



PSICO SOPHIA

Vol.4. No.1

Revista Electrónica de la Facultad de Psicología
de la Universidad de Morelos



Director de la revista: Carlos Marcelo Moroni

Editor: Mar Benedicto Elizondo Smith

Editores asociados: Zandra Covarrubias Quintero y Josué M. Maya Martínez

Comité Científico: Luis Arturo Ramón Sotelo, Brenda Tabardillo Vázquez, Martín Hernández Cruz, Lucio A. Olmedo Espinosa y Miguel Ángel Alemany

El comité editorial está compuesto por el director de la revista, el editor, los editores asociados y el comité científico.

PSICOSOPHIA, año 4, No. 1, Enero-Junio 2022, 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, cipfapsi@um.edu.mx Editor responsable: Mar Benedicto Elizondo Smith. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2023-061512303400-102, ISSN: “en trámite”, 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 junio de 2023..

Índice

Análisis correlacional de índices de calidad de sueño, niveles de somnolencia diurna e indicadores de ansiedad en estudiantes de la carrera de médico cirujano de una universidad privada del norte de México	1
La preferencia musical y su relación con los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes	8
Salud espiritual, agresividad y resiliencia en una muestra de jóvenes adventistas mexicanos	21
Guía para la presentación de artículos.....	23
Formato del artículo.....	24

ANÁLISIS CORRELACIONAL DE ÍNDICES DE CALIDAD DE SUEÑO, NIVELES DE SOMNOLENCIA DIURNA E INDICADORES DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE DE MÉXICO

Luis Arturo Ramón Sotelo ¹
Tomás Felipe Cahuich Cahuich ²
Alexis Leonardo De la Rosa Ribón ³
Keylah Jerónimo Antonio ⁴
Irma Estrella Oviedo Hernández ⁵
Kelly Dariana Rivera Escobar ⁶

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo estudiar los efectos de la calidad de sueño sobre la somnolencia diurna y los niveles de ansiedad que pudieran presentarse en alumnos universitarios de la carrera de médico cirujano de una universidad privada del norte de México. Este estudio fue descriptivo, cuantitativo, transversal y correlacional. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para encuestar a 82 alumnos entre hombres (n = 34) y mujeres (n = 48). Para medir las variables del estudio se utilizó el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh, la Escala de Somnolencia Epworth y el Inventario de Ansiedad de Beck. Algunos de los principales hallazgos son el 46.3% de los estudiantes merecen atención médica debido a la calidad de sueño que refieren, 63.4% tiene niveles normales de somnolencia y 40.2% reportaron ansiedad leve. Además, Se encontró una correlación entre la calidad de sueño y los niveles de ansiedad.
Palabras clave: calidad de sueño, somnolencia diurna, ansiedad

ABSTRACT

The objective of this research subject was to study the effects of sleep quality on daytime sleepiness and anxiety levels found in medical surgeon major students of a private university in northern Mexico. A sample of 82 students was taken, which were taken in a non-probabilistic manner with a total of 48

¹Luis Arturo Ramón Sotelo, Catedrático de la Facultad de Psicología de la Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México, ramonlui@um.edu.mx

²Tomás Felipe Cahuich Cahuich, Catedrático de la Facultad de Educación de la Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México, tomca@um.edu.mx

³Alexis Leonardo De la Rosa Ribón, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México, aldlrr@hotmail.com

⁴Keylah Jerónimo Antonio, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México, keylahjeruni@gmail.com

⁵Irma Estrella Oviedo Hernández, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México, estrellaoviedo1234@gmail.com

⁶Kelly Dariana Rivera Escobar, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México, 1180763@alumno.um.edu.mx

women (58%) and 34 men (42%). Three instruments were used to measure the variables, which are the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Epworth Sleepiness Scale and the Beck Anxiety Inventory. It was found that 46.3% of the students deserve medical attention due to the poor sleep quality they reported, 63.4% have normal levels of sleepiness, and 40.2% reported mild anxiety. A correlation was found between sleep quality and levels of anxiety.

Key words: sleep quality, daytime sleepiness, anxiety

Introducción

El dormir es considerado como esencial para el funcionamiento cotidiano y para un estado de salud óptimo. Aun sabiendo esto, las personas duermen cada vez menos, a causa de diferentes factores y circunstancias, entre las que resaltan las actividades laborales, el estrés, las demandas sociales, las creencias erróneas sobre el sueño, los excesos en el uso de dispositivos electrónicos, los turnos laborales rotatorios, entre otros. La disminución en la cantidad y calidad de sueño puede llevar a un deterioro de la salud y una disminución significativa en la calidad de vida (Jiménez y Arana-Lechuga, 2019).

Los seres humanos al nacer tienen una necesidad elevada de número de horas de sueño, estimándose que un recién nacido necesita dormir unas 16 a 18 horas por día; las mismas que van disminuyendo progresivamente con el paso del tiempo hasta estabilizarse en alrededor de 8 horas al día en los adultos normales y reduciéndose conforme se envejece, hasta terminar en alrededor de 6 horas diarias de sueño. Se ha discutido mucho acerca de la función del sueño, antes se consideraba que las horas de sueño, eran horas perdidas e improductivas. Sin embargo, actualmente conocemos que el sueño cumple variadas funciones de acuerdo a la edad y al individuo. En niños pequeños el crecimiento y la maduración neurológica se realizan durante el sueño; a lo largo de toda la vida el sistema inmunitario se repara durante las horas de sueño, así como se lleva a cabo la consolidación de la memoria, la regulación de la temperatura corporal y el metabolismo; entre otras funciones (Lira y Custodio, 2018).

De acuerdo con García y Navarro (2017), la importancia de las consecuencias de la falta de sueño no es nada desdeñable, pudiendo variar desde un notable descenso del rendimiento laboral/académico hasta un aumento de accidentes y una mayor predisposición a la enfermedad. El insomnio mantenido es un factor de riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo, ansiedad, consumo de sustancias y depresión mayor. También se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre insomnio y varias condiciones médicas como artritis, reflujo gastroesofágico, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad obstructiva pulmonar, diabetes, problemas de próstata, alteraciones músculo-esqueléticas, entre otras condiciones.

Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más relevantes de las sociedades occidentales. La importancia de una buena calidad del sueño no solamente es fundamental como factor determinante de salud sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida. La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que incluye también un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas) (Sierra et al., 2002)

Por otra parte, Suardíaz-Muro et al. (2020) comentan que los estudiantes universitarios están expuestos a padecer con más frecuencia problemas de sueño. En esta población se añaden algunos factores específicos. Por un lado, las exigencias académicas inherentes a los estudios universitarios, que suponen más dedicación y esfuerzo que en las etapas precedentes y, por otro, las extraacadémicas (por ejemplo, trabajar para

mantenerse o ayudar a ello), que implican un esfuerzo añadido. El uso de sustancias psicotrópicas y de algunas tecnologías modernas son también factores a tener en cuenta en la génesis de dichos problemas de sueño.

Se considera que la ausencia de sueño induce a alteraciones conductuales y fisiológicas que son asociadas a una deuda crónica y un déficit de sueño acumulado. Este déficit de sueño se fundamenta en una pobre calidad de este, expresada en la somnolencia diurna excesiva (SDE). Reducciones diarias relativamente modestas del tiempo de sueño (aproximadamente entre 1 o 2 horas) pueden acumularse a través de los días para inducir lo que se ha denominado como una deuda crónica de sueño; la cual puede conducir al problema de la SDE. Los problemas de SDE y baja calidad del sueño han sido especialmente reportados en estudiantes de campos de dominio relacionados con los estudios en salud. Sin embargo, existen otras poblaciones en las que se reconoce la presencia de algún trastorno del sueño entre las que se encuentran personas que trabajan en la noche, los adultos mayores y los estudiantes universitarios en general, siendo la población joven la que tras el ingreso a la vida universitaria parece representar un mayor riesgo de padecer problemas de SDE y pobre calidad del sueño. La alta exigencia académica y la adaptación a la vida universitaria, que caracteriza el ingreso y permanencia en una carrera de educación superior, parece traer consigo un aumento de responsabilidades para el estudiante que lo predispone a la privación de un sueño de calidad, mayor vulnerabilidad al estrés académico, alteraciones en los hábitos y calidad de vida (De la Portilla et al., 2019).

En lo referente a las ocupaciones, los médicos y estudiantes de medicina son dos de los grupos en los que se registran niveles de insomnio más altos (45-47%), seguidos de conductores de autobuses, trabajadores de la limpieza y profesores, todos ellos con un 18%. Cabe destacar que hasta un 20% de la población laboral realiza trabajos por turnos los cuales fomentan trastornos del sueño como el insomnio. La prevalencia entre estudiantes universitarios de trastornos de sueño se sitúa en torno al 70%, lo que los hace un

problema muy importante en este estrato de la población (García y Navarro, 2017).

Método

Esta investigación fue de tipo descriptiva, cuantitativa, transversal y correlacional.

Población

La población de la investigación estuvo conformada por alumnos de primero a cuarto grado de la carrera de medicina de una universidad privada del norte de México.

Muestra

La muestra constió de 82 alumnos inscritos en la carrera de médico cirujano de una universidad privada del norte de México. La muestra fue tomada de forma no probabilística teniendo como total 58% mujeres ($n = 48$) y 42% hombres ($n = 34$).

La muestra fue bajo un modelo no probabilístico de conveniencia (Hernández et al., 2014). En el análisis de la base de datos se tuvieron que eliminar algunos encuestados por no cumplir con los requerimientos completos de la evaluación, por lo tanto, la muestra final fue de $N = 82$ estudiantes, conformada por 48 mujeres (58 %) y 34 hombres (42%), con un rango de edad de 17 a 29 años ($M = 20.7$, $DE = 2.49$), donde el segundo grado tuvo mayor representatividad con 29 estudiantes y con menor representatividad el tercer grado con 14 estudiantes. En cuanto a la residencia, participaron 29 internos (35.36%) y 53 externos (64.6%).

Instrumentos

Para medir las variables de esta investigación se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Somnolencia Epworth.

El Índice de Calidad de sueño validado en Colombia por Schmalbach et al. (2005), es un instrumento de evaluación directa y autoaplicada con preguntas correspondientes a los factores involucrados en la calidad del dormir (Buysee, et al., 1989).

El ICSP contiene 19 reactivos que evalúan 7 dimensiones relacionadas con la calidad de sueño ($\alpha = 0.72$). Dichas dimensiones son: calidad de sueño subjetiva, latencia de sueño, duración del dormir, eficiencia de sueño, alteraciones del

sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. Cada uno de los componentes se puntúa del 0 a 3, en la suma de todos los puntajes en total puede oscilar entre 0 a 21, a mayor puntuación, peor calidad de sueño. (Mollayeva, et al., 2016)

La Escala de Somnolencia, validada en México por Jiménez et al. (2009), es un instrumento autoaplicable de ocho reactivos ($\alpha = 0.80$) desarrollados por Johns para evaluar la propensión a quedarse dormido en ocho situaciones, en su mayoría monótonas y algunas más soporíferas que otras, las cuales son: sentado y leyendo; viendo televisión; sentado, inactivo en un lugar público; como pasajero de un carro en un viaje de 1 hora sin paradas; estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten; sentado y hablando con otra persona; sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol y en el carro estando parado por el tránsito por unos minutos. El sujeto responde cada reactivo en una escala de 0-3, donde 0 significa nula probabilidad de quedarse dormido y 3 alta probabilidad. La suma de las calificaciones en cada reactivo proporciona la calificación total, con un rango de 0-24. Una puntuación total menor de 10 es considerada normal, 10-12 como indicativa de somnolencia marginal y por arriba de 12 sugestiva de somnolencia excesiva, lo que nos indica que a mayor puntuación mayor somnolencia (Sandoval- Rincón, et al., 2013).

Y por último el Inventario de ansiedad de Beck, validado en población mexicana por Vázquez et al. (2015), es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa ($\alpha = 0.94$). Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo).

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por el individuo y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. La puntuación total se traduce de 0 a 7 como un

nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave (Sanz y Navarro, 2003).

Recolección de datos

Para llevar a cabo este estudio, se identificaron los grupos con los cuales se trabajaría, estos son, primero, segundo, tercero y cuarto año. Posteriormente se aplicaron las pruebas utilizando un formato digital.

Resultados y Pruebas de hipótesis

En esta investigación participaron 82 universitarios con un promedio de edad de 20 años

Descripción de resultados por prueba

Índice de Calidad de sueño

Fue posible demostrar el supuesto de normalidad (coeficiente de Shapiro-Wilk = 0.921, $p = .124$), posteriormente a ello conocemos la media que obtiene el valor de 7.50 lo que en la indica que merece atención médica, debido a que se encuentra en un rango de 6-8.

Escala de Somnolencia

Primero comprobamos la normalidad de la variable dando como resultado que valor de P de Shapiro-Wilk = 0.009, lo que demuestra que no hay normalidad, dato que nos lleva a la asimetría, lo que determina que es positiva (0.690), llevándonos a la media con un valor de 8.00 que traducido a interpretación es somnolencia normal debido a que se encuentra en el rango de <10.c.

Ansiedad

La normalidad de esta variable según el valor de Shapiro-Wilk es de <.001 que indica que no se encuentra en el rango de normalidad, teniendo en cuenta esto comprobamos con la asimetría si tiene un valor positivo o negativo, en este caso (0.727) se indica como positivo y se obtiene un promedio de 17.1, pero de igual manera tomamos en cuenta la media (15) la cual nos indica que los niveles de ansiedad son Ansiedad leve.

Resultados de correlación

Los resultados totales del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh muestran que un total de 14.6% (12 personas) de los encuestados no presentan problemas de sueño, 37,8% (31 personas) merecen

atención médica, 46.3% (38 personas) merecen atención médica y tratamiento, y 1.2% (1 persona) presenta problemas de sueño graves. (Resultados basados en tabla de clasificación elaborada por Padilla y Ojeda, 2018)

Los datos de la Escala de Epworth revelan que un total de 63.4% (52 personas) de los encuestados totales poseen somnolencia normal, 12.2% (10 personas) presentan somnolencia marginal y 24.4% (20 personas) poseen somnolencia excesiva.

A partir de los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck, se encontró que un total de 12.2% (10 personas) de los encuestados registraron ansiedad mínima, 40.2% (33 personas) de los encuestados resultaron con ansiedad leve, 35.4% (29 personas) presentaron ansiedad moderada y 12.2% (10 personas) mostraron ansiedad severa. Se encontró que existe una relación entre la calidad de sueño y somnolencia (Rho de Spearman 0.351). Se encontró que la correlación es significativa.

Prueba de hipótesis

HO1: No existe relación entre la calidad de sueño y somnolencia diurna, en estudiantes universitarios de la carrera de medicina. Existe correlación significativa entre la calidad de sueño y somnolencia diurna (Rho de Spearman 0.351). Existe una correlación de efecto grande, lo cual significa que a mayor puntaje de calidad de sueño, la somnolencia diurna será mayor.

HO2: No existe relación entre la calidad de sueño y ansiedad, en estudiantes universitarios de la carrera de medicina. Existe correlación significativa entre calidad de sueño y ansiedad (Rho de Spearman 0.393). Existe una correlación de efecto grande, lo cual significa que entre mayor sea el puntaje de calidad de sueño, mayor será la ansiedad.

HO3: No existe relación entre la ansiedad y la somnolencia diurna, en estudiantes universitarios de la carrera de medicina. Existe correlación significativa entre ansiedad y la somnolencia diurna (Rho de Spearman 0.497). Existe una correlación de efecto grande, lo cual significa que entre mayor sea el puntaje de ansiedad mayor será la somnolencia diurna.

Para analizar la correlación que existe entre nuestras variables, usamos el valor de Spearman y la magnitud de efecto, en las cuales se encontró un

puntaje mayor que .243, lo cual nos indica que tiene un efecto grande.

Tomamos por referencia la tabla del libro Applied Statistics de Rebecca M. Warner, en la cual se describen 3 rangos de correlación, las cuales se dividen en efecto pequeño de .0 a .05, efecto medio de .06 a .243 y efecto grande de .244 a .707.

De acuerdo con los resultados obtenidos de la muestra, existe una correlación con efecto grande entre la calidad de sueño y somnolencia diurna (puntaje de 0.351).

De igual manera encontramos que hay correlación con efecto grande entre la somnolencia diurna y la ansiedad (valor de 0.497). Existe de igual manera correlación significativa entre la calidad de sueño y ansiedad, que entra dentro del efecto grande por la puntuación mayor a .243 (0.393).

Discusión

Esta investigación estuvo enfocada al análisis de la calidad de sueño, somnolencia diurna y ansiedad en estudiantes universitarios de la carrera de médico cirujano en una universidad privada del norte de México.

Los resultados muestran que los encuestados no reflejan índices significativos de somnolencia excesiva (24.4%), sin embargo, presentan una calidad de sueño que merece atención médica y tratamiento (46.3%). En cuanto a la ansiedad los hallazgos fueron similares a los encontrados en la calidad de sueño.

No se encontró una diferencia significativa en la calidad de sueño entre los estudiantes internos y externos.

Según la investigación realizada en ocho universidades de medicina en Perú, por Vilchez et al (2016). Se encontró cierta similitud con esta investigación pues, los resultados revelan que más del 50% de la población (77.7%) tienen problemas de sueño, ellos lo catalogan como malos dormidores, al igual que se mostró que los estudiantes de primer año de la carrera de medicina tienen mala calidad de sueño con un porcentaje muy significativo (81.1%) y hacen una correlación con el estrés la cual revela que hay un 26% de relación la una con la otra. En la investigación presente se encontró que más del 50% (85.3%) tienen problemas de sueño al igual que la investigación

anterior y se han catalogado en, merece atención médica, merecen atención médica y tratamiento y problemas de sueño graves.

En la investigación realizada por Loo et al. (2010) en alumnos de la carrera de medicina de la Universidad de San Martín de Porres, una universidad de Perú, los resultados muestran similitud con respecto al porcentaje de la muestra que padece de somnolencia excesiva (26%), comparado con el 24,4% de los resultados de nuestra investigación. Mientras que en el caso de la investigación propia se usaron cuatro grados de la carrera de medicina, la investigación de Loo solo utilizó el tercer y cuarto grado de la carrera.

De acuerdo con la investigación hecha por Vélez et al. (2008) se encontró que la presencia de ansiedad es más prevalente en mujeres, lo cual no concuerda con los hallazgos de ésta investigación. Aunque sí se encontró ansiedad en la población femenina de esta investigación no se encontró una diferencia significativa con los varones. Esto puede ser debido al tamaño de la muestra de esta investigación por lo cual es recomendable explorar las variables de somnolencia diurna, calidad de sueño y ansiedad en una muestra más grande.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio muestran que la mayor parte de la población estudiada tiene una calidad de sueño que merece atención médica, y presenta ansiedad en un nivel leve. Así mismo la mayor parte presenta índices de somnolencia normal.

Se encontró también que existe una correlación importante entre la mala calidad de sueño y el aumento en los niveles de ansiedad.

Vale la pena mencionar que un porcentaje alto de la muestra estudiada (47.5%) requiere atención médica y tratamiento. Con base en estos resultados, se recomienda la implementación de programas de higiene del sueño y un seguimiento puntual de los alumnos, así como estrategias de prevención oportuna para el mejoramiento de la calidad de sueño.

Se recomienda realizar estudios en la misma línea añadiendo otras variables como atención dirigida, depresión y rendimiento académico.

Referencias

- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., TH, M., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). El sueño de Pittsburgh Índice de Calidad: un nuevo instrumento para la práctica de la psiquiatría y la investigación. *Psiquiatría Res*, 28, 193-213.
- De la Portilla S., Dussán C., Montoya, D., Taborda J. y Nieto, L. (2019). Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. *Hacia una Promoción de la Salud*, 24, 84-96. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.8>
- García López, S. J. y Navarro Bravo, B. (2017). Higiene del sueño en estudiantes universitarios: conocimientos y hábitos. Revisión de la bibliografía. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 170-178. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-169430>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a Edición). McGrawHill.
- Jiménez, B. y Arana Lechuga, Y. (2019). La importancia del sueño en la vida cotidiana. *Contactos, Revista de Educación en Ciencias e Ingeniería*, (112), 61-68. <https://contactos.izt.uam.mx/index.php/contactos/article/view/33>
- Lira, D. y Custodio, N. (2018). Sleep disorders and their complex relationship with cognitive functions. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 20-28. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>
- Loo, M. B. B., Zeballos, C. G., Peña, A. J. H., Loayza, I. P., Gonzales, M. A. y de Castro Mujica, J. R. (2010). Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 15(2), 54-58. <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/117>
- Mollayeva, T., Thurairajah, P., Burton, K., Mollayeva, S., Shapiro, C. M. y Colantonio, A. (2016). El índice de calidad del sueño de Pittsburgh como herramienta de detección

- de la disfunción del sueño en muestras clínicas y no clínicas: una revisión sistemática y un metanálisis. *Revisiones de Medicina del Sueño*, 25, 52-73.
- Padilla, E. y Ojeda, J. (2018). *Calidad de Sueño y Estrés Académico en Estudiantes Universitarios* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8411>
- Sandoval-Rincón, M., Alcalá-Lozano, R., Herrera-Jiménez, I. y Jiménez-Genchi, A. (2013). Validación de la escala de somnolencia de Epworth en población mexicana. *Gaceta Médica de México*, 149(4), 409-416.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 9(1), 59-84.
- Sierra, J., Jiménez-Navarro, C. y Martín-Ortiz, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25(6), 35-43. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/927
- Suardiaz-Muro, M., Morante-Ruiz, M., Ortega-Moreno, M., Ruiz, M. A., Martín-Plasencia, P. y Vela-Bueno, A. (2020). Sueño y rendimiento académico en estudiantes universitarios: revisión sistemática. *Rev Neurol*, 71(2), 43-53. <https://doi.org/10.33588/rn.7102.2020015>
- Vázquez, O. G., Castillo, E. R., García, A. M., Ponce, J. L. A., Avitia, M. Á. Á. y Aguilar, S. A. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 12(1), 51-58.
- Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C. y Ortíz, D. L. S. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Vilchez-Cornejo, J., Quiñones-Laveriano, D., Failoc-Rojas, V., Acevedo-Villar, T., Larico-Calla, G., Mucching-Toscano, S., Torres-Román, J. S., Aquino-Núñez, P. T., Córdova-De la Cruz, J., Huerta-Rosario, A., Espinoza-Amaya, J. J., Palacios-Vargas, L. B. y Díaz-Vélez, C. (2016). Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(4), 272-281. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000400002>
- Warner, R. M. (2020). *Applied statistics I: Basic bivariate techniques*. Sage Publications.

LA PREFERENCIA MUSICAL Y SU RELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Ismael Nivardo Castillo Arana¹
Martha Isabel Diaz Valladares²
Lucio Abdiel Olmedo Espinosa³

RESUMEN

Utilizando los índices de ansiedad y depresión de Beck y test de preferencia musical STOMP de los doctores Rentfrow y Gosling, se pretende buscar una relación, si es que existe, entre la preferencia musical y los síntomas de la depresión y ansiedad. Dado el crecimiento de adolescentes con dichos síntomas, y usando una población de 52 alumnos adolescentes de la preparatoria local de la Universidad de Montemorelos se busca encontrar alguna relación de preferencia con la música con la que encuentran más afinidad y los síntomas de depresión y ansiedad.

Una vez compilada la información de cada test de los participantes, se encontró una relación nula entre la preferencia musical y los síntomas de depresión y ansiedad en esta población.

Palabras clave: preferencia musical, depresión, ansiedad, STOMP, adolescentes

ABSTRACT

Using the Beck anxiety and depression indices and the STOMP music preference test by doctors Rentfrow and Gosling, the aim is to find a relationship, if it exists, between musical preference and symptoms of depression and anxiety. Given the growth of adolescents with these symptoms, and using a population of 52 adolescent students from the local high school of the University of Montemorelos, we seek to find some relationship of preference with the music with which they find more affinity and the symptoms of depression and anxiety.

Once the information from each participant's test was compiled, a null relationship was found between musical preference and symptoms of depression and anxiety in this population.

Keywords: musical preference, depression, anxiety, STOMP, adolescents

¹Ismael Nivardo Castillo Arana, Licenciado en Música con especialidad en Educación Musical, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, ismael.nivardo@gmail.com

²Martha Isabel Diaz Valladares, Catedrático de la Escuela de Música, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, mdiaz@um.edu.mx

³Lucio Abdiel Olmedo Espinosa, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, lucioolmedo@um.edu.mx

Introducción

“El sonido y la música nos producen emociones ¿Quién no lo ha experimentado en alguna ocasión? Las emociones modifican nuestra fisiología, alteran nuestro ritmo cardiaco, nuestras pulsaciones, nuestras hormonas, y percibimos esas sensaciones de bienestar, felicidad, alegría, tristeza, melancolía... Una canción alegre puede excitarnos y proporcionarnos unos minutos de felicidad y una canción triste puede inducirnos a un estado melancólico. Pero, también, una música suave y armónica comparte nuestro tiempo de estudio, de reflexión, de meditación y una música rítmica es ideal para estimularnos mientras practicamos ejercicio físico”. Esta frase, del libro Música y neurociencia, encapsula la idea que se busca en este proyecto. Esta investigación tiene por propósito encontrar qué relación existe entre la preferencia musical y los síntomas de la depresión y ansiedad en adolescentes, tomando como muestra de la población a la preparatoria Ignacio Carillo Franco. Para esta investigación, se utilizaron instrumentos diseñados por psicólogos reconocidos, con los cuales se evaluará cada aspecto en búsqueda de encontrar dicha relación. Este trabajo se aproxima a la línea de investigación de la música y la psicología, que está liderada por la Maestra Martha Diaz.

La preferencia musical, en conjunto con la ansiedad y depresión, son elementos que muchas veces pueden parecer no medibles o subjetivos. Sin embargo, psicólogos, neurólogos y musicoterapeutas dedicados a estudiar a profundidad estos temas, han elaborado tests, que no solo pueden medir estos estados emocionales y psicológicos, si no que se pueden establecer correlaciones entre ellos (Beck, 2009; Premuzic, 2021), y con esto conseguir más información sobre estos factores subjetivos que pueden parecer un misterio.

Los trastornos de la depresión y ansiedad no son poca cosa, y según Mental Health America los números de los afectados dentro de las edades de adolescencia se incrementaron considerablemente en el año 2021. Dada esta realidad, surge la pregunta acerca del poder de la música sobre la mente, estos trastornos, y otros elementos. Según la universidad de NorthShore se ha probado que la

música tiene efecto en los rincones más profundos de la mente, afectando como resultado lo que es el estrés, la depresión y la memoria, entre otros.

Dado estos resultados, y viendo el potencial que tiene la música en la salud mental, se plantea la siguiente hipótesis ¿Existe relación entre los diferentes tipos y géneros de la música con los síntomas de los trastornos de depresión y ansiedad?

La preferencia musical, la depresión y la ansiedad son aspectos de la mente y de la vida humana que frecuentemente se atribuyen como elementos misteriosos que nadie más que su dueño puede entender o como aspectos sin importancia, sin embargo, es una reducción simplista de estas patologías.

La depresión, la ansiedad y la preferencia musical son tres variables que se pueden medir y analizar con instrumentos cuantitativos. Estos instrumentos pueden ayudar a predecir sus fluctuaciones e intentar estabilizarlas (Beck, 2009; Premuzic, 2021).

Depresión

En ocasiones y en ciertos círculos sociales, la depresión se ve con la seriedad que se debe. Se juzga como un estado de ánimo pobre, tristeza o como una exageración de parte del afligido. En el 2021, el 13.84% de los adolescentes entre los 12-17 años en Estados Unidos, es decir 3,449,000 individuos, sufrieron por lo menos un episodio depresivo en lo que va del año (Mental Health America, 2021).

Durante mucho tiempo, la depresión se vio como una hostilidad en contra del individuo o del yo, siendo expresada en términos psicodinámicos como “hostilidad invertida contra el yo” (Beck, 2009). Por otro lado, Aaron Beck en 1950 logró profundizar el conocimiento de la depresión y logró formular un instrumento de detección y medición para esta. Usando el método de una recolección de síntomas y causas se logró estructurar una escala donde se ilustró la diversidad e intensidad de cada síntoma.

Beck llamó la atención a la cognición negativa, que consiste en pensamientos constantes, incorrectos y negativos atacantes del yo (Beck, 2009). Postuló que estos pensamientos o cognición negativa, no eran un síntoma de la depresión si no

que eran la causa misma de esta. Dando una noción más clara de lo que es la depresión y de esta forma poder llegar a entenderla mejor. Dentro de la cognición negativa, Beck propuso el fundamento de lo que sería su índice de depresión, formada por la tríada de cognición negativa: sobre el mundo, el futuro, y el yo.

Un ejemplo claro de esto se encuentra en un experimento que se realizó en la Universidad de Brown, donde tomaron los puntajes altos en la escala de depresión de los alumnos y encontraron que: El alumno que tiene pensamientos negativos sobre el mundo puede llegar a creer que no disfrutará de la clase. El estudiante que tiene pensamientos negativos sobre su futuro piensa que no podrá aprobar la clase. Y el estudiante que tiene pensamientos negativos sobre sí mismo, puede sentir que no merece estar en la universidad. (Brown et al., 1995).

Se puede entender que ya no se está hablando de tristeza o flojera provocada por un día nublado, sino que es un problema serio que afecta la percepción propia y el cómo se relaciona con el mundo en general.

Con base en lo anterior, se puede observar que el IDB (Índice de Depresión de Beck), con su estructura fundamentada en el mundo, el futuro y el yo, es un instrumento importante en el diagnóstico y combate de la depresión.

Ansiedad

Así como la depresión, la ansiedad no siempre se ha tomado como algo serio que debe ser cuidado. Durante el año 2018, la prevalencia de ansiedad en niños de edades de 3-17 años en Estados Unidos fue del 7.1%, es decir, aproximadamente 4.4 millones de niños (Mental Health America, 2021). La ansiedad también abre la puerta al desarrollo de otros trastornos emocionales como la depresión y trastornos del comportamiento (Ghandour et al., 2018). La ansiedad no es un problema que esté desapareciendo, sino que durante los años se han incrementado los diagnósticos (Bitsko et al., 2018).

Para poder diagnosticar la ansiedad se necesita analizar más de un componente. Estos componentes son el cognitivo, el somático, el afectivo y los componentes del comportamiento (Beck, et al. 1988).

En un inicio, Beck solamente incluye los componentes cognitivos y somáticos en su propuesta (Beck, et al., 1988), la subescala cognitiva proporciona una medida de pensamientos de miedo y funcionamiento cognitivo deteriorado y la subescala somática mide los síntomas de la excitación fisiológica. (Armstrong, Khawaja 2020). Desde que el inventario de ansiedad de Aaron Beck se introdujo, fueron implementadas diferentes estructuras factoriales que incluían diferentes dimensiones. Una de ellas es la de cuatro factores que fue implementada por Beck y Steer en pacientes ambulatorios. Estos factores incluyen componentes neurofisiológicos, autónomos, subjetivos y de pánico de la ansiedad (Beck, Steer, 1991). Fue en 1993 que estos mismos autores implementaron una estructura de 3 factores: subjetivo, somático y la subescala de pánico para diferenciar entre la muestra de pacientes clínicamente ansiosos (Beck et al., 1993).

En el Índice de ansiedad de Beck, existe un énfasis en la subescala somática pues, toma más de la mitad de los ítems del test para medir estos síntomas.

Los aspectos cognitivos, afectivos y componentes del comportamiento han sido menos enfatizados. Por esto es que el índice de ansiedad es el más útil en el diagnóstico de desórdenes de ansiedad con un alto componente somático, como en el trastorno de pánico. Pero por esto mismo el test de ansiedad no tiene el mismo éxito en trastornos de fobia social o trastorno obsesivo compulsivo, que tienen componentes de comportamiento cognitivo más fuerte (Creamer et al., 1995). Este index fue diseñado como un inventario para medir ansiedad clínica que minimice la superposición entre la depresión y la ansiedad. Muchos estudios han encontrado que tests de medición de ansiedad, como el State-Trait Anxiety Inventory, tienen una contaminación por lo que no se distingue entre ansiedad o depresión (Dahlquist et al., 1996). Pero el Index de Ansiedad de Beck se ha mostrado menos contaminado por elementos depresivos (Beck et al., 1988).

Preferencia musical

La psicología de la preferencia musical estudia los factores psicológicos que se relacionan con las inclinaciones musicales del individuo

(Schellenberg, et.al, 2012). La relación entre la personalidad y la preferencia musical siempre ha sido un punto de tensión dada las variables de la personalidad y la preferencia musical (Schäfer et al., 2017). Un meta análisis realizado en el 2017 por Schäfer y Mehlhorn intentaron determinar si algunos de los cinco grandes rasgos de la personalidad: búsqueda de experiencias, neuroticismo, simpatía, escrupulosidad y extrovertido energético podrían predecir la preferencia musical. Se encontró que, en búsqueda de experiencias es el rasgo de carácter que más afecta la preferencia musical (Bonneville-Roussy, et al., 2013). Aquellos que demuestran un predominio del carácter en búsqueda de experiencias, tienden a preferir música categorizada como compleja, tal como la clásica o el jazz, o música categorizada como rebelde (Brown, R. A 2012).

Otros rasgos de personalidad que tienen algún nivel de efecto en la preferencia musical son: la escrupulosidad que se correlaciona negativamente con la música intensa y rebelde, como el rock y el heavy metal. (Langmeier et al., 2012). El rasgo extrovertido energético que ha sido ligado a tendencias más alegres y música convencional como lo es el rap, hip hop, soul, electrónica y música de baile. (Chamorro-Premuzic et al., 2010). El rasgo de la simpatía tiende a preferir música más alegre y convencional o fluida (Langmeier et al., 2010). Y como elemento final se encontró que entre más neurótica la persona más tiende a gravitar hacia la música intensa o rebelde, tal como la alternativa, rock o heavy metal (Langmeier et al., 2010).

En conjunto con los rasgos de personalidad, la vida provee más factores que pueden afectar el gusto musical, ya que cada situación demanda una música única. También la cultura y el contexto social afectan la forma en la que un individuo percibe y procesa la música, (Demorest et al., 2016), y hasta cómo podemos llegar a recordar a esta misma (Stuppacher, et al., 2018). El humor de igual forma afecta en gran manera la preferencia musical, y dependiendo del humor del individuo así se relaciona con lo que escucha (Bukowski et al., 2011).

La preferencia musical se puede medir con el test corto de preferencia musical, The Short Test of Musical Preference (STOMP) que sirve para evaluar las preferencias en los géneros musicales. La versión actual contiene 14 preguntas que miden 23 géneros. En su estado original el test identifica solo 4 dimensiones, intenso y rebelde, reflectivo y complejo, optimista y convencional, energético y rítmico, pero en la versión actual se miden 5 para obtener mejores resultados. Como complementos al test se han usado pequeños fragmentos de los géneros musicales para tener ejemplos claros del material en cuestión (Rentfrow, Gosling, 2003).

Método

Tipo de investigación

Esta es una investigación descriptiva, transversal debido a que los datos son recolectados en un momento dado y ex post facto, pues no se tiene un control sobre las variables y solo se reporta lo que ha sucedido o está sucediendo. Además, es cuantitativa debido a que alcanza sus objetivos con base al análisis estadístico de una serie de datos, que busca la relación entre una variable independiente y dos dependientes (Kothari, C. R. (2004).

Descripción de la población

La población está conformada por 54 estudiantes de segundo año de la preparatoria Ignacio Carillo Franco, de las especialidades de: salud, exactas, humanidades, y finanzas. De los géneros femenino y masculino, entre las edades de 14-18.

Instrumentos

Test de preferencias musicales STOMP. El STOMP es una escala de 14 ítems que evalúa las preferencias en los géneros musicales. El STOMP es una versión revisada de la escala que evalúa las preferencias de 23 géneros. En la versión original, identificamos cuatro dimensiones amplias de preferencia musical. Los análisis posteriores de Rentfrow (consulte Rentfrow, Goldberg y Levitin; 2011) sugieren que cinco factores proporcionan un mejor ajuste para los datos. Estos factores son:

- a. Mellow: electrónica / dance, new age, world

- b. Sin pretensiones: pop, country, religioso
- c. Sofisticado: blues, jazz, bluegrass, folk, clásica, gospel, ópera
- d. Intenso: rock, punk, alternativo, heavy metal
- e. Contemporáneo: rap, soul / r & b, funk, reggae.

Test de Depresión de Beck. Para medir la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición (BDI-II) validado en población mexicana por Galindo Vázquez et al. (2016). El BDI-II está conformado por 21 ítems que se contestan con cuatro opciones de respuesta (1 a 4 puntos). Cuenta con un total general de depresión ($\alpha = .870$) y dos dimensiones: (a) cognitivo-afectivo ($\alpha = .789$) y (b) somático-motivacional ($\alpha = .821$).

Test de Ansiedad de Beck. Para medir la ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), validado en población mexicana por Galindo Vázquez et al. (2015). El BAI está conformado por 21 ítems que se contestan con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos). Cuenta con un total general de ansiedad ($\alpha = .921$) y cuatro dimensiones: (a) subjetivo ($\alpha = .848$), (b) neurofisiológico ($\alpha = .803$), (c) autónómico ($\alpha = .805$) y (d) síntomas vasomotores ($\alpha = .589$).

Resultados

Los resultados de los diferentes instrumentos de medición de las variables estudiadas se pueden encontrar en 5 tablas. Los datos se encuentran distribuidos entre los datos de población, las preferencias musicales, las relaciones entre depresión y ansiedad generales y sus componentes en relación a la preferencia musical, y una tabla que describe la relación entre los ítems del IDB y el STOMP.

Tabla 1
Distribución de la muestra según el sexo

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	17	32.7
Mujer	33	63.5
Prefiero no decirlo	2	3.8
Total	52	100.0

La distribución de las preferencias musicales en los participantes de este estudio estuvo conformada como se ve en la Tabla 2.

Tabla 2
Distribución de la preferencia musical

Preferencia musical	Frecuencia
Reflexivo y complejo	17
Intenso y Rebelde	24
Convencional y Optimista	4
Energético y Rítmico	7

No hay diferencia estadísticamente significativa entre la preferencia musical y el nivel de depresión general y en sus dimensiones en los adolescentes del estudio (ver Tabla 3).

Tabla 3
Comparación de medias de la depresión y sus dimensiones con los grupos determinados por su preferencia musical más alta

Dimensión	Grupo	M	DE	F
Depresión general	Reflexivo y complejo	1.622	.4851	.564
	Intenso y Rebelde	1.434	.3756	
	Convencional	1.647	.8599	
	Energético y Rítmico	1.543	.6673	
Depresión cognitiva	Reflexivo y complejo	1.602	.5991	1.379
	Intenso y Rebelde	1.287	.3369	
	Convencional	1.708	1.031	
	Energético y Rítmico	1.494	.7766	
Depresión somática	Reflexivo y complejo	1.638	.4674	.123
	Intenso y Rebelde	1.541	.4720	
	Convencional	1.596	.7226	
	Energético y Rítmico	1.580	.5935	

* = $p < .05$; ** = $p < .001$

No hay diferencia estadísticamente significativa entre la preferencia musical y el nivel de ansiedad general y en sus dimensiones en los adolescentes del estudio (ver Tabla 4).

Tabla 4

Comparación de medias de la ansiedad y sus dimensiones con los grupos determinados por su preferencia musical más alta

Dimensión	Grupo	M	DE	F
Ansiedad general	Reflexivo y complejo	1.038	.7332	.102
	Intenso y Rebelde	.981	.8264	
	Convencional	.825	.9665	
	Energético y Rítmico	.900	.8261	
Ansiedad subjetiva	Reflexivo y complejo	1.260	.7957	.121
	Intenso y Rebelde	1.261	.9454	
	Convencional	1.035	1.230	
	Energético y Rítmico	1.102	.9099	
Ansiedad neurofísico	Reflexivo y complejo	.970	.7623	.059
	Intenso y Rebelde	.879	.8343	
	Convencional	.812	.9437	
	Energético y Rítmico	.910	.9374	
Ansiedad autonómico	Reflexivo y complejo	.764	.7972	.106
	Intenso y Rebelde	.736	.8511	
	Convencional	.500	1.0000	
	Energético y Rítmico	.761	1.0312	
Ansiedad vasomotor	Reflexivo y complejo	1.000	.6871	.777
	Intenso y Rebelde	.791	.9052	
	Convencional	.666	.5443	
	Energético y Rítmico	.500	.4194	

* = $p < .05$; ** = $p < .001$

Otros hallazgos

En conjunto con datos expuestos en las tablas superiores, también se analizó los datos usando diferentes modelos en búsqueda de otros resultados relevantes. Dentro de estos otros análisis se encontró relación entre las siguientes preferencias musicales y estas afirmaciones del test de depresión de Beck visto en la Tabla 5.

Tabla 5

Correlación de r de Pearson en las afirmaciones del índice de depresión de Beck con las preferencias musicales del test STOMP

Preferencia	Afirmación	Correlación de Pearson	p
Música Blues	Pérdida de placer	-.361	.009
	Autocrítica	-.273	.050
	Desvalorización	-.330	.025
Música Country	Pérdida de Energía	-.272	.051
	Cambio de hábitos de Sueño	-.309	.026
	Irritabilidad	-.383	.005
Música Electrónica	Cambios en el Apetito	-.252	.071
	Tristeza	.388	.004
	Fracaso	.310	.026
Música Folclórica	Disconformidad con uno mismo	.271	.052
	Pensamientos o Deseos Suicidas	.334	.016
	Sentimientos de Culpa	-.273	.050
Música Hip-Hop	Cansancio o Fatiga	.265	.057
	Pesimismo	-.387	.005
Música Religiosa	Cambios en los Hábitos de Sueño	.338	.014
	Pensamientos o Deseos Suicidas	.327	.018
Música Rock	Desvalorización	.309	.037
	Cambios en los Hábitos de Sueño	.267	.056
Música Heavy Metal	Autocrítica	.274	.049
	Soundtracks y de Película		

Discusión

Se encontró que, en la muestra de población estudiada, no se encuentra una relación entre la preferencia musical y la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en dichos adolescentes. Esto se puede deber a la falta de distribución homogénea entre las preferencias musicales más altas en los adolescentes estudiados. Es posible que esto se deba a la salud emocional de la

población de la preparatoria Ignacio Carillo Franco, ya que no se encontró un índice de depresión y ansiedad alto dentro del estudio. Es probable que estos factores contribuyeron a la falta de relación entre nuestros factores.

Quizás si este estudio se replica, en una muestra más grande con una distribución homogénea en las preferencias musicales, se pueda encontrar una diferencia estadísticamente relevante. Ya que para este estudio se utilizó una población de 52 adolescentes de la preparatoria, y si se incrementara dicha población se pudiera encontrar tanto una distribución más igual de preferencia musical, junto con indicadores de los factores de depresión y ansiedad.

Conclusiones

Tras analizar, discutir, y trabajar los procesos de esta investigación he llegado a la conclusión que este tipo de investigaciones, que exploran las relaciones entre música y las dimensiones de la salud mental, son de vital importancia para el mejoramiento del desarrollo de los estudiantes. Estas investigaciones nos pueden revelar patrones dentro de nuestras poblaciones que pueden llevarnos a establecer mejores protocolos para el tratamiento de los trastornos mentales en los adolescentes. Tal y como se establece en el inicio de este trabajo, los índices de depresión y ansiedad solo crecen, y es de vital importancia que se indague más y más en estos campos para encontrar soluciones o caminos que nos lleven a un futuro de adolescentes y adultos con estados de salud mental saludables y holísticos.

Referencias

9 health benefits of Music. NorthShore. (n.d.). Retrieved March 21, 2022, from <https://www.northshore.org/healthy-you/9-health-benefits-of-music/>

A., J. B. J. (2008). *Música y neurociencia: La Musicoterapia: Sus Fundamentos, Efectos y Aplicaciones Terapéuticas*. UOC.

Armstrong, K. A. y Khawaja, N. G. (2002). Gender differences in anxiety: An investigation of the symptoms, cognitions, and sensitivity towards anxiety in a nonclinical population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 227–231. <https://doi.org/10.1017/s1352465802002114>

Beck, A. T. y Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(3), 213–223. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(91\)90002-b](https://doi.org/10.1016/0887-6185(91)90002-b)

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.6.893>

Beck, A. T., Steer, R. A. y Beck, J. S. (1993). Types of self-reported anxiety in outpatients with DSM-III-R anxiety disorders. *Anxiety, Stress & Coping*, 6(1), 43–55. <https://doi.org/10.1080/10615809308249531>

Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Visser, S. N., Perou, R. y Walkup, J. T. (2018). Epidemiology and impact of health care provider–diagnosed anxiety and depression among US children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(5), 395–403. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000571>

Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G. y Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 431–435. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.104.3.431>

Creamer, M., Foran, J. y Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 477–485. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00082-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00082-u)

Dahlquist, L. M., Czyzewski, D. I. y Jones, C. L. (1996). Parents of children with cancer: A longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(4), 541–554. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.4.541>

Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H. y Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics*, 206. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>

Lehmann, J. A. y Seufert, T. (2017). The influence of background music on learning in the light of different theoretical perspectives and the role of working memory capacity. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01902>

- Osman, A., Hoffman, J., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Breitenstein, J. L. y Hahn, S. K. (2002). Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 443–456. <https://doi.org/10.1002/jclp.1154>
- Rentfrow, P. J. y Gosling, S. D. (2003). The do re mi's of everyday life: The structure and personality correlates of music preferences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1236–1256. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.6.1236>
- Schellenberg, E. G. y Mankarious, M. (2012). Music training and emotion comprehension in childhood. *Emotion*, 12(5), 887–891. <https://doi.org/10.1037/a0027971>
- Schäfer, T. (2016). The goals and effects of music listening and their relationship to the strength of Music Preference. *PLOS ONE*, 11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151634>
- U.S. Department of Health and Human Services. (n.d.). Trastorno Obsesivo-compulsivo: Cuando los pensamientos no deseados o comportamientos repetitivos toman control. National Institute of Mental Health. Retrieved March 29, 2022, from <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo>
- Youth data 2021. Mental Health America. (n.d.). Retrieved March 21, 2022, from <https://www.mhanational.org/issues/2021/mental-health-america-youth-data>

SALUD ESPIRITUAL, AGRESIVIDAD Y RESILIENCIA EN UNA MUESTRA DE JÓVENES ADVENTISTAS MEXICANOS

Zandra Enyd Covarrubias Quintero ¹
Flor de Liz Aguilar Gómez ²

RESUMEN

El adulto joven o adulto emergente es la etapa donde se construye la identidad, la personalidad y el autodescubrimiento. Así mismo, es la etapa donde se toman decisiones importantes haciéndose responsable de sí mismo. Este estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, explicativo y transversal. La muestra se conformó por 202 jóvenes mayores de 18 años, de la República Mexicana. Los resultados que se obtuvieron se confirman al compararlos con los resultados encontrados por otros investigadores y son aplicables a la muestra con la que se trabajó.

Palabras clave: salud espiritual, agresividad, resiliencia, adulto joven

ABSTRACT

The young adult or emerging adult is the stage where identity, personality and self-discovery are built. Likewise, it is the stage where important decisions are made, taking responsibility for oneself. This study was descriptive, correlational, explanatory and cross-sectional. The sample was made up of 202 young people over 18 years of age, from the Mexican Republic. The results obtained are confirmed by comparing them with the results found by other researchers and are applicable to the sample with which they worked.

Keywords: spiritual health, aggressiveness, resilience, young adult

Introducción

El adulto joven o adulto emergente es la etapa de construcción de identidad, personalidad, autodescubrimiento, toma de decisiones importantes y responsabilización de sí mismo. Es la transición de un adolescente a un adulto pleno, donde se termina de desarrollar la madurez emocional, social e intelectual. Según el Instituto Mexicano de la Juventud (2017) México es el segundo país con mayor cantidad de jóvenes en Iberoamérica.

En México no existe antecedentes de estudio entre estas tres variables, sin embargo, sí existe

estudios en relación entre dos variables, agresividad-resiliencia, espiritualidad-resiliencia y espiritualidad-agresividad juntamente con otras variables, sin embargo, para ver la correlación que existe entre estas tres variables es necesario conocer sus significados.

La salud espiritual es una de las cuatro dimensiones de la salud humana junto con las dimensiones física, social y mental (intelectual y emocional), y se constituye como uno de los aspectos básicos de la salud (Pesut, Crockett y Vinek, 2014; Potter, 2017) A través del tiempo diferentes autores lo han definido, en 1998,

¹Zandra Enyd Covarrubias Quintero, Catedrático de la Facultad de Psicología de la Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México, zcovarr@um.edu.mx

²Flor de Liz Aguilar Gómez, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Morelos, Morelos, Nuevo León, México, 1180286@alumno.um.edu.mx

Pescador, lo definió como como un estado dinámico del ser que se observa en la medida en que las personas viven en armonía dentro de las relaciones en los siguientes dominios de bienestar espiritual: consigo mismo, con los demás, con el medio ambiente y con lo Trascendente.

Según Pinto-Afanador (2007), define que el bienestar espiritual es la expresión conductual de la salud espiritual, una de las más recientes, (Korniejczuk et al., 2020) lo define como “un estado de bienestar del ser humano en armonía con lo que considera sagrado o superior a sí mismo, consigo mismo, con sus semejantes y con la naturaleza. Implica experimentar un sentido trascendente de la vida y un propósito último, de acuerdo con su sistema de creencias”

La Resiliencia puede ser definida de diversas maneras según sea el ciclo vital, circunstancias y autor que lo defina, muchas veces forma parte de nuestra vida cotidiana sin darnos cuenta, Wagnild y Young (1993), lo definen como la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra. Por otra parte, una definición más actual lo refiere como, la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ella, superarlas e incluso ser transformados por estas (Catalán, 2008).

Entendemos por agresividad toda acción o conducta que tiene por fin dañar a otro, sin embargo, suele ser concebida como una respuesta adaptativa que forma parte de las estrategias de afrontamiento de los seres humanos a las amenazas externas (Buss y Perry, 1992). Buss (1969) plantea que la agresividad se da en seis escalas las cuales son: Irritabilidad, agresión verbal, agresión indirecta, física, resentimiento, sospecha.

La cual se manifiesta mayormente como agresividad física y agresividad verbal.

- a. Agresividad física: aquella que se manifiesta a través de golpes y empujones y otras formas de maltrato físico.
- b. Agresividad verbal: se manifiesta a través de insultos, amenazas, sarcasmo, burla y uso de sobrenombres para referirse a otras personas.

México es un país multicultural, sobre todo en creencias y prácticas religiosas. La religión más

profesada en México es el cristianismo; donde el 82.37% de la población practica alguna religión relacionada con el cristianismo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010).

En una Encuesta Nacional sobre Creencias y Prácticas Religiosas en México hecha en 2016, menciona lo interesante que es notar cómo la población joven está menos identificada con la religión a la que dicen pertenecer, es decir, forman parte de una religión porque en ella les tocó nacer y ser socializados, por lo que es visto más como una tradición. Sin embargo, las prácticas religiosas se vuelven constructoras del mundo, pues no se practican dentro de un lugar limitado, sino que, a pesar de su pertenencia a una religión, puede incorporar a su propia experiencia de vida diversos modos de ejercitar su religión, creando así una experiencia religiosa (Corpus, 2019).

¿Es importante analizar la salud espiritual?

La verdad es que sí, pues se deduce que la salud espiritual y el funcionamiento familiar son factores protectores de los problemas emocionales (Moroni, et al., 2021). Existe evidencia de una clara relación entre las prácticas religiosas y el nivel de bienestar en población adulta, mostrando los beneficios que otorgan al ser humano. Abdel-Khalek (2010) encontró que quienes se consideran a sí mismos como religiosos presentan mejor salud física, con mayor sensación de bienestar y menores características neuróticas; y contribuir en forma positiva en el afrontamiento de situaciones de vida que conllevan sufrimiento, (Quiceno y Vinaccia, 2009) o por procesos de duelo (Baetz y Toews, 2009). La vida a veces está llena de estrés, riesgos y adversidades que tienen el potencial de desviar el rumbo de un individuo, que está en desarrollo a ser un adulto feliz y saludable. Sin embargo, aquello que parece determinar la diferencia entre quienes continúan con éxito y aquellos que no, es la resiliencia (Zakeri et al., 2010).

Un mejor estilo de vida que viene junto a una Resiliencia, definido por González y Valdez (2006) como el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que posibilitan superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Pues es el núcleo familiar donde se transmiten los valores religiosos y sin duda es por

el beneficio que otorga al bienestar del ser humano, aunque la mayoría se considera religiosos, pero pocos son los practicantes de está.

Según Moreno y Pereyra (2000), Vargas (2009) y Rodríguez y Moreno (2011), las actitudes ante situaciones de agravio se ven influidas por el aprendizaje, el modelamiento y las prácticas de crianza de los padres, la creencia religiosa, el clima social familiar, y en general, por las costumbres y valores que promueve el grupo social al que pertenece la persona (Moreno y Pereyra, 2000). Estos autores, a partir del Cuestionario de Actitudes ante Situaciones de Agravio (CASA), postulan la existencia de tres grupos de respuestas frente a la ofensa que a su vez configuran siete modalidades específicas: respuestas pasivas (sometimiento y negación), respuestas agresivas (hostilidad, rencor y venganza) y respuestas prosociales (demanda de explicación y perdón). Sin embargo, en las respuestas agresivas se ven implicadas las emociones ofensivas dirigidas hacia quien provoca dicha agresión física y/o verbal. Las respuestas agresivas se dividen en dos: la hostilidad como “conducta impulsiva, inmediata y reactiva que intenta hacer daño al agresor, acometiendo contra él en el mismo acto de la ofensa” (Moreno y Pereyra, 2000, p. 19) y el rencor es definido como el “amargo y enraizado recuerdo de una injuria particular de la cual desea uno satisfacerse” (Moreno y Pereyra, 2000, p. 20).

Los resultados de una investigación en el 2015 (Cantero, et.) en relación con la importancia de la creencia religiosa, se encontró que los jóvenes que no le dan importancia a la creencia religiosa, tienden a actitudes agresivas (venganza, rencor y hostilidad) y en menor medida a actitudes prosociales (explicación y perdón). Por lo cual la búsqueda de sentido es necesaria para una sanidad mental.

La salud espiritual y agresividad

Un ser humano puede ser espiritual pero no tener religión; puede tener religión, pero no ser religioso, es decir, no la práctica, pero se define en una religión; en último término puede ser religioso y tener religión, pero no ser espiritual, es decir, lo practica, pero no lo puede llegar a comprender (Guerrero et al., 2019).

La agresividad, está inscrita en la naturaleza humana, no en las religiones (Bottasso, 2011). Un

ejemplo son los grupos de personas que usan la religión como una justificación de sus actos violentos.

Se encontró relación significativa entre bienestar espiritual y agresividad; así mismo, existe relación significativa entre bienestar espiritual y los componentes de la agresividad siendo estos: física, verbal y hostilidad; sin embargo, con el componente de ira no se encontró una relación significativa (Talavera, 2016)

Gallegos-Guojardo et al. (2016) explican que el funcionamiento familiar tiene una influencia recíproca positiva en la vida de los adolescentes. Por tanto, cuanto mayor sea la satisfacción y comunicación familiar, menores serán los actos de agresión, violencia y victimización en el hogar.

La salud espiritual y resiliencia

La espiritualidad y religiones, bien interpretadas y gestionadas, son importantes debido a que son "proveedores" de tres dimensiones fundamentales de la salud mental: la confianza básica, la búsqueda de un sentido, y la madurez amorosa. (Nogués, et. 2020).

Se promueve la salud espiritual como medio de prevención y afrontamiento de las enfermedades mentales. Un ejemplo de esto se observa en un estudio realizado por Pinedo-Velázquez y Jiménez-Jiménez (2017), quienes decidieron promover la consejería espiritual como una herramienta a ser utilizada por las enfermeras en un centro de internamiento hospitalario para ancianos. En este centro, como mencionan los autores, existe un contacto constante con pacientes diagnosticados con enfermedades terminales que presentan reacciones emocionales negativas como angustia, miedo, ira, insatisfacción y, en ciertos casos, depresión. (Moroni et al., 2021).

Varios autores llegaron a la misma conclusión de que las personas con creencias y comportamientos religiosos presentan mejores recursos y habilidades de afrontamiento y adaptación a situaciones traumáticas y adversas, manifestando una relación positiva entre religiosidad y espiritualidad con el desarrollo y mantenimiento de conductas resilientes, favoreciendo de este modo la calidad de vida (Jones, 2007; Vinaccia, Quiceno y Remor, 2012; Wahl et al., 2008; Walker et al., 2009).

Un estudio realizado en el 2021 (Parra y Reyes) manifiesta que los budistas muestran menos dificultad para elaborar el duelo en comparación con los evangelistas, y ambos (como religiosos) tienen menos duelo conflictivo en comparación con el grupo no religioso confirmando que las prácticas espirituales y/o religiosas pueden contribuir a un “blindaje” emocional o mejor afrontamiento frente al dolor por la pérdida.

La resiliencia y agresividad

Morales (2015) encontró que no existe relación entre las variables mencionadas, dato que coincide con Wolin y Wolin (1993). Sin embargo, se encontró que existe una relación significativa, entre la agresividad y la dimensión sentirse bien solo, según Buss este último predispone una actitud positiva de respeto y tolerancia.

Un estudio realizado en Lima (Medina et al., 2021) en usuarios adolescentes se encontró que no existe una relación inversa significativa entre la agresividad y la resiliencia, así como no existe una relación inversa significativa entre la agresividad verbal y la resiliencia, pero si existe una relación inversa significativa entre la agresividad física y la resiliencia.

En el 2020, Herrera tuvo como resultado que los adolescentes que emplean agresividad impulsiva, presentan un nivel de resiliencia bajo, mientras que el 40% presentaba agresividad mixta, y tenían un nivel de resiliencia promedio.

Un estudio tuvo como resultado que los niveles de agresión en los adolescentes según el género evidenciaron que los varones son quienes presentan mayores niveles de agresividad en comparación con las mujeres y los niveles de resiliencia en varones y mujeres se encuentran en un nivel medio (Caucha y Castro, 2018).

La Espiritualidad es un factor resiliente en una cultura de violencia, se conforma a partir de la creencia en Dios y de la vivencia de la espiritualidad que lleva a generar paz y a desarrollar elementos resilientes. Ante la presencia de la violencia como una vivencia en diversos ámbitos de la vida (Rosas y Reverol, 2016).

Método

Esta investigación es de tipo descriptivo, correlacional, explicativo y transversal. Para

seleccionar la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia Participaron 202 jóvenes mayores de 18 años, de la República Mexicana (hombres 72, mujeres 130). La variable Salud Espiritual con sus tres dimensiones (ser supremo, relación con uno mismo, relación con los demás) se consideró variable independiente y las variables Agresividad y Resiliencia como dependientes. También se incluyen variables demográficas tales como: edad y género

La información se obtuvo a través del siguiente grupo de instrumentos: Escala de Salud Espiritual (Korniejczuc, et al., 2019), constituida por 39 ítems en general que se contestan del 0 al 4 bajo la escala de Likert. Se identificaron tres factores; en el primer factor se agrupan los ítems relacionados a un Ser supremo y creencias espirituales, compuesto por 14 ítems, el segundo factor agrupa 12 ítems de relación consigo mismo con y el tercer factor incluye 13 ítems de relación con otros y con la naturaleza.

Para medir la agresividad se aplicó el Cuestionario de Agresión (Buss y Perry, 1992) está basado en el inventario de Hostilidad de Buss y Durkee de 1957, consta de 29 ítems con una escala tipo Likert de 1 al 5, agrupado en 4 factores, agresión física (1, 5, 9, 13, 17, 21, 24, 27, 29), agresión verbal (6, 18, 10, 14, 19), enojo (3, 7, 11, 15, 2, 22, 25) y hostilidad (4, 8, 12, 16, 20, 23, 26, 28).

Se aplicó la Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M (Palomar Lever y Gómez Valdez, 2010). constituida por 43 ítems que se evalúan con una escala tipo Likert de un rango de respuesta de 1 a 5, agrupados en cinco factores: el primer factor es fortaleza y confianza en sí mismo (preguntas 1 al 19), el segundo factor es competencia social (preguntas 20 al 27), el tercer factor es apoyo familiar (preguntas 28 al 33), el cuarto factor es apoyo social (preguntas 34 al 38), el quinto factor es estructura (preguntas 39 al 43).

Para la recolección de datos, los instrumentos se aplicaron mediante una liga de Google form. En la misma liga los participantes consintieron su disposición de colaboración, haciendo énfasis en el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 25.

Resultados

En la descripción de los resultados, la muestra se compuso de 202 sujetos de los cuales 72 (35.5%) hombres y 130 (64%) mujeres. Para la variable Salud Espiritual se obtuvieron los valores estadísticos descriptivos que se encuentran en la Tabla 1. Para la variable Agresividad se obtuvieron los valores estadísticos descriptivos que se observan en la Tabla 2, así mismo para la variable Resiliencia se describen los valores estadísticos de sus dimensiones en la Tabla 3.

Tabla 1
Valores descriptivos de salud espiritual y sus dimensiones

	Ser Supremo	Uno Mismo	Entorno	Salud Espiritual
Media	46.12	39.73	50.00	135.86
Mediana	48.00	41.00	52.00	141.50
Moda	52.00	47.00	56.00	155.00
Desv.	6.73	7.24	6.23	19.00
Desviación				
Varianza	45.36	52.51	38.85	361.36
Rango	39.00	44.00	28.00	102.00

Tabla 2
Valores descriptivos de agresividad y sus dimensiones

	Agresión Física	Agresión Verbal	Ira	Hostilidad	Agresividad
Media	14.64	9.82	12.95	15.78	53.20
Mediana	13.00	10.00	12.00	15.00	51.00
Moda	12.00	8.00	12.00	14.00	42.00
Desv.	4.22	2.82	4.17	4.96	13.56
Desviación					
Varianza	17.87	8.00	17.39	24.64	183.93
Rango	24.00	15.00	18.00	24.00	79.00

Al realizar un análisis de correlación r de Pearson se encontraron correlaciones negativas, débiles pero significativas en la salud espiritual y sus dimensiones con la agresividad. Con salud espiritual total se encontró una correlación $r = -.295$ ($p = .000$), con el Ser supremo $r = -.281$ ($p = .000$), con uno mismo $r = -.258$ ($p = .000$) y con el entorno $r = -.294$ ($p = .000$).

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para saber si las dimensiones de la resiliencia explican o predicen a la variable salud espiritual encontrando que las dimensiones de la

resiliencia predicen o explican hasta un 84.8% de la varianza de la variable dependiente salud espiritual. El valor de R^2 corregida fue igual a .848. De igual manera, se pudo determinar que existió una influencia lineal positiva y significativa ($R = .923$, $R^2 = .852$, R^2 ajustada = .848, $F_{(7,262)} = 224.949$, $p = .000$) y que la dimensión que más aporta al modelo es la de apoyo familiar.

Tabla 3
Valores descriptivos de resiliencia y sus dimensiones

	Fortaleza Confianza	Competencia Social	Apoyo Familiar	Apoyo Social	Estructura
Media	63.72	27.87	19.65	14.54	15.65
Median	64.00	28.00	20.00	16.00	16.00
a					
Moda	76.00	36.00	24.00	16.00	15.00
Desv.	8.74	5.65	4.08	1.95	2.89
Desvia					
ción					
Varianz	76.39	32.00	16.70	3.83	8.35
a					
Rango	47.00	25.00	24.00	10.00	13.00

Conclusión

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación, si bien son aplicables a la muestra con la que se trabajó, al compararla con los resultados encontrados por otros investigadores se observa que son confirmados.

Referencias

- Bottasso, J. (2011). Religiones y violencia. *Alteridad. Revista de Educación*, 6(1), 7-20. <https://doi.org/10.17163/alt.v6n1.2011.01>
- Cantero López, M. J., Viguer Seguí, P. y Domínguez Barragán, R. (2015). Actitudes de los jóvenes ante situaciones de agravio en el entorno familiar: su relación con el género, la creencia religiosa y el clima social familiar. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1091-1106. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy14-3.ajsa>
- Carril Salazar, P. A. (2020). *Agresividad y resiliencia en estudiantes de secundaria de una institución educativa estatal de Huanchaco* [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego].

- Repositorio Digital de la Universidad Privada Antenor Orrego. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6444>
- Chauca Martínez, M. V. (2018). *Agresividad y resiliencia en adolescentes de una institución educativa secundaria nacional del distrito de Los Olivos 2018* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25478>
- Corpus, A. (2019). Los jóvenes y la religión: un acercamiento a partir de la Encuesta Nacional sobre Creencias y Prácticas Religiosas en México. *Antropología Americana*, 4(7), 119–140. <https://doi.org/10.35424/anam.v4i7.471>
- Fuentes Cruz, A. R. (2019). *Exploraciones en adultez emergente: ansiedades y conflictos identificados desde la teoría psicodinámica en un estudio de caso* [Tesis de Licenciatura, Instituto Universitario Sor Juana]. Repositorio de la Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/3435771>
- Guerrero-Castañeda, R. F., Menezes, T. M. D. O., Prado, M. L. D. y Galindo-Soto, J. A. (2019). Espiritualidad y religiosidad para la trascendencia del ser anciano. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 259-265.
- Herrera Medina, M. I. (2020). *La resiliencia y su relación con la agresividad en adolescentes infractores* [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/31382>
- Korniejczuk, V. A., Moroni, C. M., Quiyono Escobar, E., Rodríguez Gómez, J., Valderrama Rincón, A., Charles- Marcel, Z. L., Barriguete Meléndez, J. A. y Córdoba Villalobos, J. Á. (2020). La salud espiritual, su evaluación y su papel en la obesidad, la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas no- transmisibles. In J. M. En, A. C. Aguilar, J. F. Allilaire, T. Barrientos, J. A. Barriguete, J. Baulieux, P. Casaubón, Z. L. Charles Marcel, J. A. Cordova, T. Corona, F. Cruz, M. E. De León, J. R. Enríquez, F. Pérez Galaz, A. González, E. Graue, G. Guerrero, L. M. Gutiérrez, S. Hercberg, y J. Tapia (Eds.), *Nutrición, obesidad, BDM, HTA, dislipidemias, TCA, salud mental* (pp. 561–586). Producciones Sin Sentido Común.
- 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). Spiritual health, family functioning and symptoms of depression and anxiety among adults from a sample of northeastern Mexico. *Cogent Psychology*, 8(1), 1980259. <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1980259>
- Nogués, R. M. (2020). La salud espiritual, ¿El factor olvidado? *Informaciones Psiquiátricas*, 2(240), 9-18. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-194754>
- Ortuño Catacora, P. A. y Pinelo Navarro, D. B. (2018). *Agresividad entre pares y resiliencia* [Tesis de Licenciatura, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio Institucional de la Universidad Mayor de San Andrés. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/17034>
- Pérez Pérez, A. R. (2021). *Agresividad y resiliencia en estudiantes de secundaria de una institución educativa parroquial, distrito de Aramango, Amazonas, 2021* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/63312>
- Rosas de León, Y. E. y Labarca Reverol, C. (2016). Violencia, espiritualidad y resiliencia en estudiantes de la Unidad Educativa Arquidiócesana “Bicentenario del Natalicio de El Libertador”. *Telos. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 18(2), 302-317. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99345727009>

- Sadeghifard, Y., Veisani, Y., Mohamadian, F. Azizifar, A., Naghipour, S. y Aibod, S. (2020). Relationship between aggression and individual resilience with the mediating role of spirituality in academic students - A path analysis. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), PMC7032025. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_324_19
- San Román Mata, S., Martínez Martínez, A., Zurita Ortega, F., Chacón Cuberos, R., Puertas Molero, P. y González Valero, G. (2019). Capacidad de resiliencia según tendencia religiosa y género en universitarios. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 21, e15, 1-11. <https://doi.org/10.24320/redie.2019.21.e15.2016>
- Talavera Aguilar, J. (2016). Bienestar espiritual y agresividad en internos con adicciones a sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Lima, Perú. *Informes Psicológicos*, 16(2), 69-86. <https://doi.org/10.18566/infpsicv16n2a05>
- Yoffe, L. (2012). Efectos positivos de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances En Psicología*, 20(1), 9-30. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012.v20n1.1940>

Directrices para el envío de artículos

La revista electrónica del Centro de Investigaciones en Psicología de la Universidad de Morelos 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 sometan 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 completo del autor 1 (Primero Nombres seguido de Apellidos)
Nombre completo del autor 2(Primero Nombres seguido de Apellidos)
Enliste todos los investigadores que trabajaron en el artículo

RESUMEN

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

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

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.

Subtitulo

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

Tercer subtítulo

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 *clásico*. En la consulta de libros debe cuidarse no ser mayores a 10 años.



Facultad
de Psicología

Universidad de Morelos

psicosophia.um.edu.mx/ojs