de la satisfacción marital, mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, entre las personas casadas adventistas que se agruparon en función de la cantidad de hijos ( $n = 198$ ), se excluyeron de este análisis a dos participantes que no reportaron la cantidad de hijos. La distribución de los rangos promedios (RP) se dio de la siguiente manera: (a) personas con cero hijos ( $n = 20, RP = 105.30$ ), (b) personas con un hijo ( $n = 35, RP = 85.17$ ), (c) personas con dos hijos ( $n = 85, RP = 113.12$ ), (d) personas con tres hijos ( $n = 40, RP = 96.19$ ), (e) personas con cuatro hijos ( $n = 18, RP = 63.97$ ). De acuerdo con los resultados, existe una diferencia significativa entre los rangos promedio de acuerdo con la cantidad de hijos ( $H = 14.255, p = .007$ ).

Así mismo, se realizó un análisis comparativo de la satisfacción marital y la participación espiritual cristiana entre los grupos determinados por el tiempo de casados ( $n = 198$ ), se excluyeron de este análisis

a dos participantes que no reportaron el tiempo de casados. Los resultados de este análisis se pueden ver en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Diferencias de las variables de estudio y el tiempo de casados*

Variables	Tiempo de casados				Kruskal-Wallis	
	1 a 10 años	11 a 20 años	21 a 30 años	30 años ó más	H	p
Participación cristiana	80.46	105.06	93.54	130.63	15.670	.001
Satisfacción marital	104.63	108.84	71.82	98.95	10.914	.012

1 a 10 años = 57, 11 a 20 años = 77, 21 a 30 años = 36, 30 o más = 28

### Discusión

En esta investigación se encontró que el nivel de participación espiritual cristiana se relaciona en un 31.3 % con el nivel de satisfacción marital en personas casadas adventistas en Tabasco, México. Estos hallazgos sugieren que, la práctica religiosa activa contribuye a una mejor calidad de la relación con el cónyuge, en personas adventistas del séptimo día.

Si bien algunas investigaciones previas (Acevedo et al., 2007; Rodríguez-Robledo et al., 2018; Villarreal Cortés, 2016) no han encontrado una relación significativa entre las prácticas espirituales cristianas y la satisfacción marital, diversos estudios más recientes (Genç y Su, 2022; Gharlipour, 2020; Rose et al., 2018; Wendołowska y Czyżowska, 2021), han evidenciado una relación positiva entre el nivel de participación espiritual cristiana y la calidad de la relación conyugal, indicando que un mayor compromiso espiritual se vincula con una mayor satisfacción marital.

Por otro lado, se observó que las diez dimensiones de la participación espiritual se relacionaron con los factores de satisfacción marital. La dimensión espiritual de la oración mostró ser un factor protector contra la infidelidad, fomentar el perdón, reducir la agresión y fortalecer la intimidad emocional, tal como lo evidencian otros estudios (Fincham y May, 2020; Cornelius-White y Kanamori, 2023). La oración, tiene un impacto positivo en las relaciones románticas. Asimismo, el arrepentimiento mostró correlaciones significativas con la interacción, la organización y la diversión, sugiriendo que el reconocimiento de errores contribuye a mejorar la dinámica conyugal. Ya que solo se puede pedir o conceder el perdón si hay arrepentimiento. En cuanto a la adoración, se encontró que tanto la adoración comunitaria como familiar se asocian con una mejor conexión emocional y resolución de conflictos. Finalmente, el estudio de las Escrituras fue valorado como una guía para afrontar desafíos maritales y fortalecer el vínculo espiritual en la pareja.

Esta investigación encontró que los hombres reportaron mayores niveles de satisfacción marital que las mujeres. Los hombres expresan mayor satisfacción en el ámbito sexual, así como en la manera en que sus esposas demuestran afecto, cariño y comprensión. Además, se muestran satisfechos con el

cuidado, las atenciones y la educación que sus esposas brindan a sus hijos. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados por Otero Rejon y Flores Galaz (2016), quienes encontraron que la mayor satisfacción de los hombres se relaciona con el cuidado de los hijos por parte de sus esposas, así como con la satisfacción sexual y afectiva. Por otro lado, Flores et al. (2012) observaron que las mujeres, en comparación con los hombres, reportan mayor insatisfacción marital. Este fenómeno podría explicarse por la "apertura realista" de las mujeres, quienes tienden a percibir y procesar los problemas de manera diferente a los hombres. En consonancia con estos resultados, Acevedo et al. (2007) concluyeron que el alto nivel de satisfacción en una pareja se da en un plano emocional. Esto explicaría por que los hombres se sienten más satisfechos con la interacción física con sus cónyuges, y por qué para las mujeres la parte emocional es de suma importancia.

Además, se identificó que el número de hijos influye, moderadamente, en la relación marital; existe mayor insatisfacción marital en parejas con cuatro hijos que aquellos que tienen dos o menos hijos. Estos hallazgos concuerdan con otras investigaciones (Ávila Santibañez et al., 2009), donde se encontró que los hombres mostraron una disminución en el interés por las actividades maritales a medida que aumentaba el número de hijos.

Así mismo, el tiempo de casados influye en la satisfacción marital, hallándose una tendencia en U, donde la satisfacción disminuye a los 21-30 años de matrimonio y el punto máximo de satisfacción se observó en parejas con 11 a 20 años. Sin embargo, la participación espiritual cristiana crece a partir de los 30 años de casados. Puede coincidir con la llegada de los hijos y la crianza, donde hay menos tiempo para la vida espiritual y el tiempo para la pareja. Y todo esto se recupera cuando los hijos salen del nido familiar y la pareja se encuentra en la etapa del nido vacío, donde pueden tener una vida espiritual más saludable y madura, pero la satisfacción marital no es tan alta como cuando eran jóvenes. Estudios previos (Miranda Hernández y Ávila Santibañez, 2008), han demostrado que la valoración de las actividades maritales cambia con el tiempo, de manera diferente para hombres y mujeres.

Se resalta que, las prácticas espirituales pueden ser recursos valiosos para fortalecer el vínculo matrimonial dentro de esta comunidad religiosa. También se enfatiza la importancia de considerar las particularidades individuales y familiares al estudiar esta relación. Finalmente, se sugiere la necesidad de continuar investigando cómo la religión influye en la satisfacción marital, explorando distintos contextos culturales y religiosos. Asimismo, se recomienda ampliar la muestra y estudiar matrimonios para conocer cómo se dan las diferencias o similitudes entre cónyuges.

## Referencias

- Acevedo, V. E., Restrepo de Giraldo, L. y Tovar, J. R. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 85-107. <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/78>
- Ahmadi, K. y Hossein Abadi, F. H. (2009). Religiosity, marital satisfaction and child rearing [Religiosidad, satisfacción conyugal y crianza de los hijos]. *Pastoral Psychology*, 57, 211-221. <https://doi.org/10.1007/s11089-008-0176-4>
- Armenta Hurtarte, C., Sánchez Aragón, S. y Díaz Loving, R. (2012). ¿De qué manera el contexto afecta la satisfacción de la pareja? *Suma Psicológica*, 19(2), 51-62. <https://sumapsicologica.konradlorenz.edu.co/vol19-num-25-2012-de-que-manera-el-contexto-afecta-la-satisfaccion-con-la-pareja>

- Atuesta, M. L. (2019). *Clima social familiar, estilo de comunicación marital y espiritualidad cristiana como factores predictores de la satisfacción marital* [Tesis doctoral, Universidad de Morelos]. Repositorio institucional UM <https://morelos.koha.es/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=60647>
- Ávila Santibáñez, R., Miranda Hernández, P. y Juárez Segurapara, A. (2009). Contribución del número de hijos a la magnitud de la satisfacción marital. *International Journal of Psychological Research*, 2(1), 35-43. <https://doi.org/10.21500/20112084.876>
- Bastida González, R., Valdez Medina, J. L., Valor Segura, I., González Arratia-López Fuentes, N. I. y Rivera Aragón S. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 95-102. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1008>
- Cañetas, E., Rivera, S., y Díaz-Loving, R. (2000). Desarrollo de un instrumento multidimensional de satisfacción marital. En R. Díaz-Loving (Ed.), *V Lustrós de Investigación en la Psicología Social en México* (pp. 572-579). AMEPSO.
- Cornelius-White, J., y Kanamori, Y. (2023). The correlates and effectiveness of partner-focused prayer: A meta-analysis of relational health. *Psychology of Religion and Spirituality*. <https://doi.org/10.1037/rel0000508>
- Díaz Puches, E. P. (2010). *Formas de relación entre la satisfacción marital y la satisfacción sexual en un grupo de parejas heterosexuales que residen en la ciudad de Bogotá* [Trabajo de licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia] Repositorio Institucional Javeriano. <http://hdl.handle.net/10554/7932>
- Dudley, M. G., y Kosinski, F. A. (1990). Religiosity and Marital Satisfaction: A Research Note. *Review of Religious Research*, 32(1), 78-86. <https://doi.org/10.2307/3511329>
- Fincham, F. D. y May, R. W. (2020). Generalized gratitude and prayers of gratitude in marriage [Gratitud generalizada y oraciones de agradecimiento en el matrimonio]. *The Journal of Positive Psychology*, 16(2), 282-287. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1716053>
- Flores, S. B., Roldan, E. W. y Flores, G. W. (2012). Factores de enriquecimiento, mantenimiento, comunicación y bienestar en la relación marital. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 37-62. <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-.-3-No-.-1.htm>
- García López, J. L. (2020). *Relación entre la religiosidad y la satisfacción marital en pastores y esposas de laboran en la Unión Mexicana Interoceánica de los Adventistas del Séptimo Día* (Publicación No. 29448114) [Tesis doctoral, Universidad de Morelos]. Repositorio Institucional UM. <https://morelos.koha.es/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=60241>
- Genç, E. y Su, Y. (2022). Black and White couples: Exploring the role of religiosity on perceived racial discrimination and relationship satisfaction [Explorando el papel de la religiosidad en la discriminación racial percibida y la satisfacción en las relaciones]. *The American Journal of Family Therapy*, 50(5), 533-553. <https://doi.org/10.1080/01926187.2021.1958269>
- Gharlipour, Z. (2020). Relationship of sexual satisfaction with spiritual health and demographic characteristics in women referring to health centers in Qom [Relación de la satisfacción sexual con la salud espiritual y las características demográficas en mujeres que acuden a centros de salud en Qom]. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 7(4), 1-7.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill.
- Khodayari Fard, M., Shahabi, R. y Akbari Zardkhaneh, S. (2013). Religiosity and marital satisfaction [Religiosidad y satisfacción conyugal]. *Procedia*, 82, 307-311. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.266>
- Kiran Mushtaq, H. (2016). *Understanding developmental disabilities: The impact of caregiver stress, caregiver self-efficacy, and spirituality/religiosity on couple relationship satisfy action* (Publicación No. 10151604) [Tesis de maestría, Purdue University]. <https://docs.lib.purdue.edu/dissertations/AAI10151604/>
- Kobza, M. y Salter M. N. (2016). Young adults' expectation about the values of religious and spiritual people [Expectativas de los jóvenes adultos sobre los valores de las personas religiosas y espirituales]. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 21(2), 70-79. <https://doi.org/10.24839/2164-8204.JN21.2.70>
- Lozano, R. E. O., Hurtarte, C. A., Arista, A. G., Gámez, N. P. y Díaz-Loving, R. (2010). Validación de la Escala de Evaluación de Relaciones en la Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 56-65. <https://doi.org/10.48102/pi.v18i2.253>
- Memeryan, N., Rassouli, M. y Mehrabi, M. (2016). Spirituality concept by health professionals in Irán: A quality study [El concepto de espiritualidad entre los profesionales de la salud en Irán: un estudio de Calidad]. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2016, Artículo 8913870. <https://doi.org/10.1155/2016/8913870>
- Miranda Hernández, P. y Ávila Santibáñez, R. (2008). Estimación de la magnitud de la satisfacción marital en función de los años de matrimonio. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 57-77. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2016.0003.00005>
- Otero Rejón, M. D. y Flores Galaz, M. M. (2016). Funcionamiento familiar como predictor de la satisfacción marital en hombres y mujeres. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(2), 141-152.
- Pozos Gutiérrez, J. L., Rivera Aragón, S., Reyes Lagunes, I. y López Parra, S. (2013). Escala de felicidad en la pareja: desarrollo y validación. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1280-1297. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70967-0](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70967-0)
- Prabu, D. y Stafford, L. (2015). A relational approach to religion and spirituality in marriage: The role of couples' religious communication in marital satisfaction [Un enfoque relacional de la religión y la espiritualidad en el matrimonio: el papel de la comunicación religiosa de las parejas en la satisfacción marital] *Journal of Family Issues*, 36(2), 232-249. <https://doi.org/10.1177/0192513X13485922>
- Rodríguez-Robledo, E., Veray-Alicea, J. y González-Rivera, J. A. (2018). Sexualidad, satisfacción en la pareja y satisfacción con la vida en una muestra de matrimonios cristianos de Puerto Rico. *Revista Salud y Conducta Humana*, 5(1). <https://rsych.com/volumen-5-no-1-2018>

- Romero Palencia, A., Galicia Neri, V. V. y Del Castillo Arreola, A. (2017). La satisfacción con la relación de pareja en la actualidad. *Boletín Científico Educación y Salud*, 5(10). <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n10/e9.html>
- Rose, A., Anderson, S., Miller, R., Marks, L., Hatch, T. y Card, N. (2018). Longitudinal test of forgiveness and perceived forgiveness as mediators between religiosity and marital satisfaction in long-term marital relationships [Prueba longitudinal del perdón y del perdón percibido como mediadores entre la religiosidad y la satisfacción marital en relaciones matrimoniales de larga duración]. *The American Journal of Family Therapy*, 46(4), 356-374. <https://doi.org/10.1080/01926187.2018.1547667>
- Sepúlveda Porras, J. D. (2024). *Satisfacción marital, religiosidad, estrategias de afrontamiento religioso y deseabilidad social en una muestra de parejas adventistas de Urabá*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional UA. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/39932>
- Thayer, J. (2004). Construyendo una Medida de Espiritualidad Basada en la Teoría del Aprendizaje: El Perfil de Participación Espiritual Cristiana. *Publicaciones de la Facultad*, Artículo 3975. <https://digitalcommons.andrews.edu/pubs/3975>
- Villarreal Cortés, H. M. (2016). *Intimidad y religiosidad como posibles predictores de satisfacción en la relación conyugal* [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional UPC. <http://hdl.handle.net/11531/9709>
- Wendolowska, A. M. y Czyzowska, D. (2021). Centrality of religiosity and dyadic coping in close romantic relationships: Actor partner interdependence model [La centralidad de la religiosidad y el afrontamiento diádico en las relaciones románticas estrechas: el modelo de interdependencia entre actores y parejas]. *Religions*, 12(11), 978. <https://doi.org/10.3390/rel12110978>



# DEPRESIÓN EN MUJERES OTOMÍES DEL ESTADO DE MÉXICO

## DEPRESSION IN OTOMI WOMEN FROM MEXICO

Lizbeth Vera Esqueda<sup>1</sup>, Martha Elizabeth Zanatta Colín<sup>2</sup>

Recibido: 2 de diciembre de 2025; Revisado: 19 de diciembre de 2025; Aprobado: 29 de diciembre de 2025

Para citar este artículo:

Vera Esqueda, L. y Zanatta Colín, M. E. (2025). Depresión en mujeres otomíes del Estado de México. *PsicoSophia*, 7(2), 69–83. <https://doi.org/10.37354/rpsiso.2025.7.2.057>

### RESUMEN

*La depresión en adultos mayores es un trastorno que presenta una prevalencia del 10 al 40%, con mayor incidencia de depresión en mujeres que en hombres. El apoyo social insuficiente, el analfabetismo y la pobreza son condiciones psicosociales que agravan la salud mental. La presente investigación tuvo como objetivo: comparar el nivel de depresión en mujeres adultas mayores pertenecientes y no pertenecientes a pueblos originarios. Se contó con una población de 76 mujeres; 38 pertenecientes a una comunidad Otomí y 38 residentes de la capital del Estado de México. Se aplicó la Geriatric Depression Scale (GDS), así como un cuestionario sociodemográfico. El procesamiento de la información consistió en obtener los estadísticos descriptivos, evaluar la normalidad de los datos, analizar los datos mediante la prueba T de Student y obtener el tamaño del efecto mediante la D de Cohen. Los resultados señalan que las mujeres que se dedican al hogar, viudas, que viven con hijos y baja escolaridad o analfabetismo presentan frecuencias mayores en el nivel de depresión moderada a severa. Además, se obtiene una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión de las mujeres pertenecientes y no pertenecientes a pueblos originarios, las primeras obtienen una frecuencia más alta en depresión moderada a severa. Por tanto, las condiciones sociales de las adultas mayores influyen en el nivel de depresión, siendo las pertenecientes a pueblos originarios las que se encuentran más desfavorecidas. Es necesaria una red de atención a la salud mental, así como políticas públicas que promuevan el bienestar social.*

**Palabras clave:** depresión, mujeres, indígenas, pueblos originarios

<sup>1</sup>Lizbeth Vera Esqueda, Doctora en Psicología, Docente de la Universidad Autónoma del Estado de México/ Responsable Sanitaria de la Clínica de Salud Mental “Nelly Rivera Sánchez”, Estado de México, México, [lverae002@profesor.uaemex.mx](mailto:lverae002@profesor.uaemex.mx)

<sup>2</sup>Martha Elizabeth Zanatta Colín, Doctora en Educación, Profesor-Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de México, Estado de México, México, [mezanattac@uaemex.mx](mailto:mezanattac@uaemex.mx)

## ABSTRACT

*Depression in older adults is a disorder that has a prevalence of 10 to 40%, with a higher incidence of depression in women than in men. Insufficient social support, illiteracy and poverty are psychosocial conditions that aggravate mental health. The objective of this research was to compare the level of depression in older adult women belonging and not belonging to indigenous peoples. The population was 76 women; 38 from an Otomi community and 38 residents of the capital of the State of Mexico. The Geriatric Depression Scale (GDS) was applied, as well as a sociodemographic questionnaire. The processing of the information consisted in obtaining the descriptive statistics, evaluating the normality of the data, analyzing the data by the T-test of Student and obtaining the size of the effect by the D of Cohen. The results indicate that women who work in the home, are widows, live with children and have a low level of schooling or illiteracy have higher rates of moderate to severe depression. In addition, there is a statistically significant difference in the level of depression of women belonging and not belonging to indigenous peoples, the former obtaining a higher frequency in moderate to severe depression. Thus, the social conditions of older adults influence the level of depression, and those belonging to indigenous peoples are the most disadvantaged. A mental health care network is needed, as well as public policies that promote social welfare.*

**Keywords:** depression, women, indigenous peoples

## Introducción

La depresión es un trastorno que presenta una prevalencia del 10 al 40%, en adultos mayores (Aguilar-Navarro, 2007; Canto y Castro, 2004; Dezutter et al., 2013; García y Tobías, 2001; Navas, 2013; Orosco, 2015; Salazar et al., 2015); este rango tan amplio de porcentajes de depresión reportados, son atribuibles a la diversidad de condiciones sociales, culturales y económicas del contexto sociocultural de los adultos mayores que participaron en los estudios. En algunos casos, los participantes se encuentran en condición de internamiento en asilos, zonas rurales con pocos servicios de apoyo, entre otros factores de vulnerabilidad. Sin embargo, en el caso de las mujeres adultas mayores, se reporta una prevalencia de 59.3 %, en el caso de mujeres posmenopáusicas (Carranza-Lira y Palacios-Ramírez, 2018). Algunos factores de riesgo identificados son: familias disfuncionales, dependencia económica y sedentarismo (Márquez Cardoso et al., 2005). Por otra parte, la depresión disminuye la expectativa de vida aproximadamente 2,2 años y afecta el funcionamiento físico y social; además de promover el auto abandono (Salazar et al., 2015); y ser la principal causa de suicidio en adultos mayores (Jo y Song, 2015). Se ha documentado una mayor incidencia de depresión en mujeres que en hombres (Escalona y Ruiz, 2016; García y Tobías, 2001; Orosco, 2015; Pérez y Arcia, 2008; Salazar et al., 2015) y es uno de los trastornos mentales más frecuente en población indígena (Gómez-Restrepo et al., 2016; Robledo y Robledo, 2022). Esta situación es preocupante, ya que la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2009) señala que México es el país de América Latina con mayor población perteneciente a pueblos originarios. En el Censo de Población y Vivienda realizado en 2020 se reconocen 7,3 millones de hablantes de una lengua indígena y 23,2 millones de personas se autoidentifican como indígenas.

Estudios recientes refieren una prevalencia más alta de depresión en adultos mayores pertenecientes a pueblos originarios, que en población no originaria (Fernández-Vasquez, 2024); esto a pesar de la amplia densidad poblacional de los pueblos originarios, los problemas de salud mental identificados y los esfuerzos locales, nacionales e internacionales para abatir tal problemática. Algunas de las causas son las barreras lingüísticas y culturales para acceder a servicios de salud mental; además de los estigmas en torno a los problemas y trastornos mentales (Arboleda et al., 2024; Fernández-Vasquez, 2024; González-García y Dominguez-Puente, 2025).

Las condiciones de marginación, pobreza, violencia y desplazamiento territorial que vive este sector poblacional dificultan la intervención de programas de salud mental en las comunidades (Granados-Martínez, 2022). Para atender esta problemática, la OMS y la OPS propusieron en 1993 sentar las bases para la introducción de programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas (OPS 1998). Sin embargo, fue hasta el 2007 cuando se aprobó la agenda de Salud para las Américas (2008-2017), que priorizó la atención a la salud mental por: el incremento de dicho tipo de problemáticas en este sector poblacional: las elevadas tasas de depresión, ansiedad, suicidio y consumo de sustancias psicoactivas; además, de las bajas probabilidades de acceder a servicios de salud mental (OPS, 2009).

En mujeres adultas mayores indígenas, la depresión se vuelve un problema de salud pública aún más serio debido a la interseccionalidad que dificulta el ejercicio pleno de sus derechos. Según la OMS (2025), la depresión es aproximadamente 1,5 veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres; además; en México, el Instituto Nacional de las Mujeres; (INMUJERES, 2024) indicó que, en 2021, el 16.3% señaló sentirse deprimida, en contraste con el 9.1% de los hombres. Por otra parte, Buitrago et al. (2021) y Arboleda et al., (2024) refieren que 6 de cada 10 mujeres en Ecuador han sido violentadas y las pertenecientes a pueblos originarios son quienes presentan niveles más altos con el 68%; situación que agrava su salud mental debido a la discriminación en el ámbito laboral, profesional y el difícil acceso a los servicios por su etnia, cultura y/o edad.

La relevancia de este estudio radica en visibilizar los problemas de salud mental en mujeres adultas mayores indígenas derivados de la vulnerabilidad sistemática que aún viven; además, como beneficio de la investigación, se plantean las bases para un modelo de atención primaria a la salud mental con enfoque de género e intercultural; es por ello por lo que, se plantea como objetivo comparar el nivel de depresión en mujeres adultas mayores pertenecientes y no pertenecientes a pueblos originarios.

#### Antecedentes en el estudio de la depresión

Freud (1992) como el precursor del psicoanálisis define la melancolía como una perturbación grave causada por la “pérdida real o afectiva del objeto amado” (p. 103). La dinámica de dicho trastorno es explicada como consecuencia de una “ausencia del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de la productividad y un bajo sentimiento de sí, que se manifiesta con autorreproches y autodenigraciones.” (Korman y Sarudiansky, 2011, p. 124). Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), en su Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), realiza una clasificación del trastorno depresivo mayor, entre sus síntomas

se encuentran: estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, disminución importante del interés y/o el placer, pérdida importante de peso, insomnio, hipersomnia, agitación, retraso psicomotor, fatiga, pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes e ideas suicidas.

Por su parte, la OMS (2025) define depresión como un “trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (párr. 1). Las afectaciones abarcan el área laboral, educativa y la vida diaria y, en su forma más grave, puede llevar al suicidio. Por tanto, se convierte en uno de los principales problemas de salud mental que afectan la productividad, además de ser causante de enfermedades y discapacidad a nivel global.

Con la finalidad de conocer la etiología de este padecimiento, además de plantear planes y programas de intervenciones eficaces, se han formulado algunas propuestas teóricas, tal es el caso de Beck et al. (1961) como se cita en Chisaguano Chisaguano y Cueva Rubio (2025) quién propone la Triada Cognitiva para explicar la depresión. Esta propuesta sugiere que la depresión es resultado de inferencias procedentes de cogniciones distorsionadas caracterizadas por la formulación de autoesquemas desadaptativos construidos a partir de pérdidas, inadecuación, fracaso y sentimientos de inutilidad; que en conjunto constituyen la vulnerabilidad cognitiva del individuo. Los elementos que describen la manifestación conductual de la depresión son: tristeza, pesimismo sobre el futuro, sensación de fracaso, falta de satisfacción/placer, culpa, sensación de castigo, desprecio y culpa por sí mismo, pensamientos suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, disminución del interés social, indecisión, imagen corporal distorsionada, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de apetito, preocupación por la salud y la libido, por mencionar algunos.

Por otra parte, la Teoría de la Depresión por Desesperanza propuesta por Abramson, Metalsky y Alloy refiere que las personas que poseen vulnerabilidad cognitiva presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos cuando experimentan sucesos negativos (Velasco-Falla, 2022). Es decir, ante un estilo negativo, en conjunto con un factor estresante incrementa la probabilidad de desarrollar depresión; sin embargo, de forma aislada, tanto la vulnerabilidad como los sucesos negativos no condicionan la aparición de síntomas depresivos

La Teoría de la Depresión por Desesperanza plantea que la vulnerabilidad cognitiva se construye de tres patrones inferenciales desadaptativos que marcan una directriz deductiva en los pensamientos del individuo; el primero es la tendencia a inferir que los factores estables y globales causan los sucesos negativos; el segundo, la propensión a pensar que los eventos perjudiciales presentes afectarán el futuro en la misma dirección; finalmente, la predisposición a asumir condenas sobre sí mismo (Velasco-Falla, 2022). Para Lakdawalla et al. (2007) este tipo de percepciones aumentan la probabilidad de desarrollar desesperanza y como consecuencia depresión.

Otra de las propuestas es la Teoría de los Estilos de Respuesta (RST por sus siglas en inglés [Response Styles Theory]) propuesta por Nolen-Hoeksem en 1991, que explica que la respuesta ante los

síntomas depresivos determina su severidad y duración; las formas de respuesta pueden ser: premiación, distracción y resolución de problemas (Zamora et al., 2020). En otro sentido, la depresión es expresada bajo tres dominios: el afectivo, a través del llanto, tristeza y apatía; cognitivo, con pensamientos de desesperanza, impotencia, suicidio, inutilidad y culpa; finalmente, el somático con alteraciones del nivel de energía, apetito, sueño y libido (Villavicencio et al., 2012). Sin embargo, éste último, suele reducir su especificidad en población de la tercera edad debido al aumento de quejas físicas que son referidas usualmente durante la vejez.

La depresión es un trastorno que puede presentar una sintomatología diferente en cada etapa evolutiva. Por ejemplo, una de las dificultades en el diagnóstico de adultos mayores es la diferenciación con otros padecimientos comunes de la vejez, entre los que se encuentran el hipotiroidismo, infarto del miocardio, diabetes, enfermedad de Alzheimer, enfermedad cerebrovascular, y deficiencia de ácido fólico o vitamina B12 (Salazar et al., 2015); dicha sintomatología suele ser confundida con algunos de los cambios normales asociados al proceso de envejecimiento, como es el caso de: pensamientos acerca de la muerte, cambios en el deseo sexual, patrón de sueño y reducción de energía (Maldonado, 2015; Orosco, 2015).

Dado que la sintomatología de la depresión en el adulto mayor puede variar respecto a otras etapas evolutivas, es necesario caracterizar tal padecimiento a fin de diferenciarlo de otros. Canto y Castro (2004) refieren que las manifestaciones clínicas en el adulto mayor van desde: un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés en la clasificación leve, hasta tensión, pena, sufrimiento físico y emocional en la depresión profunda. Por otra parte, se debe considerar que durante la última etapa de la vida existen constantes pérdidas, físicas, sociales, económicas y familiares. Por tanto, el panorama desfavorecedor se agudiza cuando la persona carece de recursos psicológicos y una red de apoyo que le ayude a hacer frente a las adversidades afectando su salud física, mental y social (Alfonso et al., 2016; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Vivaldi y Barra, 2012).

Con la finalidad de contar con un instrumento válido y confiable que permita la medición de la depresión en el adulto mayor, Yesavage (1988) desarrolló una escala para población mayor a 60 años sustentándose en los Criterios Diagnósticos para la Investigación (RCD por sus siglas en inglés [Research Diagnostic Criteria]). Para el autor, la depresión geriátrica incluye la disminución del afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos sobre el pasado, presente y el futuro; así mismo, las preguntas de base somática relacionadas a la anorexia, insomnio y estreñimiento, no permiten identificar la depresión al ser padecimientos comunes en personas que son emocionalmente estables en edad avanzada (Brink, et al., 1982); este instrumento ha sido especialmente útil para identificar rasgos depresivos, incluso se ha utilizado en población perteneciente a pueblos originarios (Fernández-Vasquez, 2024).

Los adultos mayores pertenecientes a pueblos originarios que padecen depresión se encuentran en triple interseccionalidad puesto que enfrentan tres estigmas. Por una parte, enfrentan las dificultades que conlleva un desorden mental; la vulnerabilidad generada por la tercera edad y la pertenencia a un

grupo étnico que históricamente ha sido desplazado, excluido y marginado sistemáticamente; lo que trae como consecuencia condiciones desfavorecedoras para el acceso al trabajo, educación y salud. En México, la población hablante de una lengua indígena se encuentra en una clara desventaja respecto a la población que no es perteneciente a un pueblo originario. No obstante, que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2025) ha reportado una disminución de 5.1 puntos porcentuales en los casos de pobreza en hogares indígenas del 2018 al 2022, aún existe una brecha de desigualdad importante, como las siguientes: el 65.2% de las personas que hablan una lengua indígena en México, vive en condiciones de pobreza o pobreza extrema, a diferencia de la media nacional de 36.3%; el 90% de los niños entre 6 y 14 años realiza actividades primarias agropecuarias o de ganadería; además, de altos índices de analfabetismo que caracterizan a este sector poblacional. En el tema de salud, se encuentran una mayor tasa de mortalidad infantil y muerte materna; además de no contar con un empleo remunerado que les permita acceder a seguridad social (Juárez-Ramírez et al., 2014). Por tal motivo, el estudio de la salud mental en este sector poblacional cobra relevancia, puesto que no se puede concebir una salud integral sin considerar el estudio de uno de los trastornos mentales más frecuentes, la depresión.

En el caso de los adultos mayores pertenecientes a pueblos originarios, se ha reportado una prevalencia de depresión entre 14% y 32.8% (Fernández-Vasquez, 2024; Rios-González y Garcete, 2024; Uscanga-Hermida et al., 2025). Con la finalidad de explicar este fenómeno, Rashmi et al. (2022) realizó un estudio con adultos mayores pertenecientes a tribus de la India e identificó que los adultos mayores solteros, insatisfechos con su situación actual y que sufrieron discriminación a lo largo de su vida; reportaron un mayor riesgo de depresión mayor; por tanto, concluyen que las diferencias culturales y contextuales vividas en los años antecedentes influyen directamente en la salud mental de los adultos mayores.

Factores como la edad o pertenencia a un grupo étnico son sólo algunos de los que se han encontrado relacionados con la depresión (Fernández-Vasquez, 2024; Rashmi et al., 2022; Uscanga-Hermida et al., 2025); otro factor que resalta es la diferencia por sexo (Uscanga-Hermida et al., 2025). Este último, funge como elemento configurador que delimita el actuar de los miembros de un grupo a partir de un componente biológico y pautas de conducta establecidas por la sociedad (Barberá y Martínez, 2004; Lamas, 2013). En la cultura mexicana se articula un discurso social que define a los varones en torno de la virilidad, superioridad, trabajo y ciudadanía; mientras que a las mujeres por su capacidad de reproducción y maternidad, con atributos socialmente aceptables como: afectividad, sensibilidad, afección, dedicación a los hijos, amor servicial, capacidad de cuidado, dependencia (Nash, 2006), sumisión, pasividad y domesticidad (Carbajal Reyes et al., 2019); el conjunto de estas creencias tiene un impacto importante en la salud mental personal y colectiva.

El apoyo social insuficiente contribuye de manera significativa al desarrollo de depresión en el adulto mayor (Bhamani et al., 2013; Chi y Chou, 2001; Li et al., 2019; Pérez y Arcia, 2008). El cuidado de un adulto mayor es una tarea que implica responsabilidad; sin embargo, 11% de las personas mayores de

60 años han experimentado al menos un tipo de abuso o negligencia en el cuidado, siendo el perpetrador más común el hijo en el 43% de las víctimas femeninas (Skirbekk y James, 2014); situación que se agrava en casos de viudez, puesto que, supone un cambio significativo en la dinámica personal que comprende el desprenderse de su hogar como se conocía y en muchas ocasiones mudarse a otro espacio para cambiar su estilo de vida (Carter, 2018). El cuidado de los padres puede ser asumido por un elemento del grupo familiar o alguien externo. El apoyo familiar se complica durante la viudez, tradicionalmente se asigna a uno de los hijos como el cuidador principal: hija/yerno (62%), hijo/nuera (21.8%), lo que genera estrés y sobrecarga en los cuidadores (Liu et al., 2021). El apoyo social consiste en acompañar, informar o visitar físicamente al adulto mayor, otorgar apoyo emocional, instrumental y reconocimiento (Hasibuan et al., 2020).

La falta de oportunidades, el analfabetismo o baja escolaridad, pobreza, carga física y deterioro en la salud orientan a mujeres indígenas y adultas mayores, a un bajo nivel de bienestar y calidad de vida puesto que se ven obligadas a subsistir mediante la agricultura o asistencia social (Goic et al., 2023; Guerrero y Villacres, 2021; Liu et al., 2024). En el ámbito educativo se estima que el 20% es analfabeta y las mujeres que han logrado tener acceso a un nivel educativo tienen un promedio de escolaridad de 6.6 años, mientras que para las mujeres no indígenas es de 9.9; por otra parte, sólo el 21% de las mujeres indígenas tiene una participación económica; el 25.7% son jefas de hogar con ingresos económicos menores o iguales a un salario mínimo; situación que obstaculiza el acceso al bienestar y promueve el desarrollo de patologías como la depresión (INMUJERES, 2022).

La baja escolaridad entre los adultos propicia bajos ingresos, menos oportunidades laborales y dependencia económica (Ma et al., 2015; Sanjay et al., 2020); además de dificultades familiares y un sentimiento de ignorancia (Kaur et al., 2015). El analfabetismo por su parte se asocia con una tasa más alta y mayor gravedad de depresión (Kim et al., 2014; Mishra et al., 2020; Sanjay et al., 2020; Zhang, 2020). Carecer de habilidades de lectoescritura y cálculo necesarias para la vida, afectan la autoestima, provocan un sentimiento de vergüenza sobre sí mismo que orienta al aislamiento social y contribuye a generar una barrera psicológica para superar los entornos estresantes que a largo plazo favorecen un envejecimiento negativo y mayor riesgo de depresión (Kim et al., 2014).

Kumari y Sahu (2023) indican que los elementos que influyen o determinan la salud mental de mujeres, adultas mayores indígenas pueden ser agrupados en tres categorías: comunitario, estructural y personal. El primero, se refiere al sentido de pertenencia, apoyo social y participación en la sociedad; el segundo, a factores sociales, económicos y culturales; finalmente, el tercero, a la capacidad de afrontamiento al estrés y de mantenerse presente. Por otra parte, Magano y Mothudi (2023) proponen una perspectiva del bienestar desde la autosuficiencia para un futuro sostenible, mencionan que es crucial que las mujeres pertenecientes a pueblos originarios desarrollen la capacidad para iniciar y gestionar negocios propios utilizando nuevas habilidades, pero sin dejar de lado las que ya poseen gracias al medio en el que se desarrollaron, esto les permitirá tener una relación positiva consigo mismas, mayor sentido

de logro y sororidad, así mismo, es importante sanar el dolor provocado por la opresión patriarcal de la cultura desde un enfoque social y personal.

### **Método**

#### **Población**

Se empleó un tipo de muestra no probabilística, de tipo propositiva (Hernández et al., 2014). Se trabajó con una población de 76 mujeres, de las cuales, 38 fueron pertenecientes a una comunidad Otomí y 38 residentes de la zona centro de Toluca. El rango de edad de las participantes se encontraba entre los 60 y 72 años. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor de 60 años, que tuvieran la disposición de contestar el instrumento y ser bilingües con dominio del español. El criterio de exclusión fue que el participante careciera de habilidades cognitivas para la comprensión de los ítems o mostrará una actitud apática a contestar el instrumento. El criterio de eliminación consistió en identificar a los participantes que contestaron menos del 95% del instrumento.

Es importante señalar que en un inicio se contó con una muestra integrada por hombres y mujeres; sin embargo, en virtud de que sólo participaron 5 hombres en zona indígena y 23 en zona no indígena, se pensó que el sexo podría ser un factor que sesgara los resultados, en tanto que las mujeres tienen una mayor tendencia a la depresión; por tanto, se tomó la decisión de trabajar sólo con mujeres.

#### **Instrumento**

La Depresión fue evaluada mediante el Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage de Brink, Yesavage, Lum Heersema, Adey y Rose (Yesavage, 1988) en su versión reducida de 15 ítems con una calificación dicotómica (sí/no). Clasifica la depresión en tres niveles: ausente, leve y establecida. Es un instrumento traducido al español y validado en Colombia, Ecuador, España y México. Para población mexicana se obtuvo una estructura unidimensional que explica el 55 % de la varianza y una confiabilidad Alpha ordinal = .94; por tanto, se considera adecuada (Salgado Cedano et al., 2024).

#### **Procesamiento de la información**

Para la recolección de la información, el primer paso fue realizar la solicitud para la aplicación de instrumentos en instituciones que ofrecen servicios a adultos mayores, tales como el Sistema Municipal DIF de Toluca y Grupos de Alfabetización del Municipio de Temoaya; una vez recolectada la información, se construyó la base de datos, se empleó el Software SPSS en su versión 26. Como primer paso, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la población de acuerdo al nivel de depresión y posteriormente se evaluó la normalidad de los datos. Los resultados de dicho análisis señalan un valor de Asimetría/ Error Estándar de la Asimetría = -2.43 y Curtosis/ Error estándar de la curtosis = 0.152 en el grupo de mujeres adultas mayores pertenecientes a una comunidad indígena; por otra parte, se encontraron valores de Asimetría/ Error Estándar de la Asimetría = -0.451 y Curtosis/ Error estándar de la curtosis = -0.293 en el grupo de mujeres no pertenecientes a una comunidad indígena; por tanto, es posible afirmar que ambos grupos presentan una distribución normal (Tabachnick y Fidell, 2013). En consecuencia, se seleccionó

la prueba T de Student como la más pertinente para realizar una comparación entre las adultas mayores pertenecientes a pueblos originarios y no pertenecientes a pueblos originarios.

Una vez obtenidos los resultados de la Prueba T de Student, se estimó el tamaño del efecto mediante la D de Cohen. Finalmente, como parte de las consideraciones éticas, se entregó un informe de resultados a las instituciones que permitieron el acceso a la población; además, los casos identificados con depresión fueron canalizados para su atención.

### Resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos. En la Tabla 1 es posible observar la distribución de frecuencias multivariadas entre los niveles de depresión identificados en el Test de Depresión de Yesavage y los factores psicosociales asociados teóricamente a dicha variable. Los resultados señalan frecuencias de depresión moderada a severa mayores en mujeres adultas mayores que se dedican al hogar, son viudas, viven con los hijos y tienen un nivel de escolaridad de primaria o analfabetismo.

**Tabla 1**

*Tabla de contingencia de los factores psicosociales y niveles de depresión de adultas mayores*

	Sin síntomas depresivos	Depresión leve	Depresión moderada a severa	Total
<b>Ocupación</b>				
Jubilada	2	4	10	16
Empleada	0	3	3	6
Hogar	4	14	34	52
Autoempleo	0	1	1	2
<b>Estado civil</b>				
Casada	1	15	14	30
Soltera	1	2	8	11
Viuda	3	4	23	30
Divorciada	1	1	3	5
<b>Vive con</b>				
Hijos	1	4	17	22
Nietos	0	1	2	3
Pareja	0	8	7	15
Otro	0	2	6	8
Hijos y nietos	1	3	7	11
Sola	3	0	5	8
Hijos, nietos y pareja	1	3	3	7
hijos y nietos	0	1	1	2

	Sin síntomas depresivos	Depresión leve	Depresión moderada a severa	Total
<b>Escolaridad</b>				
Analfabetismo	0	7	15	22
Primaria	3	6	19	28
Secundaria	0	2	8	10
Bachillerato	0	0	1	1
Licenciatura	2	5	3	10
Posgrado	1	2	2	5
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>48</b>	<b>76</b>

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos del análisis

En la Tabla 2 es posible apreciar la distribución de porcentajes y frecuencias de los niveles de depresión de adultas mayores de acuerdo con la pertenencia a una comunidad indígena. El análisis muestra que las adultas mayores pertenecientes a una comunidad indígena presentan predominantemente niveles de depresión moderada a severa con un 78.9% a diferencia de aquellas no pertenecientes que presentan el 47.3% en el mismo nivel.

## Tabla 2

*Tabla de contingencia con porcentajes y frecuencias entre los grupos de mujeres adultas mayores pertenecientes y no pertenecientes a comunidades indígenas y niveles de depresión de adultas mayores.*

	Sin síntomas depresivos	Depresión leve	Depresión moderada a severa
Comunidad indígena	5.2% (2)	15.8% (6)	78.9% (30)
Comunidad no indígena	10.5 % (4)	42.1% (16)	47.3% (18)
<b>Total</b>	<b>7.9% (6)</b>	<b>29% (22)</b>	<b>63.1% (48)</b>

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos del análisis

Los resultados de la Prueba T de Student muestran que  $t(76) = 2.513$ ,  $p = .014$  en donde el grupo de mujeres Otomíes reportó una media más alta de depresión ( $M = 11.84$ ,  $DE = 3.26$ ) a diferencia de las mujeres no pertenecientes a un pueblo originario ( $M = 9.92$ ,  $DE = 3.39$ ,  $D \text{ cohen} = 0.58$ ). Por tanto, existe una diferencia estadísticamente significativa en la depresión de mujeres pertenecientes a una comunidad indígena y aquellas que no pertenecen a una comunidad indígena, identificando una media más alta en las que pertenecen a pueblos originarios; así mismo, se identifica un tamaño del efecto moderado

## Discusión

La depresión es un trastorno frecuente entre los adultos mayores; algunos de los factores sociodemográficos que se encuentran asociados teóricamente son: el apoyo social, pobreza, escolaridad y vivir en entornos con violencia. El apoyo social con el que cuentan las mujeres adultas mayores es determinante para la prevención de depresión en la última etapa de la vida (Bhamani et al., 2013; Chi y Chou, 2001; Li et al., 2019; Pérez y Arcia, 2008); tal factor es identificado en dos factores sociodemográficos, el estado civil y con quién vive. En el estado civil, se encuentra una frecuencia más alta de depresión moderada a severa en aquellas que se encuentran viudas, que se explica a partir del cambio en la dinámica familiar que se experimenta a partir de la pérdida de la pareja y cambiar un estilo de vida (Carter, 2018). Por otra parte, la frecuencia más alta de depresión moderada a severa se encuentra en las mujeres adultas mayores que viven con sus hijos; de acuerdo a Skirbekk y James (2014), el 11% de las personas mayores de 60 años han experimentado abuso o negligencia de los hijos; muchas veces causado por el estrés y sobrecarga que llegan a sufrir en su mayoría las hijas o nueras por el cuidado de los padres y los hijos (Liu et al., 2021). Además, dentro de la cultura mexicana, se ha asignado un rol familiar a las mujeres en torno a la sumisión, pasividad y domesticidad (Carbajal Reyes et al., 2019). Por tanto, es de esperar que este rol se perpetúe e incluso se acentuó durante la última etapa de la vida ante la ausencia de la pareja y la inserción en un nuevo núcleo familiar. En consecuencia, el apoyo social insuficiente que carezca de apoyo emocional, instrumental y reconocimiento contribuirá de manera significativa al desarrollo de depresión en el adulto mayor (Pérez y Arcia, 2008).

En cuanto a la ocupación, los resultados obtenidos, señalan una frecuencia más alta de depresión moderada a severa en adultas mayores que se dedican al hogar. En la cultura mexicana es habitual depositar en las mujeres funciones como el cuidado de los hijos y demás miembros (Carbajal Reyes et al., 2019); lo cual, dificulta la inserción a un entorno laboral en el que las mujeres obtengan alguna remuneración, pensión o que les brinde estabilidad económica y seguro médico (Juárez-Ramírez et al., 2014). Por tanto, frecuentemente se ven obligadas a subsistir mediante la agricultura o asistencia social (Goic et al., 2023; Guerrero y Villacres, 2021; Liu et al., 2024) afectando su autoestima y reforzando un sentimiento de dependencia que obstaculiza su desarrollo personal y mejora de calidad de vida.

La escolaridad de las adultas mayores es uno de los factores en los que se percibe una discrepancia importante; se observa mayor frecuencia de depresión moderada a severa en mujeres con escolaridad primaria y analfabetismo, tal planteamiento es congruente con diversas propuestas teóricas que señalan que la baja escolaridad afecta a nivel comunitario, estructural y personal, puesto que limita la participación social de las mujeres al reducir significativamente las oportunidades laborales y generar dependencia económica (Kaur et al., 2015; Kim et al., 2014; Ma et al., 2015; Mishra et al., 2020; Sanjay et al., 2020; Zhang, 2020); además, afectan el autoestima y orientan al aislamiento social, lo cual se ve reflejado en un envejecimiento negativo y mayor riesgo de depresión (Kim et al., 2014).

La prevalencia de depresión en adultos mayores se identifica alrededor de 40%, (Aguilar-Navarro, 2007; Canto y Castro, 2004; Dezutter et al., 2013; García y Tobías, 2001; Navas, 2013; Orosco, 2015; Salazar et al., 2015). Sin embargo, en mujeres mayores de sesenta años, se identifican porcentajes aún mayores que van desde 59.3% al 67.1% (Carranza-Lira y Palacios-Ramírez, 2018; Márquez Cardoso et al., 2005); tales resultados son congruentes con los encontrados en la presente investigación, puesto que se reporta una frecuencia de depresión en mujeres adultas mayores del 63.1%. Sin embargo, al clasificar la población en población perteneciente a un pueblo originario y no perteneciente a un pueblo originario, encontramos un porcentaje de depresión moderada a severa de 78.9%; en mujeres indígenas mayores de 60 años, en contraste con el 47.3% de la población no perteneciente a este grupo.

La diferencia en el porcentaje de depresión de adultas mayores pertenecientes a un grupo originario y no pertenecientes encuentra fundamento en el contexto en el que se encuentran las mujeres; ya que condiciones como la pobreza (Goic et al., 2023; Guerrero y Villacres, 2021; Liu et al., 2024); la violencia (Liu et al., 2021), el analfabetismo y falta de apoyo social (Bhamani et al., 2013; Chi y Chou, 2001; Li et al., 2019; Pérez y Arcia, 2008), favorecen el desarrollo de depresión en la última etapa de la vida.

### Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, es posible concluir que existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión de mujeres adultas mayores pertenecientes y no pertenecientes a pueblos originarios; siendo las primeras las que presentan mayor puntuación en depresión moderada a severa. Por otra parte, las condiciones socio personales asociadas a la mayor prevalencia de depresión fueron: vivir con sus hijos, viudez, dedicarse al hogar y una baja escolaridad. Lo cual permitió inferir con base en estudios antecedentes y los resultados obtenidos en la presente investigación que las condiciones sociales de las adultas mayores influyen en el nivel de depresión.

México es heredero de una gran diversidad cultural que prevalece hasta nuestros días gracias a la conservación de las costumbres y tradiciones de los pueblos originarios. A pesar de que en México se han promovido políticas públicas en beneficio de las comunidades indígenas, aún existen marcadas diferencias que se ven reflejadas en el nivel de depresión de mujeres adultas mayores pertenecientes y no pertenecientes a pueblos originarios.

Es necesario trabajar en la conformación de una red de atención a la salud mental; así como, en el diseño de políticas públicas que promuevan el bienestar social y personal a través de la prevención, atención a las causas de la violencia y servicios de salud en las comunidades, pero, además, que disminuyan la pobreza y analfabetismo. Los datos obtenidos en la presente investigación tienen como finalidad coadyuvar en la toma de decisiones de programas de intervención dirigidos a grupos vulnerables como las mujeres adultas mayores que pertenecen a pueblos originarios.

## Referencias

- Aguilar-Navarro, S. (2007). La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 143(2), 8.
- Alfonso, L. F., Soto, D. C., y Santos, N. A. F. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67136>
- Arboleda, E. D. N., Salcedo, D. R. N., y Delgado, J. R. M. (2024). Autopercepción de salud en una comunidad indígena en Imantag Ecuador. *Metanoia: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 10(1), 3-16. <https://doi.org/10.61154/metanoia.v10i1.3275>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5° ed.).
- Barberá, E., y Martínez, I. B. (2004). *Psicología y género*. Pearson Educación.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2237076/>
- Bhamani, M. A., Karim, M. S., y Khan, M. M. (2013). Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: A cross sectional study. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-181>
- Canto, H. G. P., y Castro, E. K. R. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270.
- Carbajal Reyes, A., Zanatta Colín, M. E., y Moysén Chimal, A. (2019). Estilos identitarios en mujeres víctimas de violencia conyugal: Diseño y validación de un instrumento. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(1), 116-135. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-85>
- Carranza-Lira, S., y Palacios-Ramírez, M. (2018). Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(6). [https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista\\_medica/article/view/1687](https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/1687)
- Chi, I., y Chou, K.-L. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(3), 231-252. <https://doi.org/10.2190/V5K8-CNMG-G2UP-37QV>
- Chisaguano Chisaguano, N. S., y Cueva Rubio, M. A. (2025). Roles de género y depresión en estudiantes universitarios. *ARANDU UTIC*, 12(2), 3283-3297. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1151>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2025). *Pobreza y población indígena en México* (Primera edición). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Editorial CONEVAL [https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Pobreza\\_Poblacion\\_Indigena.aspx](https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Pobreza_Poblacion_Indigena.aspx)
- Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S., y Luyckx, K. (2013). Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: A closer look at the role of integrity and despair. *Aging & Mental Health*, 17(7), 839-843. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.792780>
- Escalona, P. B., y Ruiz, M. A. O. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 38-46. <https://doi.org/10.48102/pi.v24i1.77>
- Fernández-Vasquez, K. J. (2024). Depresión en adultos mayores de comunidades indígenas en Purús, Ucayali, Perú. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 9(1), 6-11. <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/771>
- Freud, S. (1992). *Psicología de las masas y análisis del yo* (Obra original publicada en 1921). Amorrortu.
- García, S. M. J., y Tobías, F. J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27(7), 484-488. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78839-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78839-7)
- Goic, C. E., Pérez, J., Torres, S., Guentelicán, S. V., y Candía, O. P. (2023). Felicidad percibida en mujeres de tercera edad y su relación con el apoyo social, el bienestar, el funcionamiento social y la salud física. *Summa Psicológica UST*, 20(1), 4. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2023.20.548>
- Gómez-Restrepo, C., Rincón, C. J., y Urrego-Mendoza, Z. (2016). Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.005>
- González-García, V. L., y Domínguez-Puente, S. M. (2025). *Factores de riesgo y prevalencia de la depresión en adultos mayores en servicios de salud, en dos departamentos de Guatemala, durante el periodo de julio a diciembre, 2024* [Tesis de Maestría, Universidad Galileo]. <http://odoo014.soltecn.com/tesario/handle/123456789/1985>
- Granados-Martínez, A. (2022). Interseccionalidad en salud, pobreza y vulnerabilidad. *Papeles de población*, 28(111), 137-161. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/15796>
- Guerrero, E. E. S., y Villacres, N. de J. V. (2021). Bienestar psicológico y percepción de calidad de vida en adultos mayores indígenas del Ecuador. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 6(5), 1104-1117. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2732>
- Hasibuan, I. R., Sanusi, S. R., y Mutiara, E. (2020). The Relationship of Active Elderly Posyandu Visits and Family Support with the Quality of Life of the Elderly in the Work Area of Puskesmas in Ulak Tano, Paluta Regency, 2019. *International Journal of Research and Review*, 7(11). [https://www.ijrrjournal.com/archive\\_ijrr\\_vol.7\\_issue11.html](https://www.ijrrjournal.com/archive_ijrr_vol.7_issue11.html)
- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2024). *Mujeres, salud mental y suicidio* (Desigualdad en cifras, año 10, boletín núm. 4). <https://cedoc.inmujeres.gob.mx/Boletines.php>
- Jo, H., y Song, E. (2015). The effect of reminiscence therapy on depression, quality of life, ego-integrity, social behavior function, and activities of daily living in elderly patients with mild dementia. *Educational gerontology*, 41(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.899830>

- Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., y Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: Adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 284-290.
- Kaur, H., Kaur, H., y Venkateshan, M. (2015). Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International journal of medical science and public health*, 4(8), 1049-1053. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2015.21012015220>
- Kim, B.-S., Lee, D.-W., Bae, J. N., Chang, S. M., Kim, S., Kim, K. W., Rim, H.-D., Park, J. E., y Cho, M. J. (2014). Impact of illiteracy on depression symptomatology in community-dwelling older adults. *International psychogeriatrics*, 26(10), 1669. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001094>
- Kumari, A., y Sahu, S. (2023). Mental health and personality structure in adult and elderly women. *Indian Journal of Psychiatric Social Work*, 14(1), 14-19. <https://doi.org/10.29120/ijpsw.2023.v14.i1.200>
- Lakdawalla, Z., Hankin, B., y Mermelstein, R. (2007). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A Conceptual and Quantitative Review. *Revisión clínica de psicología infantil y familiar*, 10(1), 1-24. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0013-1>
- Lamas, M. (2013). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (Primera edición). Purrúa.
- Li, C., Jiang, S., y Zhang, X. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *Journal of affective disorders*, 248, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.032>
- Liu, J., Liu, Y., Pu, Y., y Zhang, T. H. (2024). Income, aging, and the gendered patterns of wellness: Physical health and subjective well-being in China. *Journal of Women & Aging*, 36(4), 343-358. <https://doi.org/10.1080/08952841.2024.2337967>
- Liu, Y., Li, H., Wu, B., Liu, X., Chen, H., Jin, H.-Y., y Wu, C. (2021). Association between primary caregiver type and mortality among Chinese older adults with disability: A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02219-5>
- Ma, L., Tang, Z., Sun, F., Diao, L., Li, Y., Wang, J., Feng, M., y Qian, Y. (2015). Risk factors for depression among elderly subjects with hypertension living at home in China. *International journal of clinical and experimental medicine*, 8(2), 2923. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4402903/>
- Magano, M. D., y Mothudi, H. (2023). Empowerment of Unemployed Women in Low Income Communities: A Wellness Perspective—Women Self-reliance for Sustainable Tomorrow in South Africa. En C.-H. Mayer, E. Vanderheiden, O. Braun-Lewensohn, G. Chen, K. Sueda, B. Mangoloth, S. Safdar, y S. Kim (Eds., pp. 477-490). *Women's Empowerment for a Sustainable Future*. Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-25924-1\\_29](https://doi.org/10.1007/978-3-031-25924-1_29)
- Márquez Cardoso, E., Soriano Soto, S., García Hernández, A., y Falcón García, M. P. (2005). Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*, 36(6), 345-346. <https://doi.org/10.1157/13079874>
- Mishra, S., Mishra, A. N., Singh, V., y Verma, V. (2020). Prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural community. *International journal of community medicine and public health*, 7(12), 4850-4853. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20205151>
- Nash, M. (2006). Identidades de género, mecanismos de subalternidad y procesos de emancipación femenina. *Revista CIDOB d'afers internacionals*, (73-74), 39-57. <https://www.cidob.org/publicaciones/identidades-genero-mecanismos-subalternidad-procesos-emancipacion-femenina>
- Navas, W. O. (2013). Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*, 70(607), 495-501.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). *Trastorno depresivo (depresión)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1998). *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/26-Esp%20Prog%20Serv%20Salud%20Mental.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Conceptos, Estrategias, Prácticas y Desafíos*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-pueblos-indigenas-america-conceptos-estrategias-practicas-desafios-0>
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 18(018), 91-104. <https://doi.org/10.26439/persona2015.n018.500>
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T., y Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460-470. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300007>
- Pérez, M. T., y Arcia, C. N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1-20.
- Rashmi, R., Srivastava, S., Muhammad, T., Kumar, M., y Paul, R. (2022). Indigenous population and major depressive disorder in later life: A study based on the data from Longitudinal Ageing Study in India. *BMC Public Health*, 22(1), 2258. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14745-x>
- Ríos-González, C. M., y Garcete, J. (2024). Prevalencia de trastornos mentales comunes en indígenas de cinco departamentos de Paraguay. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 16(2), 043-054. <https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/159>
- Salazar, A. M., Plata, S. J., Reyes, M. F., Gómez, P., Pardo, D., Ríos, J., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., y Pedraza, O. L. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(2), 176-183. <https://doi.org/10.22379/2422402225>

- Salgado Cedano, K. Y., Andrade Palos, P., Hernández Galván, A., González Arratia López Fuentes, N. I., Díaz Loving, R., y Velasco Rojano, A. E. (2024). Validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores mexicanos. *Informes Psicológicos*, 24(1), 123-135. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a08>
- Sanjay, T. V., Hafeez, N., Yannick Poulouse Puthussery, P., y Muralidhar, M. (2020). Geriatric Depression: Prevalence and Associated Factors in a Rural Community of Bengaluru. *Annals of Community Health*, 8(3), 16-20. <http://www.annalsofcommunityhealth.in/ojs/index.php/AoCH/article/download/242/182>
- Skirbekk, V., y James, K. S. (2014). Abuse against elderly in India—The role of education. *BMC public health*, 14(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-336>
- Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*, (6° Ed.). Pearson.
- Uscanga-Hermida, R., López-González, J., Ríos-Carrillo, P., y Heredia-Espinosa, A. L. (2025). Niveles de depresión y su relación con la edad y el sexo en adultos mayores de Boca del Río, Veracruz. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 15(30), 1-19. <https://doi.org/10.23913/ride.v15i30.2397>
- Velasco-Falla, C. Y. (2022). Desesperanza aprendida en adultos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 561-575. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3555](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3555)
- Villavicencio, M. E. F., Cardona, G. A. C., Pérez, G. J. G., López, M. G. V., y Barbosa, M. A. V. (2012). Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología da IMED*, 4(1), 649-661. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2012.v4i1.228>
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/120>
- Yesavage, J. A. (1988). Geriatric depression scale. *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 709-711.
- Zamora, E. V., Del Valle, M., Introzzi, I., y Richard's, M. M. (2020). Adaptación y evidencias de validez de la Escala de Estilos de Respuesta en niños argentinos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 16-22. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.2>
- Zhang, Q. (2020). The cost of illiteracy: A causal inference study on how illiteracy affects physical and mental health. *Health Education Journal*, 80(1), 54-66. <https://doi.org/10.1177/0017896920949894>



## Guía para la presentación de artículos

La revista electrónica del Centro de Investigaciones en Psicología de la Universidad de Morelia es una publicación semestral que se ocupa principalmente de la divulgación de investigaciones originales llevadas a cabo en los diferentes programas educativos de la Facultad de Psicología. También publica reflexiones desde una cosmovisión de la iglesia adventista del Séptimo Día y reseñas de libros que son considerados significativos para la formación profesional de los psicólogos.

Los autores interesados en someter un artículo para su publicación en la revista deben prepararlo de acuerdo con el Manual de Publicaciones de APA (en su última edición), en lo que refiere a normas de presentación y estilo. Todos los artículos deben estar precedidos de un resumen de una longitud máxima de 1,400 caracteres o 250 palabras en español e inglés. No está reglamentada la extensión de un artículo. Más bien incide en la determinación de su longitud, la naturaleza y el valor de información de su contenido.

Los artículos publicados en la Revista son originales, razón por la cual las normas de procedimiento de la Revista no permiten que un autor someta simultáneamente un mismo artículo a más de una publicación. Por lo tanto, los autores deben enviar artículos inéditos y abstenerse de hacerlo con aquellos que hayan sido publicados anteriormente como un todo o en una proporción sustancial y deben consultar con los editores en aquellos casos en que ya exista alguna publicación parcial de datos sobre los que se basa el contenido del artículo que desean publicar.

Cada uno de los artículos sometidos es leído en forma independiente por dos o más asesores académicos, quienes recomiendan su publicación o no, sobre la base de su contribución a la comunidad académica y científica interesada en el desarrollo de la psicología. Los asesores tienen la facultad de sugerir ajustes, por lo cual el editor puede solicitar que los autores realicen una revisión de su trabajo antes de determinar su publicación. El editor se reserva el derecho de hacer las modificaciones que sean necesarias para mantener el estilo de la revista.

La Revista no realizará pagos a los autores por los trabajos que se publiquen. Igualmente, no percibirá pagos por parte de quienes someten sus artículos con miras a su publicación.

Al decidir enviar su artículo, los autores deben tomar en cuenta que los trabajos publicados por la Revista, fundamentalmente se clasifican en tres tipos: 1) estudios o investigaciones originales, contextualizadas y relevantes, 2) Reflexiones teórico filosóficas, 3) Reseñas o revisiones de libros que son considerados significativos para la formación profesional de psicólogos.

Los artículos deben incluir o acompañar los nombres completos de los autores y su afiliación institucional. Los autores deben proveer al editor la dirección postal y electrónica.

## FORMATO DEL ARTÍCULO

NOTA: la redacción es respetando los lineamientos de APA en su última versión.

### TÍTULO

### TITLE

Nombre de autor <sup>1</sup> , Nombre de autor <sup>2</sup> , Nombre de autor <sup>3</sup> , Nombre de autor <sup>4</sup> , Nombre de autor <sup>5</sup>

### RESUMEN

*Resumen no estructurado del estudio, aspectos sobresalientes. (En itálica, espacio sencillo, sangría de 5 espacios en todos los párrafos.*

**Palabras clave:** palabra 1, palabra 2, palabra 3, palabra 4

### ABSTRACT

*Resumen del estudio, aspectos sobresalientes. (Tipe: italic, plane line, indentation, In whole paragraph.*

**Palabras claves:** palabra 1, palabra 2, palabra 3, palabra 4

Nombres y apellidos, cargo que desempeña, lugar/universidad donde trabaja, ORCID y correo electrónico.

### Introducción (primer nivel)

Aspectos contextuales y breve descripción del marco teórico. Todo el texto en Time New Roman 12, interlineado 1.15, sangría al primer renglón de cada párrafo de 5 espacios.

### Subtítulo de segundo nivel

En caso de incluir subtítulos en una sección, estos serán centrados sin negrilla.

---

<sup>1</sup>Nombre de autor 1, cargo o estudio, Institución de afiliación, estado, país, correo electrónico

<sup>2</sup>Nombre de autor 2, cargo o estudio, Institución de afiliación, estado, país, correo electrónico

<sup>3</sup>Nombre de autor 3, cargo o estudio, Institución de afiliación, estado, país, correo electrónico

<sup>4</sup>Nombre de autor 4, cargo o estudio, Institución de afiliación, estado, país, correo electrónico

<sup>5</sup>Nombre de autor 5, cargo o estudio, Institución de afiliación, estado, país, correo electrónico

### **Subtítulo de tercer nivel**

Subtítulo de cuarto nivel. En caso de requerirse un tercer subtítulo dentro de una sección, estos serán cargados a la izquierda con negrilla.

### **Método**

Especificar el tipo de estudio al que pertenece. Descripción clara de la muestra, seguido de la descripción de los instrumentos utilizados para realizar el estudio. Incluyendo el procedimiento que se siguió.

### **Resultados**

Resultados obtenidos a través de los análisis estadísticos correspondientes según las variables. Datos descriptivos más los métodos estadísticos aplicados. Incluir tablas y gráficas (entre dos y cuatro) si es necesario.

### **Discusión**

Explicación de los resultados a la luz del marco teórico

### **Conclusiones**

Consideraciones finales de los hallazgos de la investigación.

### **Referencias**

Todas las referencias deben estar apegadas al formato APA en su última edición.

**Apéndices:** solo si aplica.

NOTA: las publicaciones periódicas consultadas no deben ser mayores a cinco años; sólo entra como excepción la referencia de una fuente considerada como *clásica*. En la consulta de libros debe cuidarse no ser mayores a 10 años.



Facultad de Psicología  

---

Universidad de Morelos

[psicosophia.um.edu.mx](http://psicosophia.um.edu.mx)