

 **ALTERNATIVAS**  
**CUBANAS**  
en psicología

Volumen 10. Número 30 /2022

ISSN 2007 – 5847



# Revista Cubana de Alternativas en Psicología.

Revista Alternativas Cubanas en Psicología, Vol 10 Núm 30, es una publicación cuatrimestral editada por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología A.C., calle Instituto de Higiene No. 56. Col. Popotla, Delegación Miguel Hidalgo. C.P. 11400. Tel. 5341-8012, [www.acupsi.org](http://www.acupsi.org), [info@acupsi.org](mailto:info@acupsi.org). Editor responsable: Manuel Calviño. Reserva de derechos al uso exclusivo No. 04-2012-041911383500-203 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN 2007-5847. Responsable de la actualización de este número, [emotional.com.mx](http://emotional.com.mx), Javier Armas. Sucre 168-2, Col. Moderna. Delegación Benito Juárez. C.P. 03510. Fecha de última modificación: 27 de marzo de 2013. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor.

# Alternativas cubanas en Psicología

Revista cuatrimestral de la  
Red cubana de alternativas en Psicología.  
Volumen 10, Número 30, septiembre/diciembre 2022

## Comité Editorial

Manuel Calviño (Director)  
Reinerio Arce Valentín  
Patricia Áres Muzio  
Roberto Corral Ruso  
Roxanne Castellanos  
Aurora García Morey

Lourdes Ibarra Mustelier  
Alexis Lorenzo Ruiz  
Daybel Pañellas Álvarez  
Miguel Ángel Roca Perera  
Norma Vasallo  
Bárbara Zas Ros

## Consejo Editorial

Javiera Andrade (Uruguay)  
Javier de Armas (México)  
Edgar Barrero (Colombia)  
Ana Bock (Brasil)  
Rogelio Díaz (México)  
Álvaro Díaz Gómez (Colombia)  
Horacio Foladori (Argentina-Chile)  
Mara Fuentes (Cuba-Canadá)  
Jorge Enrique Torralbas (Cuba)  
Maria da Graça Marchina Gonçalves (Brasil)  
Carlos Lesino (Uruguay)  
Diana Lesme (Paraguay)  
Ericka Matus (Panamá)

Albertina Mitjans (Cuba-Brasil)  
Liliana Morenza (Cuba-Bolivia)  
Mario Molina (Argentina)  
Carolina Moll (Uruguay)  
Marco Eduardo Murueta (México)  
Gustavo Pineda (Cuba-Nicaragua)  
Danay Quintana (Cuba-México)  
David Ramírez (Costa Rica)  
Ana Maria del Rosario Asebey (Bolivia- México)  
Rolando Santana (Cuba-Dominicana)  
Maria Cristina Teixeira (Cuba-Brasil)  
Luís Vazquez (Perú)  
Nelson Zicavo Martínez (Uruguay-Chile)



**I N D I C E**  
**I N D E X**

<b>EDITORIAL</b> EDTORIAL	<b>5</b>
------------------------------	----------

***Diversidad reflexiva***  
*Reflective diversity*

<b>ANÁLISE ONTO-HISTÓRICA DO MODELO KRAEPELINIANO DE DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS</b>	<b>6</b>
--	----------

*ONTO-HISTORICAL ANALYSIS OF THE KRAEPELINIAN MODEL  
OF DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF MENTAL DISORDERS.*

Vanessa Clementino Furtado.

<b>¿INFANCIA ES DESTINO? SOBRE LOS EFECTOS EMOCIONALES DE LOS ADOLESCENTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA</b>	<b>25</b>
---	-----------

*IS CHILDHOOD DESTINY? ON THE EMOTIONAL EFFECTS  
OF ADOLESCENTS IN TIMES OF PANDEMIC.*

Armando Sánchez Gutiérrez

***Mirando a la práctica profesional***  
***Looking at professional practice***

**SALUD MENTAL Y COVID-19 EN NIÑOS, NIÑAS  
Y ADOLESCENTES CUBANOS.**

**31**

*MENTAL HEALTH AND COVID-19 IN CUBAN  
CHILDREN AND ADOLESCENTS.*

Roxanne Castellanos Cabrera  
Aurora García Morey  
Daidy Pérez Quintana  
Jagger Álvarez Cruz

**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ANSIEDAD ANTE LA COVID-19: ESTUDIO  
CORRELACIONAL EN LA POBLACIÓN CUBANA**

**46**

*EMOTIONAL INTELLIGENCE AND ANXIETY IN THE FACE OF  
COVID-19: CORRELATIONAL STUDY IN THE CUBAN POPULATION*

Elizabeth Jiménez-Puig  
Diego D. Díaz-Guerra  
Marena de la C. Hernández-Luego

**CREENCIAS DE SUPREMACÍA ABSOLUTA. UNA APROXIMACIÓN PSICOSOCIAL  
SOBRE LA RELACIÓN ENTRE MUERTE, VIDA Y COVID-19**

**57**

*BELIEFS OF ABSOLUTE SUPREMACY. A PSYCHOSOCIAL  
APPROACH TO THE RELATIONSHIP BETWEEN DEATH, LIFE AND COVID-19*

Jesús Silva Bautista  
Venazir Herrera Escobar  
Litzzy Zamora Montero

**PERCEPCIONES SOCIALES DE LA COVID-19 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES  
ATLETAS CONVALESCIENTES DURANTE 2021 EN CIENFUEGOS 90**

*SOCIAL PERCEPTIONS OF COVID-19 IN CHILDREN AND ADOLESCENTS  
CONVALESCENT ATHLETES DURING 2021 IN CIENFUEGOS*

Ariadna Martínez Requeiro  
Isaac Irán Cabrera Ruiz  
Adriadna Villalobos Sosa  
Ana Laura Bello García  
Sandy Ravelo Vigoa  
Rodney Daniel Ayala Rodríguez  
Ángel Joel Méndez López

**ANÁLISIS CUALITATIVO DE DIFICULTADES SOCIALES EN USUARIOS  
DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE 103**

*QUALITATIVE ANALYSIS OF SOCIAL DIFFICULTIES  
IN USERS DIAGNOSED WITH SEVERE MENTAL ILLNESS*

Antonio Jesús Segura Sánchez

**AFRONTAMIENTO ACTIVO EN EL DOLOR CRÓNICO DE LA ESPALDA. UN  
ACERCAMIENTO A SU ESTUDIO 115**

*ACTIVE COPING IN CHRONIC BACK PAIN.  
AN APPROACH TO YOUR STUDY*

Ahmed José Pomares Ávalos.  
Dionisio Félix Zaldívar Pérez.

**EVALUACIÓN DEL AMBIENTE ORGANIZATIVO Y CLIMA SOCIAL DE UNA CASA  
DE ABUELOS EN SANTA CLARA 127**

*EVALUATION OF THE ORGANIZATIONAL ENVIRONMENT  
AND SOCIAL CLIMATE OF A GRANDPARENTS' HOUSE IN SANTA CLARA.*

Dunia Gladys Silverio González  
María de los Ángeles Arrabal Guzmán  
Diana Rosa Rodríguez González

**LA ORIENTACIÓN SOCIOSEXUAL Y SU RELACIÓN CON LAS ACTITUDES ANTE LA NO MONOGAMIA CONSENSUADA (NMC) 138**

*SOCIOSEXUAL ORIENTATION AND ITS RELATIONSHIP WITH ATTITUDES TOWARDS CONSENSUAL NON-MONOGAMY (CNM).*

Giovanna Escobar Mota  
Hugo Adair Torres Reynoso  
Natalia Aguilar Carrillo  
Fernanda Eguiarte Olvera  
Cristina Portilla Rodríguez  
Mariana Villa Brunel  
Georgina GarcíaDiana

**LOS AUTORES 147**

*THE AUTHORS*

## Editorial

---

Alternativas cubanas en Psicología está cerrando su décimo año de trabajo con la publicación de la edición número 30.

No ha sido fácil. Lo sabíamos desde que comenzamos. Pero también sabíamos que valía la pena hacerlo y así lo expresamos en la presentación del primer número de la Revista

“Alternativas cubanas en Psicología... nace para acompañar el desarrollo del pensamiento psicológico cubano, para ponerlo al alcance de todos. Pretende un diálogo, imprescindible, una comunicación inexcusablemente prioritaria”

En este número, cumpliendo el compromiso planteado en el texto Editorial de la primera edición de la Revista

“el vínculo esencial latinoamericano es parte inherente al sentido y la misión de la revista. En sus páginas siempre habrá un espacio para quienes nacidos en la cosmogónica mezcla de América Latina, comparten destinos, miradas, sueños y empeños”

se presentan trabajos de colegas de Brasil y México, a los que se suma un colega de Almería, España, compartiendo voces con cubanas y cubanos de Las Villas, Cienfuegos, La Habana

“sus manos generosas se extienden una vez más favoreciendo la existencia de este lugar mediático de encuentros para hacer la psicología que nuestros pueblos necesitan”

Para que la misión sea cumplida,

“tenemos que escribir y entregar lo que escribimos para su publicación. Publicar no es solo un deseo individual, es una responsabilidad colectiva. La revista recibe de alguien, y se convierte en de todos”.

Alternativas cubanas en Psicología sigue y seguirá siendo

“un maratón de ideas y corazones”

Manuel Calviño  
Director

# ANÁLISE ONTO-HISTÓRICA DO MODELO KRAEPELINIANO DE DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

**Vanessa Clementino Furtado**

*Universidade Federal de Mato Grosso e Universidade Federal do Rio Grande do Norte.  
Cuiabá - MT Brasil*

## **Resumo**

O presente artigo visa a apresentar uma análise onto-histórica do modelo kraepeliniano de diagnóstico em saúde mental. Emil Kraepelin, fundador da Psiquiatria Moderna, utilizando-se do modelo wundtiano de introspecção, desenvolveu um método de diagnóstico que é referência até os dias atuais, na forma hegemônica de se fazer diagnóstico em saúde mental, por ser considerada uma teoria "neutra" e "a-histórica". Contudo, o que pretendemos demonstrar neste trabalho é que o modelo kraepeliniano não é nem a-histórico, tampouco, neutro. Para tanto, analisamos seus referenciais epistemológicos buscando desvelar sua ontologia e, com base na Ontologia do Ser Social de Lukács, da teoria marxiana sobre a natureza do ser humano e dos apontamentos que Vygotski tece acerca do modelo kraepeliniano, pretendemos captar e apresentar os limites teórico-metodológicos de Kraepelin, e traçar caminhos de análise que possam auxiliar na apreensão do fenômeno das psicoses em sua totalidade, a partir do conhecimento de sua realidade.

**Palavras-Chave:** Método kraepeliniano; Ontologia do Ser Social; Psicoses

## **Resumen**

Este artículo tiene como objetivo presentar un análisis ontológico del modelo diagnóstico kraepeliniano en salud mental. Emil Kraepelin, fundador de Modern Psychiatry, utilizando el modelo de introspección de Wundt, desarrolló un método de diagnóstico que es un referente en la actualidad, en la forma hegemónica de hacer diagnósticos en salud mental, ya que se considera una teoría "neutral" y "a-histórica". Sin embargo, lo que pretendemos demostrar en este trabajo es que el modelo kraepeliniano no es ni a-histórico ni neutral. Para ello, analizamos sus referentes epistemológicos buscando develar su ontología y, a partir de la Ontología del Ser del Lukács, de la teoría marxista sobre la naturaleza del ser humano y de los apuntes que hace Vygotsky sobre el modelo kraepeliniano, pretendemos captar y presentar los límites teórico-metodológicos de Kraepelin, y trazar caminos de análisis que puedan auxiliar en la aprehensión del fenómeno de las psicosis en su totalidad, a partir del conocimiento de su realidad.

**Palabras clave:** método kraepeliniano; Ontología del Ser Social; psicosis

## **Abstract**

*This article aims to present an ontological analysis of the Kraepelinian diagnostic model in mental health. Emil Kraepelin, founder of Modern Psychiatry, using Wundt's introspection model, developed a diagnostic method that is currently a reference, in the hegemonic way of making diagnoses in mental health, since it is considered a "neutral" theory and "a-historical". However, what we intend to*

*demonstrate in this paper is that the Kraepelinian model is neither a-historical nor neutral. To do this, we analyze its epistemological references seeking to reveal its ontology and, based on Lukács's Ontology of Being, the Marxist theory on the nature of the human being and Vygotsky's notes on the Kraepelinian model, we intend to capture and present the theoretical-methodological limits of Kraepelin, and trace paths of analysis that can help in the apprehension of the phenomenon of psychosis in its entirety, from the knowledge of its reality.*

**Keywords:** *Kraepelinian method; Ontology of the Social Being; psychosis*

## Introdução

Neste artigo visamos a apresentar uma análise ontológica e histórica das contribuições Emil Kraepelin à luz do debate crítico e dialético, trazendo contribuições do referencial vygotskiano, bem como do escopo teórico-crítico produzido a partir do método materialista histórico e dialético e da compreensão da ontologia do Ser Social de Lukács.

A escolha desse autor –Kraepelin– se dá justamente porque é seu trabalho que fundamenta a Psiquiatria Moderna. Deste modo, calcadas no método materialista histórico e dialético, buscamos analisar como o contexto histórico e social da Alemanha no final do século XIX e início do século XX, bem como, os debates científicos da época em torno da relação entre ciência da natureza e ciência do espírito, influenciou a produção teórico-metodológica de Kraepelin.

Para esta pesquisa se tomou como objeto de análise o desenvolvimento do método de diagnóstico desenvolvido por Kraepelin, baseado na Psicologia Experimental e no Paralelismo Psicofísico de Wundt, a partir do qual ele desenvolveu o diagnóstico diferencial entre as psicoses-demência precoce e psicose maníaco depressiva. Isto porque, é a partir dessas investigações que o autor pôde construir, então, as bases da moderna Psiquiatria, como afirmam Heckers, Engstrom e Kendler (2021); Shorter (2015); Berrios e Hauser (2013); Jablensky (2007); Decker (2007).

A análise ontológica e histórica desse fenômeno e como esta manifestação de sofrimento psíquico vem sendo tratada pelas áreas das ciências da saúde de forma hegemônica, baseada, ainda, nos fundamentos kraepelinianos, é essencial para que possamos compreender as formas, não apenas, como a ciência tem se ocupado deste tipo de problema no campo da teoria, mas também na prática.

## Emil Kraepelin e o desenvolvimento da Psiquiatria moderna

As primeiras descrições sobre o fenômeno de transtorno mental que acomete jovens, adolescentes, recém iniciados na idade adulta, hoje chamada esquizofrenia, são feitas por Morel em 1851, quando ele relata estados sucessivos de decadência cerebral na entrada da idade adulta. Já em 1896, Kraepelin denomina estes estados descritos como *dementia praecox*, e estabelece que os critérios essenciais discriminativos deste diagnóstico eram evolutivos e poderia chegar até um quadro grave de degeneração cerebral. O modelo diagnóstico de Kraepelin representa um salto qualitativo na taxonomia, epidemiologia e diagnóstico em psiquiatria em relação aos modelos vigentes na época, como Esquirol e Morel.

Esse é o modelo diagnóstico que dominou todo o início do século XX e se tornou a principal base para as alterações sofridas, em 1980, pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria-APA o DSM que, naquele momento, estava em vias de publicação de sua terceira edição. De acordo com Shorter (2015): “Com seu famoso livro-texto, a partir de 1883, Kraepelin concebeu a primeira classificação moderna de doenças psiquiátricas; muitos elementos foram incorporados ao DSM, e Kraepelin se eleva hoje sobre o campo da mesma forma que Freud fez uma vez.” (p. 21). Neste sentido Heckers *et al.* (2021) afirmam: “A estrutura e o mapa conceitual de nosso atual sistema de diagnóstico em psiquiatria remontam a Emil Kraepelin (1856-1926).” (p. 01).

Esta alteração marca a forte influência do movimento denominado “neo-kraepeliniano” que a psiquiatria carrega até os dias atuais. Esta mudança representou, na prática, a exclusão das interpretações psicanalíticas<sup>1</sup> e/ou subjetivistas dos sofrimentos psíquicos nos manuais de diagnósticos psiquiátricos, sob a justificativa da lógica neutralidade científica, (re)posicionando a psiquiatria no campo das ciências modernas de observação e análise de dados, bem como, sob influência dos novos tratamentos que surgiam na época, por exemplo, o uso da insulina para diabetes, como aponta Shorter (2015): “Os novos tratamentos colocaram em risco a primazia da psicanálise, com sua limitada paleta diagnóstica de “psiconeurose”, e desencadearam um novo gosto por “cortar a natureza nas articulações”, ou encontrar diagnósticos que correspondam a entidades de doenças naturais.” (p. 22)

Novamente, na história da psiquiatria, se vê os esforços de seus pesquisadores em caminhar ao lado das ciências médicas em geral, importando, inclusive seus métodos de tratamento, que agora eram possíveis por meio da injeção de substâncias sintetizadas pelos laboratórios farmacêuticos. Assim, retomar o modelo kraepeliniano que tinha também por objetivo acompanhar as outras áreas da ciência médica, mas além disso, tal como as outras áreas da medicina, compreende a patologia como desenvolvimento natural, inscrita em um substrato biológico cuja pesquisa empírica e descrição sintomatológica deveria, portanto, seguir os padrões das ciências naturais.

Neste sentido, Heckers *et al.* (2021) afirmam: "Como avaliamos o estado da psiquiatria agora, 100 anos após o artigo de Kraepelin? Por um lado, o debate sobre a validade e utilidade da classificação psiquiátrica continua inabalável.: (p. 06)

São estas as ideias que balizam os esforços para a produção do manual de psiquiatria em sua terceira edição, como avalia Decker (2007):

O DSM-III e o DSM-III-R foram classificações neo-kraepelinianas por serem descritivos, evitando etiologias psicanalíticas, enfatizando que a psiquiatria era decididamente uma parte da medicina e enfatizando a importância de estudos de seguimento e histórias familiares. Os DSMs, no entanto, não seguiram Kraepelin de uma maneira importante: eles se recusaram a especular sobre a etiologia, algo que Kraepelin fez livremente. (p. 354)

---

<sup>1</sup> Até os dias atuais é possível encontrar nos currículos didáticos dos cursos acadêmicos de formação em Psicologia e especialização em Psiquiatria as seguintes divisões: Psicopatologia Psiquiátrica e Psicopatologia Psicanalítica.

Assim, validando a afirmação de BERRIOS & HAUSER (2013): “A dicotomia kraepeliniana (de demência precoce e da loucura maníaco-depressiva) continua a ser consagrada no pensamento psiquiátrico e, com poucas exceções, controla as pesquisas neuroquímicas e genéticas. A psiquiatria ainda vive em um mundo kraepeliniano e seus praticantes não podem escapar da ofuscante adoção de sua ‘episteme.” (pág. 127).

Freitas e Amarante asseveram:

Mas por que Kraepelin, e não Freud, Bleuler ou Jaspers - outros grandes nomes da área *psi*? Simplesmente porque a ele devemos a abordagem até hoje dominante para a construção de categorias diagnósticas. E qual a lógica aplicada por ele? A mesma da medicina, em geral; aquela com qual qualquer estudante de medicina lida desde o início de seus estudos, qual seja: processos semelhantes de doenças levam a manifestações semelhantes - sob a forma de sintomas; o que, por sua vez, implica uma suposta anatomia patológica, bem como uma suposta etiologia. (FREITAS & AMARANTE, 2015 p.48-49)

A importância de Kraepelin, portanto, está para além do conceito de “*Dementia Praecox*” no campo da Psiquiatria, mas a história do desenvolvimento deste conceito pelo autor se confunde mesmo com a história da própria psiquiatria moderna enquanto ciência. Podemos afirmar que: é com Kraepelin que a Psiquiatria alcançará status de ciência, aos moldes positivista, apoiando-se no referencial teórico-metodológico da recém criada ciência psicológica de Wundt. Por esta razão, ele é considerado criador da Psiquiatria Moderna, pois foi quem desenvolveu uma forma metodológica de diagnóstico dos sofrimentos psíquicos, que lhe permitiu solucionar um dos principais dilemas da psiquiatria de sua época: a diferenciação entre a demência precoce e a psicose maníaco depressiva.

Kraepelin, compreendia a importância das bases biológicas e, sobretudo, dos processos fisiológicos cerebrais como base para os processos psicológicos. Pelo princípio do paralelismo psicofísico, no entanto, ele entendia que, embora os processos cerebrais fossem importantes para a compreensão dos psicológicos, estes não podiam ser reduzidos àqueles.

E, a partir das observações que faz de seus pacientes, ele traça um rigoroso sistema metodológico para estas observações dos quadros clínicos, tanto dos comportamentos progressos como da evolução do quadro a partir da manifestação inicial dos sintomas. Estas observações tinham como base metodológica a Psicologia Experimental, cuja finalidade era descartar as impressões subjetivas e metafísicas acerca dos sintomas expressos e, assim, traçar, as leis fundamentais do desenvolvimento dos transtornos mentais.

De acordo com CAPONI (2011): “Kraepelin adverte que todo estudante deve compreender que a formulação de perguntas gerais é inadequada, e que uma correta anamnese será aquela que se desenvolva com perguntas específicas, bem dirigidas, **que não deixem lugar para a fala do paciente**”<sup>2</sup> (p. 836)

Aqui podemos notar como se expressa seu compromisso com a objetividade, a ponto de impedir que a própria pessoa fale além do estritamente necessário para identificação dos sintomas, porém, o esforço para eliminação do subjetivismo não quer dizer que Kraepelin

---

<sup>2</sup> Grifo nosso.

desconsiderasse o sujeito da experiência, mas sim, compreendia sua relação a partir de fatos objetivos e não interpretativos. É necessário, pois, entendermos esses caminhos metodológicos de modo mais aprofundado, esmiuçar suas bases ontológicas para, a partir daí, traçarmos nossas críticas.

Kraepelin viveu na Alemanha de Bismarck, no período de intenso desenvolvimento das neurociências, quando surgiam os primeiros estudos que relacionam os sintomas de sofrimento psíquico à localizações estritas no cérebro. É também o período de desenvolvimento da chamada Ciência Psicológica, cujo principal expoente é Wilhelm Wundt (1832-1920). E Kraepelin não passa indiferente a estas teorias para desenvolver seu método diagnóstico, ele foi estudante no laboratório Leipzig de Wundt e foi, então, a partir do método wundtiano que alicerçou as bases de sua psiquiatria.

O método introspeccionista é um método de análise da consciência que consiste em uma forma de análise do fenômeno aparente que, distanciando-se das impressões subjetivas, poderia melhor descrever o fenômeno psicológico. Wundt não apenas vai criticar todo o acúmulo de conhecimento produzido sobre a ciência do espírito, como vai trazer seu eixo central, ou seja, seu objeto e método de investigação para o campo do que era considerado o saber científico da época. Dessa forma, busca desenvolver metodologias de análise similares às da ciências da natureza ou melhor, da *physis*, para a investigação da *psique*.

Entendendo, ambas as ciências (da *physis* e da *psique*) como complementares para a compreensão da experiência, sendo que uma se destina a entender o objeto da experiência e a outra o sujeito da experiência, chegaria-se assim, segundo Wundt (1911/2018), a melhor compreensão da realidade: “A separação das regiões da experiência em ciência natural e em psicologia - ou, de forma mais geral, em ciência da natureza e em ciência do espírito - está prefigurada na composição originária de toda experiência, cujos fatores são objetos da experiência e um sujeito da experiência.” (p. 50)

Assim, de acordo com Araújo (2005):

Como a psicologia não estuda um objeto diferente do objeto das ciências naturais, mas apenas a mesma experiência de um outro ponto de vista, seus métodos de investigação também não podem diferir. A psicologia vai se servir, portanto, dos dois principais métodos utilizados pelas ciências da natureza: o experimento e a observação. O experimento consiste na interferência proposital (manipulação) do pesquisador sobre o início, a duração e o modo de apresentação dos fenômenos investigados (como na física, na química e na fisiologia). **A observação propriamente dita refere-se à mera apreensão de fenômenos ou objetos, sem que haja qualquer interferência por parte do observador (como na botânica, na anatomia e na astronomia)<sup>3</sup>.** (p. 96)

---

<sup>3</sup> Grifo nosso. Nosso grifo aqui visa a, justamente, apontar as semelhanças no método wundtiano e, como vimos demonstrando ao longo deste trabalho, no método kraepeliniano (que pode ser observado no grifo anterior na citação de Kraepelin), pois ambos buscavam a descrição do fenômeno aparente, sem a interferência das interpretações e os sensações descritas pelos pacientes, ou seja, sem a interferência da subjetividade. Neste sentido, Kraepelin parte dos estudos dos sintomas aparentes da demência precoce, do que se podia observar no curso de sua evolução.

Portanto, Wundt vai compreender experiência mediata como aquela ligada aos objetos (conteúdo objetivo) independentemente da experiência subjetiva e experiência imediata como a investigação do próprio sujeito da experiência. Tais formas de experiência são complementares para o conhecimento da realidade, porém, o objeto da psicologia aqui são as experiências imediatas cujo conteúdo revela processos e não objetos estáveis. (ARAÚJO, 2005).

Ainda sobre as influências do método wundtiano, de acordo com Novella e Huertas (2010) apontam: “Na obra de Kraepelin, cabe advertir também, ... a afinidade com o método experimental de Wilhelm Wundt (1879-1920)”. Pereira (2001) analisa que: “Sobre a esteira de Wundt, Kraepelin esperava que a psicologia experimental pudesse vir a fornecer à psiquiatria a ciência de base sobre a qual assentar seus fundamentos, até ali tão incertos.” (p. 126).

Kraepelin nutria uma admiração pelo trabalho de Wundt<sup>4</sup> antes mesmo de conhecê-lo pessoalmente, e relata a influência decisiva dele em sua carreira, pois foi a partir da leitura do texto de Wundt sobre a alma dos animais e alma dos seres que Kraepelin optou pela Psiquiatria. (KRAEPELIN, 2012).

Tal qual um botânico observa e analisa o desenvolvimento das plantas, de sua origem até o estágio final de vida, Kraepelin observará o desenvolvimento dos sofrimentos psíquicos. (KRAEPELIN, 1908):

O importante do nosso diagnóstico consiste, portanto, nisso: que agora podemos, no início da doença, prever seu resultado em um estado característico de fraqueza, da mesma forma que chegamos a certas conclusões prováveis sobre o curso posterior da doença em estupor circular. O prognóstico, no entanto, não é realmente simples. Se a demência praecox é suscetível a uma recuperação completa e permanente respondendo às rígidas demandas da ciência ainda é muito duvidoso, se não impossível de decidir.<sup>5</sup> (p. nd)

Por isso, ele prezava pela minuciosa descrição do comportamento pregresso do paciente antes do primeiro episódio de surto e, posteriormente, a evolução do quadro, a fim de dar objetividade. (PEREIRA, 2001):

Seu método baseava-se na observação e descrição minuciosa dos fenômenos clínicos, buscando delimitar seus agrupamentos típicos e, sobretudo, sua evolução e seu “estado terminal”. A colocação em evidência de formas típicas e constantes de início, evolução e de desfecho de uma determinada constelação patológica é o que permitiria, a seus olhos, precisar a “história natural” daquela doença mental. Esforçava-se, pois, por delimitar o perfil clínico das diferentes entidades mórbidas tanto em termos sincrônicos quanto longitudinais, situando cada uma das patologias em um sistema nosográfico coerente. Essa seria, segundo o projeto kraepeliniano, a etapa nosológica e classificatória inicial, aguardando que os avanços da neuropatologia e da psicologia experimental pudessem dar a explicação científica

---

<sup>4</sup> A relação entre Kraepelin e Wundt cabe um trabalho à parte, por hora apenas ilustrado nesta passagem, mas o que nos interessa apresentar aqui é a influência do método wundtiano na psiquiatria kraepeliniana.

<sup>5</sup> Tradução nossa.

dos fenômenos psicopatológicos identificados. A hipótese subjacente a esse método era a de que mesmas “enfermidades” deveriam apresentar histórias naturais e desfechos clínicos semelhantes. (p. 127).

Kraepelin é contemporâneo de Paul Broca (1824-1880), primeiro neuroanatomista que consegue relacionar a localização de uma lesão cerebral com a manifestação de um sintoma. Estas ideias da localização estrita no córtex já vinham sendo desenvolvidas na Alemanha, por Franz Joseph Gall (1758-1828), que desenhou um “mapa do cérebro” humano, onde era possível localizar cada uma das chamadas “faculdades psicológicas”. Kraepelin acreditava, então, que estes estudos poderiam lançar luz ao debate da correspondência entre processos neurofisiológicos e processos psicológicos, e isto complementariam seu trabalho. (KRAEPELIN, 1908/2004, p. 87): “Se a doença danifica faculdades mentais (além de seu desaparecimento gradual provocado pela falta de uso das funções psíquicas) e como o faz são questões que necessitam de uma investigação mais aprofundada.”

No entanto, Kraepelin apontava que os estudos até aquele momento não podiam explicar a relação direta entre danos no tecido cerebral com o aparecimento de transtornos tais como a psicose, tão pouco, ele acreditava que isto seria possível:

Além do fato de que a relação real entre alterações no cérebro e anomalias mentais permanece totalmente obscura, os resultados do exame post-mortem continuam a nos deixar totalmente na mão, especialmente para muitas das formas mais fundamentais de loucura. Embora sejamos capazes de entender pelo menos algum sentido dos processos patológicos no cérebro dos paralíticos, certamente carecemos de fatos concretos sobre loucura, e não menos sobre melancolia e frenesi – fatos que uma compreensão fisiológica dos processos que ocorrem no tecido neural poderia nos dar. ... Mas, ao mesmo tempo, seria tolice afirmar que o objetivo de encontrar uma base patoanatômica para os transtornos mentais era em si inatingível. (Kraepelin, 1887/2005 p.352)

Portanto, Kraepelin entendia a neurologia, assim como a psicologia e a biologia como ciências auxiliares à psiquiatria. Afirmando os fundamentos de seu mentor Wundt, era crítico do que ambos denominavam “materialismo ingênuo”, onde a ênfase da pesquisa era a correlação anatomopatológica da loucura: “... uma posição de materialismo ingênuo, como fazem vários projetos de pesquisa especificamente médica, e suponha que o trabalho da psicologia e da psiquiatria se esgote na investigação da base física de nossa vida mental.” (p.355)

Porque para ele a relação real entre o cérebro e os processos de adoecimento não estavam bem explicitados pelas pesquisas que dispunham naquele momento, mas não descartava a base biológica para estes transtornos. Por este motivo, ele associou a demência precoce com uma degeneração cerebral inerente ao processo evolutivo da doença, o que não ocorria nos quadros maníacos depressivos. Investigando mesmo o início e desenvolvimento desses quadros, foi possível tecer um diagnóstico diferencial entre a demência precoce e a psicose maníaco depressiva.

Ao passo que Kraepelin criticava o “materialismo ingênuo”, também criticava as correntes psiquiátricas que estavam alicerçadas na base filosófica idealista. E defendia o método de se

fazer ciência, calcado na base do positivismo, apontando para a forma moderna de se fazer ciência:

É claro que, para nossos padrões contemporâneos, ambos se abstiveram desde o início de uma investigação verdadeiramente científica de seu objeto, que viram os sintomas psicopáticos como expressões de um ser transcendental que não estava sujeito às leis da natureza e que, portanto, tiveram que veem os sintomas corporais da loucura como irrelevantes e periféricos e apenas vagamente associados aos aspectos-chave de todo o processo. **A esterilidade científica**<sup>6</sup> de tais pontos de vista é responsável pelo total descrédito em que a psicologia, como fonte desses ensinamentos duvidosos, caiu após a reforma médica de nossa disciplina; até agora, a psicologia especulativa tem sido o único tipo de psicologia disponível. (KRAEPELIN, 1887/2005 p. 355-356)

Pereira (2001) assevera: “Bastante marcante, nesse sentido, é o esforço de Kraepelin para evitar que qualquer interpretação de caráter psicológico viesse a interferir na objetividade do processo descritivo. Era, pois, necessário ater-se estritamente ao plano da experiência e da observação ....”. Aqui, novamente notamos os aspectos fundamentais do método kraepeliniano: a atenção estrita à experiência e ao objeto, tal como preconiza o método da psicologia experimental wundtiana.

Portanto, quando Pereira (2001) destaca as esquivas de Kraepelin às “características psicológicas”, temos que ter em mente que não se trata de toda e qualquer psicologia, mas, mais especificamente, das correntes subjetivistas e interpretativas, pois Kraepelin apostava na psicologia, mas na Psicologia Experimental: “Se é possível avançar para melhores regras de diagnóstico psicopatológico, então devemos ter acesso ao conhecimento que permanece oculto à experiência prática do dia-a-dia. Parece que os métodos investigativos da psicologia experimental são os mais promissores para preencher, pelo menos parcialmente, essas lacunas em nosso conhecimento.” (KRAEPELIN, 1887/2005 p.356).

De acordo com Caponi (2011), a preocupação principal de Kraepelin era estabelecer uma boa anamnese familiar a fim de identificar a hereditariedade do quadro e isto era possível por meio de “uma rotina definitiva, que o estudante deve utilizar diante de seus pacientes” (KRAEPELIN, 1907 *apud* CAPONI, 2011 p. 835). (CAPONI, 2011):

... o registro de fatores hereditários tem absoluto predomínio sobre as referências aos contextos de vida dos pacientes, nos quais aparecem os sofrimentos psíquicos. Essa rotina metodológica tem quatro momentos ou passos que deverão ser sucessivamente seguidos: (1) a anamnese familiar; (2) a história pessoal do paciente anterior à doença; (3) a anamnese da doença e (4) o *status praesens* (termo utilizado para designar a descrição das condições do paciente no momento em que chegou à observação médica. (p. 835).

---

<sup>6</sup> Grifamos esta passagem, pois ela demonstra que Kraepelin, ao considerar os métodos utilizados pelas ciências materialistas e idealista estéreis de cientificidade, entrelinhas aponta que considera científico uma outra metodologia, como vimos afirmando neste trabalho, o modelo positivista.

Pela descrição apresentada da metodologia é como se o desenvolvimento da doença e sua degeneração já estivessem inscritas no substrato biológico do ser humano que a desenvolveu. O que garantia a Kraepelin um certo fatalismo, na maneira como lidava com os prognósticos para os casos de demência precoce. (KRAEPELIN, 1908):

Mas melhorias não são nada incomuns, o que na prática pode ser considerado equivalente às curas. Nesses casos, os pacientes sofrem um certo comprometimento de sua atividade mental e emocional e de seu poder de ação, e outros pequenos restos dos sintomas da doença podem talvez ser reconhecidos, mas eles podem ser totalmente capazes de preencher seu antigo lugar em relações simples. Isto é um assunto mais grave que, na maioria desses casos, a melhora é apenas temporária, e que esses pacientes correm grande risco de recaídas mais cedo ou mais tarde, sem qualquer causa particular, e geralmente sofrem lesões mais graves por sua doença<sup>7</sup>. (p. nd)

É o olhar de Kraepelin para o prognóstico, onde ele irá encontrar o principal fator diferencial da demência precoce em relação às outras psicoses. Raciocínio este herdado de Kahlbaum, como apontam Berrios e Hauser (2013) e Shorter (2015).

Como afirmam Berrios e Hauser (2013): “Ele insistiu, no entanto, em seu objetivo de curto prazo de encontrar uma classificação válida. Para fazer isso ele teve que mudar sua visão sobre “essência”, ou seja, que não era uma estrada real para a anatomia, mas apenas para o prognóstico.” (p. 136). Essência no sentido de representar a característica inerente e diferencial a este determinado fenômeno e de ir para além do sintoma aparente, direcionar suas investigações para aquilo que está por trás dos sintomas. De acordo com Vygotsky (1997):

Se o problema fundamental da investigação científica nesta área é a questão da natureza, da essência da enfermidade psíquica, Kraepelin postulou que tal essência das enfermidades psíquicas é precisamente a base do que observamos na clínica como quadro do complexo de sintomas, como o curso e o resultado da afecção dada. (p. 284)

Ao tratar, portanto, as características inerentes como algo fundamental para e própria deste determinado fenômeno ele acaba por apresentar um fator que assume características de essência do fenômeno, no caso de Kraepelin esta essência é dada de forma natural. Como aponta Foucault (1975):

Se se define a doença mental com os mesmos métodos conceituais que a doença orgânica, se se isolam e se se reúnem os sintomas psicológicos como os sintomas fisiológicos, é porque antes de tudo se considera a doença, mental ou orgânica, como uma essência natural manifestada por sintomas específicos. (p.nd)

Pois, é exatamente o que Kraepelin faz em sua análise sobre a demência precoce, ele toma o fato de que a evolução natural do quadro tende a uma degeneração cerebral –o que não

---

<sup>7</sup> Tradução nossa.

ocorre em um quadro de psicose maníaco depressiva— como a principal e singular característica da demência precoce.

### **Da Análise Onto-Histórica**

A compreensão da ontologia do modelo kraepeliniano, o desvelamento das características inerente a um tipo de sofrimento psíquico —as psicoses— que ele desenvolve são de fundamental importância para nossa análise que se pretende histórica e ontológica do trabalho de Kraepelin. Ele desenvolveu, a partir do modelo wundtiano de ciência, toda a base da psiquiatria moderna. formando, assim, as bases da organização nosográfica em psiquiatria como a medicina vinha fazendo com as outras formas de patologias orgânicas, como aponta FOUCAULT (1975): “Estas análises têm a mesma estrutura conceitual que as da patologia orgânica: em ambas, mesmos métodos para distribuir os sintomas nos grupos patológicos, e para definir as grandes entidades mórbidas.” (p.nd)

Sem cair numa crítica anacrônica, queremos demonstrar que algumas opções teóricas de Kraepelin sofreram grande influência do movimento de desenvolvimento científico que ocorria na Alemanha a partir da base epistemológica kantiana, mas não apenas estas influências, como também as políticas e ideológicas.

Essas influências que estão por trás das formas de classificação kraepeliniana têm também sustentado, até os dias atuais a forma de se fazer diagnósticos psiquiátricos pautados no modelo biomédico: as formas da ciência burguesa, embasadas nos modelos positivistas e neopositivistas no campo filosófico e o modelo individualizante e biologizante de compreensão do fenômeno do adoecimento e sofrimento psíquico. Formas "assépticas", no sentido de não se considerar suas raízes sociais e históricas que tratam o fenômeno do adoecimento psíquico como qualquer outro fenômeno natural com seu curso e desenvolvimentos próprios independente.

Por esta razão, de acordo com BERRIOS & HAUSER (2013)

A Psiquiatria ainda vive em um mundo kraepeliniano e os estudos sobre a obra de Kraepelin são, por conseguintes, a-histórico. ... No entanto, Kraepelin viveu e escreveu durante um período importante da história intelectual da Europa e sua obra só pode ser entendida neste contexto. (p. 126)

Mas, o que se compreende por história para se dizer que seus estudos são “a-históricos?”

Berrios e Hauser, na citação acima, já nos dão as pistas para o entendimento da teoria kraepeliniana a partir de seu contexto social e histórico. Então, para tentar responder a esta questão e introduzir nossa análise aos fundamentos de Kraepelin, tomaremos dois caminhos complementares: o primeiro é a nossa compreensão sobre o que é história a partir do nosso referencial teórico; a segunda reside no modelo de ciência em que se pautava Kraepelin e como este modelo embasa a ideia de uma teoria "a-histórica" e suas implicações nas práticas em saúde mental.

A tradição marxista, pois, compreende a história como o processo de acúmulo de desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, da coletividade humana, cujos conhecimentos e os produtos advindos desse desenvolvimento é transmitido culturalmente de geração após geração até os dias presentes. A história é também criação, a partir das bases

materiais já existentes, ela modifica a atividade já existente e a constrói de forma nova, um processo contínuo, teleológico, de produção e reprodução da coletividade humana. (MARX & ENGELS, 2015):

A história nada mais é do que o suceder-se de gerações distintas, em que cada uma delas explora os materiais, os capitais e a força de produção a ela transmitidas pelas gerações anteriores; portanto, por um lado ela continua a atividade anterior sob condições totalmente alteradas e, por outro, modifica com uma atividade completamente diferente as antigas condições ... . (p. nd)

A história, então, é a história das relações humanas com a natureza, a história está encarnada na história do próprio desenvolvimento da humanidade e em suas construções sociais, culturais, em suas instituições que garantem a produção e reprodução da vida.

Neste sentido, Vygotski (1995) explicita a intrínseca relação entre a história e sociedade: "... a simples verdade de que o desenvolvimento histórico é o desenvolvimento da sociedade humana e não do puro espírito humano, que o espírito se desenvolveu ao mesmo tempo que se desenvolveu a sociedade." (p. 27). Portanto, o espírito, a ideia, a consciência humana se desenvolve em conjunto com o desenvolvimento da sociedade humana, ele é condição, é fruto dos nexos internos do trabalho, o espírito humano é uma construção.

Desta forma, é imprescindível transcender o debate do campo das ideias, ou seja, não se pode tratá-las como se fossem independentes da materialidade de onde emergem. A história da razão é antes de tudo a História do processo de acúmulo histórico de conhecimento produzido por homens e mulheres a partir do desenvolvimento de suas forças produtivas. Nesse sentido, vale retomar a célebre frase de MARX (2015) acerca da História: "Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado." (p. 335)

História é processo, fruto de um modo de organização social, em constante movimento e mudanças, embora a construção da atualidade se dê sob os ombros ou escombros do passado. É sob esta ótica, ou seja, é esta condição de agora, que nos permite olhar para o passado e analisar as condições objetivas e materiais em que Kraepelin constrói sua teoria. Isto inclui as influências epistemológicas, mas também as condições políticas e sociais.

De acordo com Tonet (2013):

Pretendemos mostrar que a justa compreensão da problemática do conhecimento implica que este seja tratado sempre em sua articulação íntima com o conjunto do processo histórico e social, permitindo, assim, compreender a sua vinculação, mesmo que indireta, com determinados interesses sociais.

Vale enfatizar que não se trata de desconhecer, negar, desqualificar ou menosprezar os ganhos obtidos a partir dos outros paradigmas. Trata-se de compreender cada um deles em sua configuração histórica e social; compreender sua origem, a sua natureza e a função que cada um deles exerceu e exerce na reprodução do ser social. (p. 10-11)

Portanto, analisar os fatores históricos e sociais para a compreensão de um modelo teórico, como o fazemos aqui com o modelo kraepeliniano, é essencial para desvelarmos, em última instância, sua concepção do que é o ser humano –sua ontologia– encarnada na tradição filosófica a que Kraepelin representa: o positivismo alemão.

Embora Kraepelin se afirme “ateórico”, temos apresentado as influências teórico-filosóficas que seu modelo sofreu, dando ênfase aqui às ideias de Wundt. Num esforço de apresentar suas bases epistemológicas, históricas e sociais, buscamos descaracterizar a noção de um modelo atemporal e sem visões ideológicas. O trabalho de Kraepelin, pois, não é somente historicamente datada, mas como demonstram BERRIOS & HAUSER (2013) ele é também politicamente influenciada pela sociedade alemã governada por Bismarck:

A política bismarckiana invadia até mesmo o debate científico. A luta entre os localizacionistas (por exemplo, Hitzing e Fritsch) ocorreu em tal contexto. O sucesso dos primeiros deveu-se menos às forças científicas (o “experimento crucial” ainda não era possível no momento) do que ao fato de que ela refletia o rigor da cultura bismarckiana. ... Kraepelin foi um localizacionista convicto e dependeu do sucesso desta teoria. (p. 129).

O próprio caminho que Kraepelin percorre, caminhos epistemológicos –kantiano– e de as influências do método wundtiano se alinham aos ideias positivistas de se fazer ciência, ideias e métodos que ascendiam naquele momento histórico.

É interessante notar como Wundt importa a metodologia de observação da natureza para a dos fenômenos psíquicos. Vejamos, primeiro, a descrição que TONET (2013) faz acerca da metodologia positivista e, depois, comparemos com a wundtiano.

O que é o real? A resposta é clara e inequívoca: apenas aquilo que pode ser captado pelos sentidos. Pretender que exista algo que faça parte da realidade objetiva, mas que somente possa ser capturado pela razão, seria candidatar-se a todo tipo de extravio. Para evitar esses extravios era preciso ater-se à realidade empírica. (p.37)

E o que Wundt dirá a respeito da Psicologia e sobre a metodologia de investigação de seus fenômenos? De acordo com ARAÚJO (2005):

A Psicologia é uma ciência empírica cujo objeto de estudo é a experiência imediata. ... toda experiência pode ser analisada pelo seu conteúdo objetivo (experiência imediata) ou subjetivo (experiência mediata). No primeiro caso, a ênfase recai sobre os objetos da experiência (mundo externo), pensados independentemente do sujeito da experiência, enquanto, no segundo caso, investiga-se o próprio sujeito da experiência (mundo interno) em sua relação com os conteúdos da experiência. (p.94)

O que analogamente fará Kraepelin com a psiquiatria, pois ele entendia, assim como Wundt, que a ciência só era possível a partir da análise e descrição do fenômeno que era passível de ser captado pelos órgãos do sentido, evitando o que Tonet acima denominou “extravios”.

No entanto, o pensamento e o fazer científico, não são coisas que pairam, que estão descoladas da história e da sociedade, pelo contrário, são frutos de seu tempo histórico, de sua sociedade e expressa a dinâmica dessa sociedade, interesses políticos e etc. Ainda que

se queira neutra, ainda que se ache passível de abstrair-se de toda subjetividade, a ciência é fruto do pensamento de mulheres e homens que a produzem e, conseqüentemente, está inscrita social e historicamente em seu tempo. (TONET, 2013 p. 17): “Porém, de novo, são os indivíduos que elaboram teorias, explicações e concepções de mundo. Ao elaborarem suas teorias, porém, os indivíduos expressam, ao nível teórico, de modo consciente ou não, os interesses mais profundos das classes sociais “.

Assim, retomando à questão que nos colocamos no início deste tópico, pretendemos ter demonstrado que não se pode falar em uma teoria “a-histórica” na medida em que compreendemos que, uma teoria é expressão do conhecimento da realidade de um objeto em determinado tempo histórico e que, a compreensão do real perpassa necessariamente a compreensão desse real em sua totalidade, ou seja do objeto em sua relação com a realidade. E, o sujeito cognoscente está inserido nessa realidade histórica e social, sua capacidade de conhecimento, a teoria e método dos quais lançam mão são inscritos também em um tempo histórico e não podemos ignorar estes determinantes.

### **A pseudoconcreticidade e a ciência do imediatismo**

O que se deve destacar é que, o método kraepeliniano, baseado na introspecção de Wundt, visa a estudar um fenômeno a partir de sua forma imediata, seria a forma de se estudar o objeto de forma mais pura ou objetiva. E, a partir das observações feitas sobre o fenômeno, descreve-se como este objeto se apresenta e se desenvolve ao longo do período de observação, não se extrai, portanto, uma teoria sobre o objeto estudado.

Assim, na tradição marxista, a investigação científica tem por objetivo (NETTO, 2011 p.22): “... indo além da aparência, imediata e empírica –por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo esta aparência um nível da realidade e, portanto algo importante e não descartável–, é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto.” .

Neste sentido, Vygotsky (1997) afirma:

Quem julga as coisas só por suas manifestações causais, o faz erroneamente, é inevitável que chegue a representar de modo falso a realidade que estuda e a dar indicações erradas sobre como atuar sobre esta realidade. ... O que sucede é que a ciência estuda os vínculos, as dependências, as relações que se encontram na base da realidade, que existem entre as coisas.<sup>8</sup> (p. 282)

E deve produzir uma teoria sobre o fenômeno estudado que apreenda o movimento real do objeto estudado. (NETTO, 2011):

A teoria não se reduz ao exame sistemático das formas dadas de um objeto, com o pesquisador descrevendo-o detalhadamente e construindo modelos explicativos para dar conta –à base de hipóteses que apontam para a relação causa/efeito– de seu movimento visível, tal como ocorre nos procedimentos da tradição empirista e/ou positivista. (p. 20).

---

<sup>8</sup> Tradução nossa.

Ora, teoria e método não são coisas distintas entre si, mas método é produto das elaborações teórico-científicas. Assim, a apreensão do fenômeno perpassa necessariamente a construção teórica sobre o fenômeno de modo a apreender a dinâmica e realidade deste fenômeno..

Como afirmamos anteriormente, Kraepelin nos apresenta uma consistente descrição de relações de causa e efeito sobre a expressão dos sintomas da demência precoce, desvelando assim um dos aspectos do movimento do fenômeno. Como aponta Vygotsky (1997)

Kraepelin foi o primeiro em criar uma sistematização das enfermidades psíquicas, que converteu a manifestação da enfermidade e seus sintomas apenas em indícios, em exteriorizações, por trás das quais se ocultava o verdadeiro processo patológico, que está determinado, não somente pelas manifestação da enfermidade em um momento dado, como também, por sua origem, curso, resultado clínico, marcas anatômicas e outros elementos que, tomados em conjunto, criam o quadro completo da autêntica forma patológica.<sup>9</sup> (p. 280).

De todo modo, o que, estamos tratando como a essência da demência precoce, na teoria kraepeliniana, aquilo que a distingue de outras psicoses, ainda que seja pautada na realidade e materialidade da doença –processo de degeneração cerebral–, não responde a questões importantes sobre o fenômeno: “O que, então, seria a causa dessa degeneração? Por quais motivos as pessoas expressam tal forma de sofrimento psíquico com estes sintomas? E como adquire? Por que seu desenvolvimento provoca um tipo de degeneração cerebral?”

Por isso é fundamental conhecer o objeto de estudo em sua totalidade, não apenas um dos aspectos de sua realidade, como o faz Kraepelin no caso da “demência precoce”. E para que seja possível essa apreensão da totalidade do fenômeno é necessário transcender o campo das aparências, transcender o campo do imediatamente dado, romper com o “mundo da pseudoconcreticidade” e analisar as determinações sociais e históricas do objeto. Neste sentido, reiteramos, as análises kraepelinianas conseguem apreender apenas parte da essência do fenômeno, pois a aparência ao mesmo tempo que revela esconde sua essência.

É isto que Kosik (1976) denomina “o mundo da pseudoconcreticidade”:

O complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana, que, com a sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural, constitui o mundo da pseudoconcreticidade. A ele pertencem: –o mundo dos fenômenos externos que se desenvolvem à superfície dos processos realmente essenciais; –o mundo do tráfico e da manipulação, isto é, da *práxis* fetichizada dos homens (a qual não coincide com a *práxis* crítica revolucionária da humanidade); –o mundo das representações comuns, que são projeções dos fenômenos externos na consciência dos homens, produto da *práxis* fetichizada, formas ideológicas de seu movimento; –o mundo dos objetos fixados, que dão a impressão de ser condições naturais e não são imediatamente reconhecíveis como resultado da atividade social do homem.

---

<sup>9</sup> Tradução nossa.

O mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial ou sob certos ângulos e aspectos. (p. 15)

Ao postular que essência das enfermidades psíquicas em seu curso e em seu resultado, Kraepelin recai exatamente no mundo da pseudoconcreticidade, pois a "essência" que ele pôde apreender é esta essência que Kosik acima denomina inadequada, parcial ou apenas limitada a certos aspectos. É nisto, para nós, em que consiste a crítica de vygotskiana a Kraepelin quando Vygotsky(1997) afirma que: "Kraepelin foi um Darwin da psiquiatria moderna, mas sem a teoria da evolução. ... Segundo uma feliz expressão de Goethe, converteu o problema em um postulado<sup>10</sup>." (284). Ou seja, o que é próprio às ciências da natureza, criar uma metodologia de investigação de fenômenos e, a partir de suas observações e experimentos estabelecer as leis de funcionamento de determinado fenômeno, ou seja cria-se axiomas que se tomam por universais. Conforme afirma Duayer (2010):

O positivismo lógico pretendeu desempenhar essa função normativa postulando uma estrutura geral do discurso científico, que, presumidamente, conseguirá isolar pelo exame das ciências naturais paradigmáticas, em particular, a física. Segundo essa prescrição, toda discurso científico apresenta ou deve apresentar uma estrutura hipotético-dedutiva, também conhecida como modelo HD do discurso científico ... sob esta ótica, uma teoria nada mais é do que um conjunto de axiomas, incluindo ao menos uma lei geral, igualmente axiomática, conjunto do qual é deduzida uma série de proposições sobre fenômenos observáveis ... as teorias são justificadas por sua corroboração pela evidência observacional. (p.61)

Mas, ainda assim, foi neste movimento de investigação das diferenças entre as psicoses que Kraepelin colocou a psiquiatria nos trilhos da modernidade e da investigação científica, abandonando, por um lado, as descrições que tinham por objetivo apenas espelhar o fenômeno, sem qualquer reflexão sobre as relações que este estabelece com outros determinantes, como ele próprio fez relacionando os sintomas com o curso do desenvolvimento das psicoses e seus resultados finais.

Todavia, o exercício intelectual de transpor à teoria a apreensão do fenômeno é tão necessário quanto descrever seus sintomas e o curso do seu desenvolvimento. "Captar o fenômeno de determinada coisa significa indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno, e como ao mesmo tempo nele se esconde. Compreender o fenômeno é atingir a essência." (KOSIK, 1976 p.16) A este trabalho se deve pôr a ciência para apreender a realidade, que é a unidade entre fenômeno e essência.

O exercício do conhecimento é também o exercício de construir uma teoria sobre o objeto que se estuda. Porque, "Como a essência –ao contrário dos fenômenos– não se manifesta diretamente, e desde que o fundamento oculto das coisas deve ser descoberto mediante uma atividade peculiar, tem de existir a ciência e a filosofia." (KOSIK, 1976 p.17)

---

<sup>10</sup> Tradução nossa.

A ciência, pois, existe justamente para apreender e explicar os fenômenos do mundo, compartilhar o conhecimento acerca do fenômeno apreendido por meio da teoria, a fim de produzir condições objetivas e materiais que possibilitem a novas intervenções no meio, cada vez mais adequadas, em última instância, transformar a realidade:

Porque se a ciência não se orienta para o conhecimento mais adequado possível da realidade existente em si, se ela não se esforça para descobrir com seus métodos cada vez mais aperfeiçoados essas novas verdades, que necessariamente são fundadas também em termos ontológicos e que aprofundam e multiplicam os conhecimentos ontológicos, então sua atividade se reduz, em última análise, a sustentar a práxis no sentido imediato. (LUKÁCS, 2012 p. 58)

E, neste sentido, a teoria deve expressar, portanto, a captação da realidade do fenômeno, explicitar suas raízes, sua gênese e suas relações para além do objeto propriamente dito, principalmente, compreender que o fenômeno é um todo complexo e multideterminado que não se encerra em si mesmo. É fundamental ir além da aparência, é imprescindível conhecer a essência do fenômeno e suas determinações objetivas e materiais, sociais e históricas para atuar/construir caminhos de atuação que visem a solucionar/transformar o problema posto na pesquisa. A teoria kraepeliniana transformou as relações da psiquiatria com o fenômeno das psicoses, mas ainda assim não pôde transcender o “mundo da pseudoconcreticidade”, pois enraíza-se na práxis fetichizada.

### **Conclusão**

A apreensão das influências tanto política quanto teóricas dos estudos de Kraepelin nos ajuda a desvelar os fundamentos ontológicos do modelo kraepeliniano e, para tanto, citamos as influências do arcabouço teórico-metodológico wundtianos e da política bismarckiana, como também, do movimento intelectual –o positivismo. Neste sentido, a compreensão do objeto de estudo –as psicoses, por exemplo– à maneira como se concebe, nas ciências naturais, um objeto de estudo, ou seja, como um objeto estável e independente de sua relação com o meio e dos afetos de quem manifesta os sintomas, o objeto visto de forma isolada (ou ao menos a tentativa de isolar este objeto), evidencia a ideia, ainda corrente, de que as psicoses são manifestações naturais, no sentido de que já em sua raiz, em sua gênese está fadada ao desenrolar de seu desenvolvimento sem que se possa evitar. A ideia de desenvolvimento patológico aí expressa, reforçam e alimentam as teorias da hereditariedade e de fatores genéticos como determinantes no desenvolvimento dessas patologias.

Os escritos de Kraepelin, incluindo o de sua maturidade, se apresentam de modo a correlacionar causa - correspondência anatômica –e efeito– sintomas manifestos, mas estas não são redutíveis uma à outra, mas mantém sua compreensão naturalista das unidades de doenças. Porém, esta correlação, quando existente, corresponde a apenas um dos aspectos da realidade do objeto, a realidade imediata e empírica, mas não é capaz de apreender sua essência, que é a estrutura e a dinâmica do objeto. E, grosso modo, este nem é objetivo de suas investigações, seu trabalho visava a solucionar um problema, a ter uma função prática e manipular o meio, a partir de seu conhecimento.

(A ciência positivista) Estava voltado para a transformação da natureza com o intuito de dominá-la e de colocá-la a serviço dos interesses humanos. Por isso mesmo, ele

não poderia estar direcionado à busca da essência das coisas, mas à apreensão daquelas qualidades que pudessem ser submetidas à mensuração e à quantificação. (TONET, 2013 p.36-37)

Perfeitamente alinhado com os ideais de sociedade e de ciência de sua época, Kraepelin tece formas de agir na realidade, de manipular esta realidade focado na aplicabilidade prática da ciência e com isso, soluciona uma das questões mais importantes para a psiquiatria de sua época: o diagnóstico diferencial das psicoses. Ele próprio relata em seu livro de memórias (KRAEPELIN, 2012), o trabalho de observação e medição do tempo de duração das crises psicóticas, o intervalo entre uma e outra crise, metodologia que ele adotava nos anos de trabalho no laboratório de Wundt.

Contudo, todo seu percurso de pesquisa nos demonstra a sua opção pelo modelo hegemônico da época de se fazer pesquisa, onde os fenômenos humanos são tratados de forma isolada e sem qualquer relação com seu meio, o que demonstra a noção implícita de que ser humano é ser natural que, embora dotado de razão que nos diferencia de outras espécies animais, ainda assim é lido, aos olhos do positivismo, como um ser cuja natureza é biológica e não histórica, cujo biológico, apesar da razão, ainda é o que determina não apenas o desenvolvimento de patologias, mas a própria razão –consciência– é interpretada como fruto da hereditariedade e não da relação com o meio.

Desta forma, a apreensão da ontologia, das bases epistemológicas de Kraepelin é fundamental para entendermos que seu modelo de psiquiatria está calcado em uma concepção de ser humano e sociedade, historicamente datada, alinhada com os ideais conservadores da sua época. Não à toa, as ideias kraepelinianas são retomadas, agora, a partir da década de setenta do século XX, e na primeira década do século XXI aliadas ao recrudescimento do conservadorismo, sob o debate e a justificativa da demanda por uma ciência experimental.

Ora, não podemos ser ingênuas e não encarar que a ciência é feita por disputas internas de modos diferentes de olhar para o mesmo fenômeno. É imprescindível, pois, apreender o debate das ciências, inscrito dentro do debate da luta de classes.

... para a nova classe dominante em ascensão, para a burguesia, o desenvolvimento irrestrito das ciências, sobretudo das ciências naturais, era uma questão vital. Ela jamais teria se conformado com alguma resolução da Igreja no sentido de que os novos conhecimentos não deveriam ser utilizados para melhor dominar as forças da natureza. Por essa razão, a atitude diante da objetividade real, diante da questão de se as verdades das ciências naturais reproduzem efetivamente a realidade objetiva ou apenas possibilitam a sua manipulação prática, domina a filosofia burguesa desde os dias de Belarmino até hoje, determinando sua posição em todos os problemas ontológicos. (LUKÁCS, 2012 p. 48)

A análise onto-histórica do modelo kraepeliniano é uma das etapas necessária para o enfrentamento das formas hegemônicas de se fazer psiquiatria que, em última instância, como tentamos demonstrar, estão aliadas a uma determinada compreensão de ser humano, ratificando uma determinada forma de produção e reprodução social a fim de sua manutenção e conservação. Não tratamos, contudo, de invalidar o trabalho ímpar de Kraepelin, mas de

interpretá-lo a partir de novas bases, a partir das bases da Ontologia do Ser Social, bem como, apontar caminhos teóricos para sua superação.

## Referências

- Araújo, S. d. F. (2005). Wilhelm Wundt e o estudo da experiência interna. In *História da Psicologia Rumos e Percursos* (pp. 93-104). Nau.
- Berrios, G. E., & Hauser, R. (2013). O Desenvolvimento Inicial das Ideias de Kraepelin sobre Classificação: uma história conceitual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 126-146. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000100010>.
- Caponi, S. (2011). A Hereditariedade Mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 833-852. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300004>
- Decker, H. S. (2007) **How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? - from Emil Kraepelin to DSM-III.** *In: History of Psychiatry*
- Duayer, M. (2010). Relativismo, Certeza e Conformismo: para uma crítica das filosofias da perenidade do capital. *Revis. Sociedade Brasileira de Economia Política*. São Paulo, no 27, p. 58-83
- Ferreira, A. A. L. (2005). O Múltiplo Surgimento da Psicologia. In *História da Psicologia: Rumos e Percursos* (pp. 13-46). Nau.
- Foucault, M. (1975). *Doença Mental e Psicologia*. Tempo Brasileiro.  
<http://www.foucault.ileel.ufu.br/foucault/textos/doenca-mental-e-psicologia-michel-foucault#>.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. FioCruz. 978-8575414989
- Fichamento: Heckers, S., Engstrom, E. J. and Kendler, K. S. **"Manifestation of Insanity": Kraepelin's final views on psychiatry nosology in their historical context.** *In: Mol Psychiatry* (2021). <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01232-9>
- Kosik, K. (1976). *Dialética do Concreto*. Paz e Terra.
- Kraepelin, E. (1887/2005). **The directions of psychiatric research (1887).** ("Classic Text No. 63", tradução e notas de E. J. Engstrom e M. M. Weber). *History of Psychiatry*, v. 16, n. 3, p. 350-364, 2005. <https://doi.org/10.1177/0957154X05056763>
- \_\_\_\_\_. (1908). *Lectures on Clinical Psychiatry*. Kindle Edition. ASIN: B00KFOZK5Q
- \_\_\_\_\_. (2004). *Obras de Kraepelin*. Climepsi.
- \_\_\_\_\_. (2012). *Memoirs* (H. Hippus, D. Ploog, & G. Peters, Eds.; C. Wooding-Deane, Trans.). Springer Berlin Heidelberg. 10.1007/978-3-642-71924-0
- Lukács, G. (2012). *Para uma Ontologia do Ser Social I*. Boitempo.
- Marx, K. (2015). *Manuscritos econômico-filosóficos* (Kindle ed.). Boitempo Editorial.
- Marx, K., & Engels, F. (2015). *A ideologia alemã* (Kindle ed.). Boitempo Editorial.
- Netto, J. P. (2011). *Introdução ao Estudo do Método em Marx*. Expressão Popular.

Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Ciencia Moderna: Una aproximación a la historia de la Esquizofrenia. *Clinica y Salud*, 21(3), 205-219. <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&nrm=iso)>

Pereira, M. E. C. (2001). Kraepelin e a Criação do Conceito de "Demência Precoce". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IV(4), 126-129. <https://www.scielo.br/lrpf/a/tdBhnYgSYyxkGKWMJXpvfxg/?lang=pt>

Fichamento: SHORTER, E. (2015) **What Psychiatry Left Out of the DSM-5: Historical Mental Disorders Today**. Ed. Routledge. ISBN: 978-1-315-73699-0 (ebk)

Tonet, I. (2013). *Método Científico: uma abordagem ontológica*. Instituto Lukács.

Vygotsky, L. S. (1995). *Obras Escogidas: problemas del desarrollo de la psique. Tomo III*. Machado Libros.

\_\_\_\_\_. (1997). *Obras Escogidas: fundamentos de defectologia Tomo V* (Kindle ed.). Machado Libros.

# ¿INFANCIA ES DESTINO? SOBRE LOS EFECTOS EMOCIONALES DE LOS ADOLESCENTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA

**Armando Sánchez Gutiérrez**  
*Zihuatanejo, Guerrero. México*

## Resumen

Desde una perspectiva psicoanalítica, nos planteamos la interrogante sobre los efectos emocionales en los adolescentes, durante la pandemia de Covid 19. Como punto de partida, el recorrido permite hacer un análisis en diversas fuentes de investigación, recogiendo algunos datos significativos que nos muestran como los jóvenes estudiantes han sido seriamente afectados por dicha emergencia sanitaria en todas las latitudes. En este estudio se toma como referente teórico la aportación que realiza Santiago Ramírez, en su texto *Infancia es destino*, sobre el desarrollo emocional de los jóvenes.

Nos queda claro que, no se pudo evitar el sufrimiento emocional que nos ha traído la pandemia y desconocemos cuándo llegará a su fin, de ahí lo pertinente de nuestro cuestionamiento; *¿Infancia es destino?* Por lo tanto... ¿Cuáles serán los efectos emocionales que hoy ha dejado la pandemia en nuestros jóvenes?

**Palabras clave:** infancia, psicoanálisis, emociones, efectos y pandemia.

## Summary

*From a psychoanalytic perspective, we ask ourselves the question about the emotional effects on adolescents during the pandemic. As a starting point, the tour allows an analysis in various research sources, collecting some significant data that show us how young students have been seriously affected by this health emergency in all latitudes. This study takes as a theoretical reference the contribution made by Santiago Ramírez, in his text *Childhood is destiny*, on the emotional development of young people.*

*It is clear to us that, the emotional suffering that the pandemic has brought us could not be avoided and we do not know when it will come to an end, hence the pertinent Ness of our question; *Is childhood destiny?* Therefore... What will be the emotional effects that the pandemic has left on our young people today?*

**Keywords:** *Childhood, Psychoanalysis, emotions, effects and Pandemic.*

## Efectos emocionales de los adolescentes en tiempos de pandemia

*El troquel temprano, infancia imprime su sello  
a los modelos de comportamiento tardío:  
en otros términos, praxis es devenir o  
la infancia es el destino del hombre  
(Ramírez, 2013)*

### Amanera de introducción...

¿Cuál es el futuro emocional de los jóvenes después de la pandemia? En un contexto de una psicosis planetaria, el enfoque de este ensayo es abordar desde el punto de vista de un docente, los *problemas emocionales* de los ciudadanos *en la comunidad escolar* y de manera particular de los jóvenes estudiantes. De acuerdo a los registros históricos en términos de pandemias, en el año 1918 la influenza generó resultados similares en la humanidad, aunque con unas diferencias sustanciales, dado que en aquellos tiempos no se poseían los medios de comunicación, que han condicionado la actitud y la conducta social, ni la tecnología médica, que busca erradicar el virus, y que nos pone de frente ante un panorama de incertidumbre.

De ahí que, hoy estamos ante el reto para encontrar los medios para hacer frente a una situación que no sabemos cuándo terminará, debo decir que, con un gran desconcierto profesional, ya que siguen apareciendo variantes del Covid 19, generando una incertidumbre. En consecuencia, este tipo de situaciones nos muestra la fragilidad de la vida, en un sistema de vida de acopio material, y que nos lleva a confrontarnos de lo inútil de tantas mercancías a los que estamos apegados, en las cuales vamos dejando gran parte de nuestra vida por su obtención... ahora bien, comparto mi visión desde una perspectiva de confusión ante lo que nos dejó la pandemia y sobre todo, cuestionándonos... ¿cuál será la conducta y actitudes a futuro de nuestros jóvenes adolescentes.

### Su aparición oficial...

Los daños ocasionados por la pandemia han dejado secuelas mentales inimaginables en todas aquellas personas que fueron afectadas a lo largo de dos años alrededor del mundo. La afectación económica, el desarrollo de prácticas comunitarias y la salud son el resultado de una pandemia novedosa y dañina

Pues bien, el asunto fue de tal magnitud que ante el avance de la enfermedad y la psicosis que se generaba en la sociedad, como consecuencia de la información poco precisa y alarmante de los medios de información, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo la declaración de considerar al Covid 19 como *pandemia planetaria*.

En tanto, en relación con nuestro tema, después de tales medidas administrativas, nos cuestionamos, ¿cuáles han sido los *efectos emocionales* que se han hecho presentes como resultado del problema sanitario?... Veámoslo en el siguiente apartado

Con la llegada de una enfermedad hasta ahora desconocida, se tomaron acuerdos como la restricción de la vida comunitaria, tales como, el cierre de escuelas, establecimientos de diversión y deportivos, que trajeron como consecuencia el alejamiento físico entre los jóvenes, rompiendo con el apego que se había desarrollado con la relación cotidiana entre los jóvenes.

En consecuencia, esta cancelación de la vida social, provocó frustraciones producto de la cancelación de proyectos de vida ya contemplados, tales como actividades deportivas, de esparcimiento, de goce, académicas... etc. Ahora bien, no es un secreto, que esta etapa del desarrollo psicosocial del adolescente, *la relación de pares*, genera conocimientos y habilidades producto de la identificación de intereses comunes

En relación con nuestro país, se adoptaron medidas similares y se consideró el regreso a las aulas cuando el semáforo sanitario se encontrase en *color verde*, de acuerdo al protocolo establecido por las autoridades sanitarias dado que, en ese momento, no existían condiciones mínimas para el trabajo al interior del aula, tomando la decisión de realizar las clases desde la seguridad que nos proporciona el hogar.

Y hoy aunado a dichos factores sociales, la aparición de la pandemia, de acuerdo a los datos que vamos a compartir vino a generar una crisis emocional entre los adolescentes, Ahora bien, estas medidas, ¿qué consecuencias emocionales generaron principalmente en los jóvenes?... veámoslo ahora.

### **Efectos emocionales asociados a la pandemia del Covid-19.**

Como punto de partida, haciendo un recorrido en diversas fuentes de investigación, retomamos algunos datos significativos que nos muestran como los estudiantes han sido seriamente afectados por dicha emergencia sanitaria en diversas latitudes.

De acuerdo a Sara Maneiro (2020), quien referencia datos de la Cepal, Orealc y la Unesco en el terreno de la educación, señala, como primer paso, se generó el cierre masivo de las instituciones en alrededor de 190 países, esto como una estrategia de contención al virus. Específicamente la Unesco, nos dio a conocer que, en el mes de mayo de 2020, más de 1, 200 millones de estudiantes en todo el mundo y en sus diversos niveles escolares dejaron de acceder a clases de tipo presencial, de los cuales 160 millones eran de América Latina y el Caribe, espacio social que nos ocupa...

En el mismo sentido, podemos iniciar señalando que, resulta notable en el laboratorio de *Emociones* de la Universidad de Málaga (UMA) en España, en colaboración con otras instituciones como el grupo *Cognición y salud* de la Universidad Complutense de Madrid, al igual que, algunas Universidades de Argentina y la Republica dominicana, documentaron un dato relevante y coincidente: “*Son los jóvenes el sector de población más vulnerable a los efectos del confinamiento, y a la generación de las consecuencias emocionales de la pandemia*”. ([www.20minutos.es](http://www.20minutos.es),2020).

Como consecuencia, en la región de Cataluña, así lo consigna Sáez (2020), muchas instituciones educativas, encontraron malestares emocionales como, tristeza, soledad, apatía, frustración e incluso rabia en la conducta de los jóvenes, las cuales se manifestaban fuertemente o eran poco significativos en función del contexto particular y los mecanismos de defensa de cada afectado. En este mismo trabajo Sáez, puntualiza un rasgo en los jóvenes de Bachillerato...*la incertidumbre por el futuro*.

*Los resultados fueron obtenidos a partir de una encuesta, precisando que los jóvenes se sienten especialmente “castigados” por diferentes motivos, entre ellos porque la pandemia rompe o amenaza sus proyectos vitales: selectividad, exámenes, comenzar una carrera o buscar un empleo, o porque su estilo de vida es más activo*

*y se ve más alterado por el confinamiento. Señala, además, una especial afectación en las mujeres, ya que estas presentaron más ansiedad y episodios de depresión. (www.20minutos.es,2020).*

En el mismo tenor, el director del IES *Quatre Cantons*, en Barcelona, señaló que la *apatía* en los jóvenes les ha generado problemas para conciliar el sueño, sumado, al *descontrol de sus horarios* de sus actividades previas a la pandemia. Tal como lo refiere Sáez (2020). Otro dato significativo es que el Servicio para Adolescentes y Familias (SAIF), triplicó el número de servicios vía telefónica (545) a los jóvenes que requerían apoyo psicológico.

Según declara Montse Pujol, estos/estas jóvenes adolescentes, sufren de ansiedad, insomnio; están preocupados por la situación laboral de sus padres; no saben qué pasará con el curso; las relaciones incipientes de pareja se truncan; porque han perdido a algún familiar y no han podido elaborar el duelo; o porque se sienten solos, aislados de sus amigos. (Sáez, 2020).

Por su parte, según datos de la encuesta de *Seguimiento de los efectos de la Covid-19*, aplicadas a niñas, niños y adolescentes (ENCOVID;19) por la Unicef en la Ciudad de México, en el año 2020, se consideró que: “los problemas de salud mental se exacerbaron a partir del inicio del confinamiento, siendo la ansiedad y la depresión los de mayor prevalencia. el distanciamiento social y el confinamiento prolongado afectó su salud mental provocando que se sintieran estresados y deprimidos”. (Unicef, 2021)

Entre los síntomas de la depresión se encuentran: tristeza o irritabilidad inusuales y persistentes; pérdida de interés en actividades que alguna vez se disfrutaron; cambios en el peso y en los patrones de sueño, pereza, así como sentimientos de inutilidad o desesperanza. La presencia de varios de estos síntomas, durante más de dos semanas, debe llevar a madres, padres o cuidadores a tomar medidas, señalan especialistas. (Unicef, 2021)

Con esta última información, arribamos finalmente a la estructura teórica, desde una perspectiva psicoanalítica, que dio lugar a estos inquietantes acontecimientos

### **En tanto, ¿qué nos dice el psicoanálisis?**

Ahora bien, interrogados por esta realidad y sus efectos, vale la pena recordar las palabras de Santiago Ramírez en su trabajo sobre la Genesis de la conducta, quien desde una perspectiva psicoanalítica plantea en su libro: *Infancia es destino* que... “*Un adolescente es un sujeto deseoso de encontrar un marco, una identidad, que lo definan e integren...*” (Ramírez, 2013), esto a propósito del desarrollo socioemocional infantil.

En este mismo texto, Santiago Ramírez, busca sustentar su predicción tanto cultural como biológicamente, por tanto, su análisis dice que:

Toda edad tiene su problemática y está es el resultado de contradicciones evidentes entre las potencialidades biológicas inherentes a ellas y la posibilidad que la cultura brinda en un momento dado para satisfacerlas. El adolescente, hombre o mujer, se encuentra en el umbral de una realización cabal en todos los órdenes desde el punto de vista biológico: la limitación socioeconómica que la cultura impone hace que la distancia que media entre la posibilidad y el logro sea cada vez mayor. En un mundo

cuyo dominio técnico, cuya competencia y rivalidades demandan cada vez una mayor cuantía de aprendizaje, el hiato entre la potencialidad y la adquisición se hace cada vez más insalvable (Ramírez, 2013)

Así las cosas, en un contexto donde la pandemia amenaza tanto la vida, como su identificación comunitaria, en su mismo análisis Santiago Ramírez señala la necesidad de recuperar...

Un marco, que encuadre tanto su papel dentro del contexto familiar en que se desarrolla, como en referencia a la posibilidad de control ante los impulsos emergentes que amenazan. Una identidad que le permita emplear las funciones ejecutoras del Yo, para brindarlas oportunamente a la realización de un esquema, programa, y plan dentro de las cuales obtener seguridad; búsqueda de identidad en cuanto papel sexual, a la participación social y a la integración intelectual y económica (Ramírez, 2013)

Ahora bien, llegados a este punto, con la información presentada anteriormente, se puede concluir con datos categóricos que a continuación se plasman.

... tenemos que el 53% de las personas entre 18 y 34 años presentan más problemas de concentración, y el 49% asegura haber experimentados sentimientos depresivos. Los menores de 30 años que estudian revelan que han sido muy afectados por la pandemia, puesto que en algunos casos han tenido que aumentar las horas de estudio, y por otro lado el paso a las clases online ha conllevado a un aumento de tareas y dificultades añadidas. Este estudio ha develado además que las personas de entre 16 y 24 años registraron los peores resultados en los indicadores de estados de ánimo negativos como la tristeza, la angustia, el aburrimiento y la incerteza, así como en los positivos, tales como la confianza y la esperanza. Educaweb (2020)

Con estos últimos datos y aportaciones teóricas, llegamos, finalmente a la conclusión, resultado de los acontecimientos planetarios del advenimiento de una enfermedad novedosa, rodeada de una inmensa incertidumbre, que nos deja a una gran cantidad de cuestionamientos, principalmente en relación con la salud mental de los adolescentes.

### **A modo de conclusión**

Al termino de este recorrido, una reflexión se impone. Es el momento de la solidaridad, en todos estos casos, vale la pena recordar lo que Luis Tamayo nos compartió en su artículo: *Por un protocolo para los hospitales: "ante la muerte el dolor es inevitable... pero la locura, el duelo patológico y sus reacciones asociadas, sí que pueden ser minimizados"*, (2020) Entendemos, que no se pudo evitar el sufrimiento emocional que nos ha traído la pandemia y que no sabemos cuándo llegará a su fin. Pero, a pesar de todas las dificultades que afrontamos, hoy se hace presente la solidaridad mediante el diálogo, que hoy nos convoca, tal cual nos enseñó el Maestro Sócrates, buscando una *Catarsis social* a la manera freudiana, esta que nos libera de momentos dolorosos y nos permite buscar una salida comunitaria en todos los espacios sociales que ocupamos y, donde la educación juega y jugará un papel relevante, por lo tanto, considero, es hoy en este espacio, un homenaje al *esfuerzo personal y al amor generoso*, de aquellos que arriesgaron su vida, en su práctica profesional y concluimos interrogados por el

siguiente pronóstico, y sus dolorosos resultados: *¿Infancia es destino?* Por lo tanto... ¿Cuáles serán los efectos emocionales que hoy ha dejado la pandemia en nuestros jóvenes?

## Referencias bibliográficas

Educaweb, R. (09 de 06 de 2020). [www.educaweb.com](http://www.educaweb.com/noticia/juventud-mas-afectada-nivel-emociona-laboral-covid-19/). Obtenido de <http://www.educaweb.com/noticia/juventud-mas-afectada-nivel-emociona-laboral-covid-19/>

Maneiro, S. (25 de 08 de 2020). [www.iesalc.unesco.org](http://www.iesalc.unesco.org). Obtenido de <http://www.iesalc.unesco.org/informe-cepal-y-unesco-la-educacion-en-tiempos-de-covid-19/>

Ramírez, S. *Infancia es destino*. Siglo XXI México 2013

Sáez, C. (18 de 05 de 2020). [www.lavanguardia.com](http://www.lavanguardia.com). Obtenido de <http://www.lavanguardia.com/ciencia/los-psicologos-atienden-tres-veces-mas-casos-de-adolescentes-con-ansiedad/>

Tamayo, L. (7 de mayo 2020) Obtenido de <https://www.researchgate.net/deref/https%3A%2F%2Fwww.enlalupa.com%2F2020%2F05%2F07%2Fpor-un-protocolo-para-los-hospitales-luis-tamayo-perez%2F>

[www.20minutos.es](http://www.20minutos.es). (11 de 05 de 2020). Obtenido de <http://www.20minutos.es/coronavirus-los-jovenes-son-los-principales-afectados-por-el-confinamiento-segun-estudio-psicologico>.

# SALUD MENTAL Y COVID-19 EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUBANOS.

**Roxanne Castellanos Cabrera**

**Aurora García Morey**

**Daidy Pérez Quintana**

*Facultad de Psicología, Universidad de La Habana*

**Jagger Álvarez Cruz**

*FLACSO-Cuba, Universidad de La Habana*

## **Resumen**

La colaboración entre el Minsap, Facultades de psicología y (Flacso-Cuba), de la Universidad de La Habana y la oficina de Unicef-Cuba, propició la evaluación de la salud mental de una muestra de niños/as y adolescentes cubanos convalecientes de la Covid-19. Este trabajo aborda la caracterización del estado psicológico de una muestra de 44 niños/as y adolescentes, mediante técnicas no verbales, (dibujo libre y temático), composición y una encuesta al cuidador principal. Se encontró que el 81.8 % está afectado emocionalmente, sin que exista desorganización de los procesos cognitivos. El 60 % de las cuidadoras principales no expresa conciencia de esto, lo cual limita el acompañamiento que requieren niños y adolescentes para su recuperación. Se constató afectación de la esfera emocional y necesidades de mayor socialización. La totalidad de los casos, deben recibir acompañamiento psicológico.

**Palabras Claves:** Covid-19, salud mental, infancia, evaluación psicológica.

## **Abstract**

*The collaboration between the MINSAP, Faculties of Psychology and (FLACSO-Cuba), of the University of Havana and the office of UNICEF-Cuba, led to the evaluation of the mental health of a sample of convalescent Cuban children and adolescents from the COVID-19, to know the psychological state of convalescent children and adolescents. The authors of this work were responsible for the characterization of the psychological state of the studied sample of 44 children and adolescents, through non-verbal techniques (free and thematic drawing), composition and a survey of the main caregiver. It was found that 81.8% are emotionally affected, without disorganization of cognitive processes. 60% of the main caregivers do not express awareness of this, which limits the accompaniment that children and adolescents require for their recovery. It was found affectation of the emotional sphere, needs and socialization capacities. All cases must receive psychological support.*

**Key word:** COVID-19, mental health, childhood, psychological evaluation.

## **Introducción**

La ciencia y la tecnología tienen un desempeño relevante en el enfrentamiento a la Covid-19 en Cuba. En vínculo permanente con la gestión gubernamental, los desarrollos investigativos

en varias disciplinas científicas se están orientando a resultados que ofrecen respuestas sanitarias, sociales y políticas a los desafíos de la pandemia.

El gobierno en interacción con las ciencias, mediante un sistema de trabajo que incluye el diálogo directo de expertos y profesionales con el gobierno, la colaboración interinstitucional e intersectorial y la participación interdisciplinaria, realiza investigaciones que aceleran respuestas y una activa comunicación pública para mejorar la información y el comportamiento de la población (Díaz-Canel, 2020).

La movilización del conocimiento experto se ubica en programas de prevención en salud mental y apoyo psicológico ante la pandemia por la Covid-19. Los expertos trabajan coordinados por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública e implementan protocolos de apoyo a la salud mental de trabajadores sanitarios (*frontline*), personas vulnerables y atención a convalecientes, tanto adultos como niños.

En el marco de una colaboración interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública (Minsap), la Facultad de Psicología y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso-Cuba), ambas áreas de la Universidad de la Habana, y la oficina de Unicef-Cuba, se proyectó la evaluación de la salud mental de la población de niños y adolescentes cubanos convalecientes de la Covid-19, cuando en La Habana existían solo 98 casos de niños entre 0 a 18 años convalecientes de la enfermedad. En ese momento, eran muy pocos los estudios relacionados con este tema.

La evaluación estuvo compuesta por cuatro aspectos:

- Despistaje psicopatológico
- Estudio neurológico
- Caracterización del afrontamiento familiar
- Caracterización del bienestar psicológico

Correspondió al equipo de investigadores de la Facultad de Psicología y de Flacso, la caracterización del bienestar psicológico. Los hallazgos que se describen deben ser entendidos como derivaciones de un pilotaje acerca del objetivo de la investigación y su diseño metodológico.

## **Metodología**

El presente estudio tiene como principal objetivo conocer el estado psicológico de niños y adolescentes convalecientes por Covid-19. Los autores de la presente investigación, obtuvieron la muestra a partir de la base de datos del Minsap. En el momento en que se realiza la investigación, en La Habana solamente había 98 casos de niños entre 0 a 18 años que habían padecido la Covid-19 y la muestra la conformaron 44 niños y adolescentes, convalecientes de la enfermedad, elegidos al azar.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: que los niños y adolescentes fueran convalecientes de la Covid-19, no tener impedimentos cognitivos ni motores para realizar la evaluación, y que la familia, el niño y/o adolescente expresaran su consentimiento para participar en el estudio.

Es un estudio exploratorio-descriptivo y la aplicación de las técnicas estuvo a cargo de los servicios de psicología y psiquiatría de la Dirección Provincial de Salud en La Habana.

Fueron aplicadas las técnicas habituales del proceso de evaluación psicológica. Como parte de la metodología habitual en la atención a la infancia, se realizó una triangulación entre la información proveniente de las fuentes directas (el propio niño o adolescente) y de las fuentes indirectas (el cuidador principal).

Cada técnica se evaluó cuantitativamente a partir del análisis de frecuencias, porcentos y relación entre variables significativas, que emergen del estudio. El análisis cualitativo, permitió elaborar la caracterización del estado de bienestar psicológico de la muestra mencionada.

Las técnicas aplicadas por edades fueron:

Desde cinco hasta 12 años (6<sup>to</sup> grado de escolaridad)

Técnicas psicográficas: para el análisis de la esfera cognitiva, emocional y socio-relacional.

- Dibujo espontáneo.
- Dibujo temático de la Familia.
- Dibujo temático de la Covid.

Tres Deseos, Tres Miedos, Tres Molestias: análisis de información acerca de las principales necesidades y motivaciones, preocupaciones, temores, malestar psicológico y de las vivencias relacionadas con la enfermedad.

Desde los 12 años (7<sup>mo</sup> grado de escolaridad) hasta los 18, se aplicaron:

Técnica psicográfica: análisis de la esfera cognitiva, emocional y socio-relacional.

- Dibujo espontáneo.

Composición temática: análisis de información acerca del estado de ánimo actual, vivencias relacionadas con la enfermedad, impacto emocional, proyección futura. Procesos emocionales, socialización, depresión, vitalidad, ansiedad y angustia.

A los cuidadores principales de los infantes estudiados:

1. Entrevista socio-psicológica sobre el niño o adolescente: aportó los datos relacionados con la contextualización socioeconómica y cultural de la familia, las potencialidades biológicas y psicofisiológicas, factores y actitudes potencialmente psicopatógeno, desarrollo físico y psicológico, formación de hábitos, dinámica familiar y validismo. Enfatizó en síntomas psicológicos o conductas de desajuste después de padecer la Covid-19.
2. Cuestionario del cuidador: información acerca del estado físico y psicológico del cuidador, su disponibilidad y accesibilidad para el niño, calidad del vínculo, valoración acerca del hijo y apoyos que solicita.

Los niños menores de cinco años fueron evaluados mediante los instrumentos aplicados a los cuidadores.

## **Resultados**

El análisis de los resultados requiere que se acote que, por irregularidades del proceso de evaluación, hubo algunos casos que no arribaron con la totalidad de las técnicas previstas aplicadas. Dado que se trabajó con una batería de técnicas, esto no impidió que se pudiera realizar la evaluación de cada caso. Sin embargo, introdujo la dificultad de tener que manejar

cifras diferentes en los análisis globales de los instrumentos, lo cual hemos dejado explícito en este documento, al referirnos al análisis de cada técnica psicológica.

Los 44 niños y adolescentes se distribuyeron por grupos etarios y sexos:

- 1 a 3 años: 13.6%
- 4 a 5 años: 9.1%
- 6 a 8 años: 15.9%
- 9 a 10 años: 20.5%
- 12 a 18 años: 40.9%

Esta distribución muestra el mismo patrón de distribución etaria de la población infantil, identificado en el transcurso de la epidemia (García *et al.*, 2020; Íñiguez *et al.*, 2020). Hay un ligero predominio de varones 56,8%, sobre 43. 2% las niñas.

#### *Contexto socio cultural y económico*

Respecto al nivel educacional familiar, predomina el medio en un 46.5 % de la muestra y el nivel alto está presente en un 9.3 %. El estatus económico se valoró según los ingresos salariales promedios para la provincia de La Habana que reporta la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2017). El 52.5 % de las familias perciben ingresos por debajo del promedio salarial, el 20 % acordes al promedio y el 27.5 % se encuentran por encima.

Las condiciones constructivas de las viviendas de estas familias son catalogadas de regular por la mayoría, (51.2 %), malas en un 26.8 % y buenas, en un 22 %. Refieren hacinamiento el 34. 1 % de las familias estudiadas.

Al observar la imagen 1 sobre tipología familiar, se aprecia el predominio de las familias monoparentales (madre e hijos) en un 37.8 % de la muestra, a lo que se suma un 14.3 % de familias monoparentales extensas. Las familias de tipo nuclear representan un 31 %.

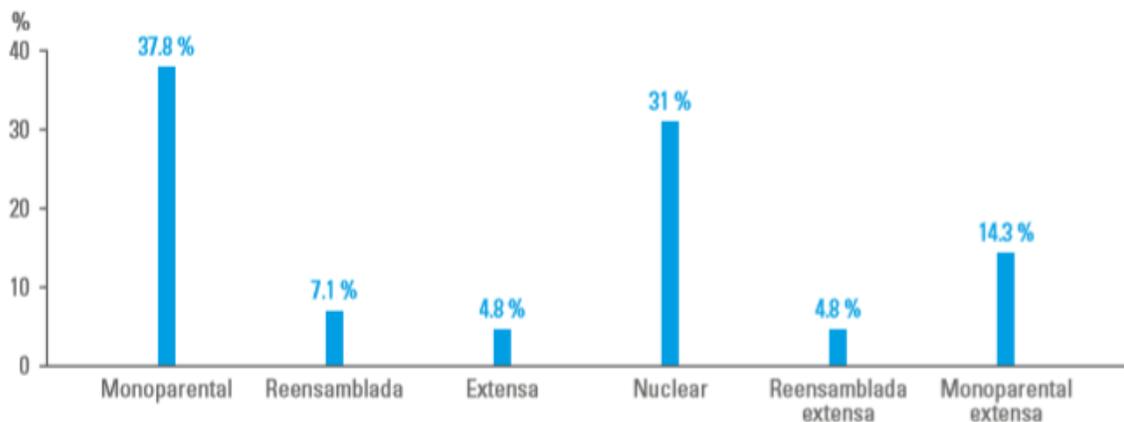


Imagen 1: Tipología familiar (porcentaje)

*Análisis del cuestionario del cuidador principal*

El cuestionario fue respondido por 42 sujetos. El 95.2 % de los cuidadores principales que respondieron son las madres de los muestreados. Los dos casos restantes, se tratan de una abuela y bisabuela materna, respectivamente.

Un poco más de la mitad de las cuidadoras (58.5 %) refieren sentirse bien, mientras que el resto (41.5 %) expresan algún nivel de malestar; ya sea físico, psicológico o general (que contempla tanto el físico como el psicológico).

El 84.6 % de estas cuidadoras, refieren estar en casa, disponibles para el niño todo el día en estos momentos, mientras que el resto (15.4%) se encuentran en sus actividades laborales, resultando accesibles en la tarde y noche.

Respecto a las actividades que realizan de conjunto con los hijos, las cuidadoras reportan el juego en un 42.9 %. El resto de las actividades referidas, pueden apreciarse en la imagen 2. No se obtienen otras respuestas en alto nivel de representatividad, que hablen de un vínculo significativo como tendencia en la muestra. Un 16.7 % que equivale a siete niños, refiere no realizar ninguna actividad, de conjunto con su hijo(a).

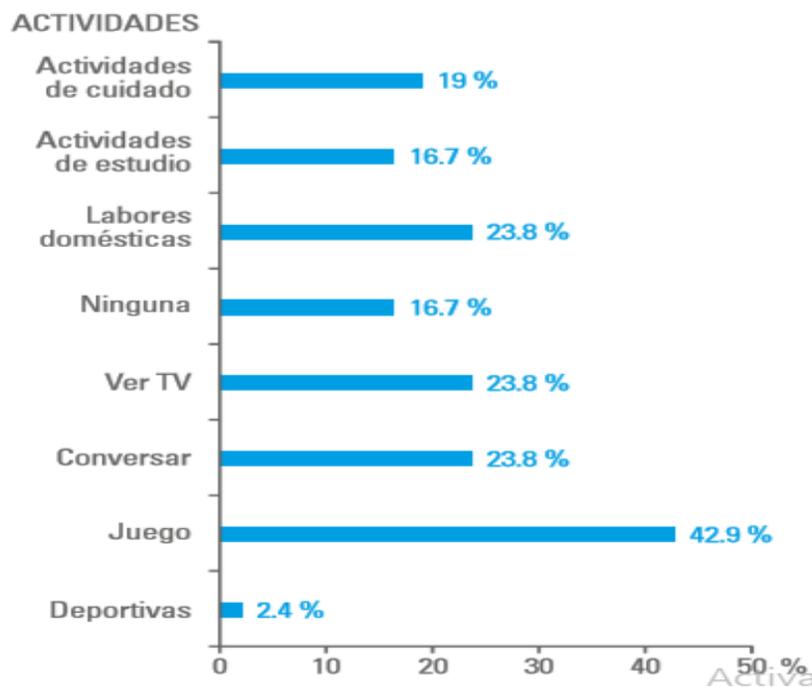


Imagen 2: Actividades que se realizan de conjunto con los hijos (porcentaje).

Un 51.4 % de las cuidadoras refiere que no han detectado síntomas ni desajustes en la conducta de sus hijos. Del 48.6 % restante un 27 % refiere no poder manejar adecuadamente los cambios de los hijos (se alteran, gritan, castigan, entre otros), mientras un 21.6 % expresa lograr un buen manejo de la crianza, a pesar de los desajustes presentes.

El 39 % de las cuidadoras, expresa no tener ninguna preocupación concreta. Un 29.3 % expresan preocupación por la salud física y al 19.5 % les preocupa el manejo psicológico frente a los cambios del niño o adolescente.

El 7.2 % de los adultos están preocupados por situaciones familiares que involucran al hijo y un 4.9 % por el hecho de que no han estudiado durante el período de actividad docente en casa. Las cuidadoras refieren no necesitar apoyo ninguno en un 29.3 %. Se solicita apoyo médico por un 17.1 %, económico y material por un 14.6 % y psicológico por un 31.7%, lo cual contrasta con el 19.5 % que no expresó preocupación por el manejo psicológico de sus hijos.

➤ Análisis del cuestionario de síntomas clínicos

Los síntomas referidos por las 37 cuidadoras en sus hijos, tienen bajas representaciones en la muestra (Imagen 3). La succión digital, los tics y la pérdida de intereses, no son síntomas que se reportan en la muestra.

Esta baja representación de todos los síntomas en los evaluados, no coincide con los datos obtenidos en la investigación sobre los efectos del aislamiento físico en niños y adolescentes cubanos (García *et al.*, 2020). El grupo de investigadores, en base a la experiencia de facilitación de los grupos de apoyo psicológico, a través de WhatsApp, tiene la hipótesis de que, en muchos casos, no existe una certera observación de la conducta de los hijos, ni conciencia de problema respecto a la posible afectación psicológica de ellos mismos.



Imagen 3: Síntomas referidos por las cuidadoras (porcentajes en base al total de afectados)

En la imagen 4 se puede apreciar una comparación entre los síntomas de mayor incidencia en la muestra de niños y adolescentes que padecieron la Covid-19 y la ya referida de los niños sanos que se encontraban en aislamiento físico (García *et al.*, 2020).

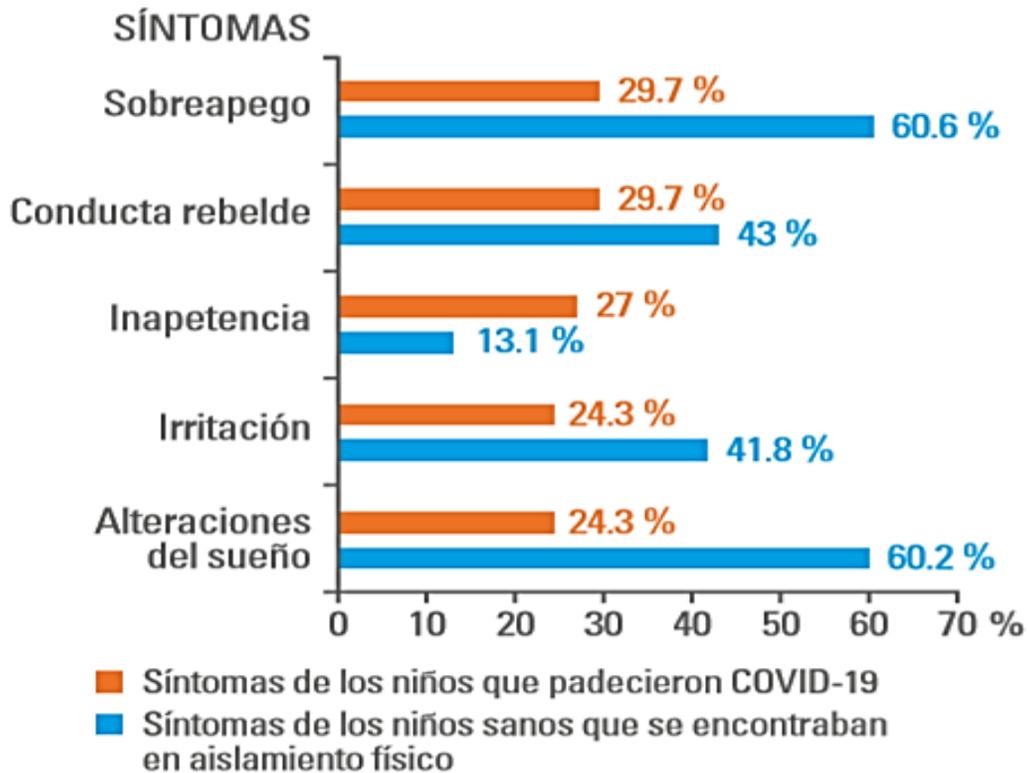


Imagen 4: Cinco síntomas más frecuentes comparados con los presentados por niños con Covid-19 y niños sanos en aislamiento físico.

Excepto en la inapetencia, que en los convalecientes puede ser secuela de la enfermedad, los demás síntomas se comportan mucho más elevados en los niños sin Covid-19.

Teniendo en cuenta que los niños estudiados en la investigación antes referida, estaban bajo los efectos del aislamiento físico y que los del presente estudio, han vivido el aislamiento, además del impacto psicológico de haber padecido la Covid-19, no sería confiable asegurar que los primeros tengan un cuadro más complejo de síntomas de desajuste psicológico que los segundos.

#### *Análisis de la técnica “Tres deseos, tres miedos, tres rabias”*

De los 15 niños que la realizaron esta técnica, muestran malestar psicológico relacionado con el hecho de haberla padecido 14.

Los contenidos relacionados más directamente con haber padecido la enfermedad, expresan deseos de buena salud para ellos y sus familias, así como miedos a la enfermedad procedimientos médicos y anhelan que la Covid desaparezca. Otras siete respuestas refuerzan la necesidad de apego, unión y bienestar familiar, por el momento que están viviendo.

El segundo tipo de contenido que resulta llamativo por su alta frecuencia está vinculado a posibles conflictos con otros niños y familiares, que pueden implicar maltrato o discriminación.

La necesidad de juego, diversión y socialización, por el contrario, se ve representada en solo siete respuestas, contrario a la tendencia natural. Esto está indicando que, las preocupaciones y necesidades relacionadas con la enfermedad que han padecido, ocupa el primer lugar, reforzando la idea de impacto psicológico de este acontecimiento en ellos.

### *Técnicas psicográficas*

Los niños estudiados por grupos de edades son 29, 16 niños y 13 adolescentes. El análisis abarcó procesos ejecutivos, emocionales con énfasis en el impacto de la enfermedad, socialización y esfera familiar.

En los procesos ejecutivos, el primer elemento importante es que, de los 29 niños evaluables, 28 (96.6 %) muestran un curso de pensamiento coherente donde no se aprecia desorganización ni saltos. Esto significa una buena potencialidad para el proceso de recuperación, aunque la inteligencia de la mayoría de los niños es de promedio a bajo. Respecto a la energía psíquica, el 69 % tiene energía psíquica suficiente para satisfacer sus necesidades. Resulta llamativo el 17.2 % con energía débil, lo cual no es común en una población sana y puede obedecer a secuelas de la enfermedad.

Un 65.5% de la muestra expresa capacidad e interés de comunicarse con los otros. Sin embargo, esta tendencia es más notoria en los niños (81.2 %). En los adolescentes esta característica se encuentra en el (46.2 %), pero una parte de ellos presentan una expansividad notoria (38.5 %), lo cual puede deberse a la necesidad de comunicarse, de desahogarse de lo vivido.

La proporción está elevada en 41.4 %, pudiendo interpretarse como rigidez del pensamiento y falta de flexibilidad. Son los adolescentes los que están determinando esa tendencia, al igual que el 37.9 % con reforzamiento en el dibujo lo cual se relaciona con la presencia de molestias y la rememoración de vivencias, que en este caso pueden tener que ver con la enfermedad.

En general hay baja calidad en las representaciones, lo cual habla de poca de creatividad y recursos intelectuales en esta población.

Los procesos emocionales tienen como fortaleza, el 96.6 %, de respuestas emocionales adecuadas a la realidad y los estímulos que reciben. La afectación que muestran se corresponde a las experiencias que han tenido por lo que cuando se les ofrezca la posibilidad de socialización y de experiencias agradables, deben ir recuperando el estado anímico.

Sin embargo, la capacidad general de experimentar diversidad y balance de emociones, tanto positivas como negativas, solo se expresa en dos niños que utilizan policromía (6.9 %) y ninguno es adolescente. Esto se justifica por el fuerte impacto emocional de las vivencias negativas asociadas al haber estado enfermo y porque al parecer, el período posterior al alta médica, tampoco ha sido altamente gratificante. Las respuestas emocionales son pobres o aplanadas, en un 48.2 %; a ello tributan más los niños, mostrando esa tendencia en un 68.8 %. Esto parece estar relacionado con pobreza de vivencias que contar.

En el dibujo espontáneo, la emoción que aflora con mayor frecuencia es la ansiedad, (51.9 %), llegando hasta 61.3 % en los adolescentes, estados de agresividad en un 40.7 %, aumentando al 50 % en los niños. La ansiedad agitada se presenta en el 33.3 % hasta 38.5 % en los

adolescentes, y la inhibición de la respuesta emocional está en otro 33.3 % aumentando nuevamente al 38.5 % en los adolescentes.

El bajo porcentaje de representación del tema de la Covid (3.7 %) en el dibujo espontáneo, indica que, a pesar del impacto emocional, no han sido afectadas todas las esferas de desarrollo de estos infantes. En el área familiar, un 28.6 % de los niños expresan un balance emocional adecuado, aunque el 80 % evidencia predominio de la inhibición de la respuesta emocional. Esto revela dificultades u obstáculos en la comunicación del niño con la familia, y constituye un factor de riesgo para la evolución favorable.

La composición familiar que revelan los niños, se corresponde con los miembros reales del hogar, en un 57.2 %. Un 21.4% realiza proyecciones ampliadas, denotando la importancia afectiva de otros familiares no convivientes. El 21.4 % dibuja familias con miembros que no existen o que no son familiares, lo cual evidencia confusión o insatisfacciones respecto al concepto de familia.

En el caso del dibujo temático sobre la Covid-19, que solo se aplica a los niños, un 42.9 %, se implica personalmente. Se dibujan, solos o con sus familiares, en el entorno hospitalario, brindando detalles vívidos de los equipos y procedimientos médicos lo cual, sumado al uso del color, que revela presencia de emociones negativas o inhibición emocional, y habla del alto impacto emocional que significó para ellos el haber estado enfermos.

Los demás niños (57.1 %), tienen evocaciones acerca de la enfermedad, de un modo que implica una relación más sana con el contenido.

Las preferencias cromáticas en la mayoría solo van a colores que reflejan estados de ánimos negativos e inhibición de la respuesta emocional, aunque no se muestran altos porcentos debido a que son pocos niños y podían escoger ocho colores.

En general, las técnicas psicográficas, expresan regularidades en la muestra estudiada. Se observa conservación de los procesos intelectuales, poca creatividad y recursos intelectuales, así como inmadurez motora. La socialización resulta deficitaria, como tendencia. La respuesta emocional tiende a inhibirse en general y en particular, en la esfera familiar. Hay predominio de emociones negativas, como la ansiedad y la agresividad. El tema de la Covid en casi la mitad de los niños estudiados, se asocia con contenidos negativos y rememoración de vivencias personales asociadas a la hospitalización. Hay afectación emocional evidente en una parte significativa de la población estudiada, sin que afecte los procesos cognitivos ni se desorganice el funcionamiento general.

#### *Composición temática*

La composición la realizaron 16 adolescentes. La respuesta emocional está inhibida en el 87,5 % de los casos estudiados. El 75 %, están funcionando con menos energía psíquica y acometividad del funcionamiento usual en estas edades, lo que se expresa también en las fluctuaciones del equilibrio emocional de los sujetos, en un 56 %.

La comunicación está inhibida en el 43.8 %, de los adolescentes, en contraste con la adecuada extensión de las composiciones de la mayoría. Consideramos que el redactar y elaborar sobre las vivencias de haber padecido la enfermedad, les permitió descargar

angustias y poner en orden sus ideas acerca de este acontecimiento negativo, recién vivido. El pensamiento es claro en un 62.5 %

El 50 % expresa un sobreapego hacia la madre, como probable mecanismo de búsqueda de protección y seguridad. Esto se corresponde con la alta incidencia de esta conducta, ya referida<sup>2</sup>. También se observan signos de ansiedad, angustia y pérdida brusca de la energía o estropeo de la escritura en palabras claves como aislamiento, Covid-19, tratamiento, dolor, miedo, familia y manifestaciones explícitas de sufrimiento y depresión.

Al analizar los rasgos generales, las principales dificultades tienen marcadores altos en las tres áreas de actuación: personal, social y familia. Las dificultades en esta última área se corresponden con el funcionamiento familiar, el que en algunos casos fue puesto a prueba con la enfermedad de todos los familiares convivientes. En estos casos el apoyo tuvo que pasar a ser asumido por familiares no habituales en estas funciones, en circunstancias nuevas y difíciles. No obstante, los rasgos encontrados en lo relativo a las esferas personal, social y familiar, son estables, o sea, que no son reactivos al padecimiento de la enfermedad. (Imagen 5)

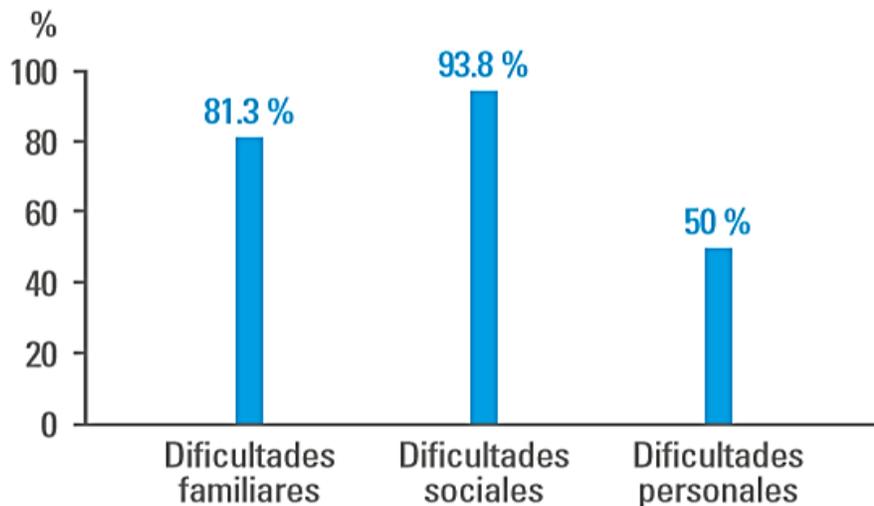


Imagen 5: Presencia de dificultades en las esferas personal, social y familiar, expresadas en las composiciones (por ciento).

El rasgo gráfico más elevado en su insuficiencia, resultó el inmunológico como debilidad, 43.8 %, lo cual puede relacionarse con el hecho de haber padecido la enfermedad y las dificultades en la socialización en un 37.5 %.

Los contenidos que aparecen en las composiciones son los siguientes:

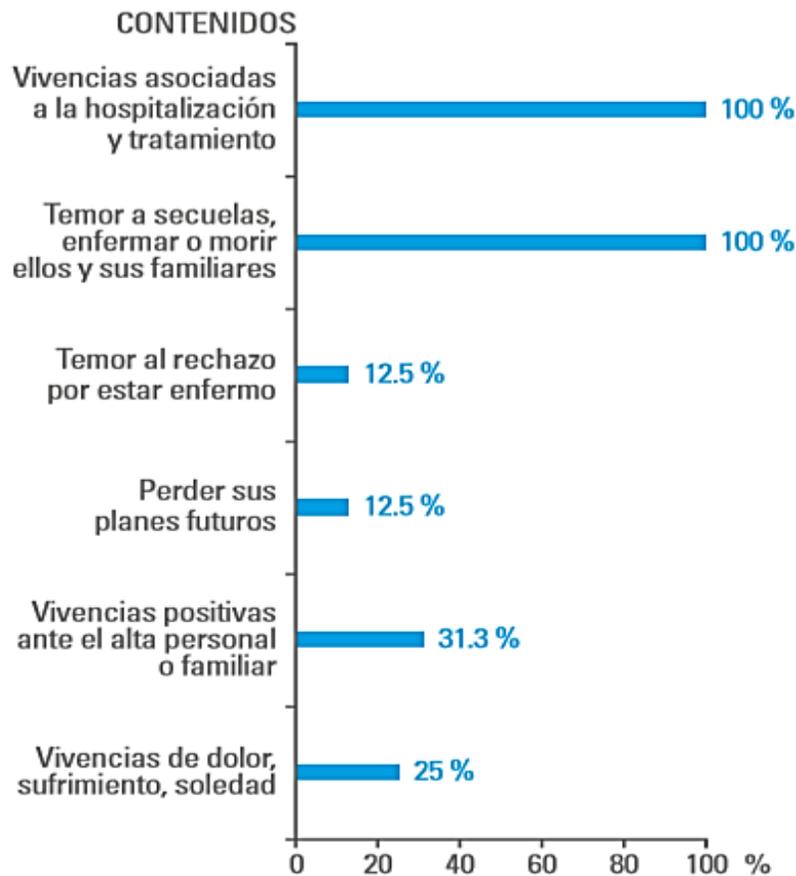


Imagen 6: Contenidos abordados y su presencia en las composiciones realizadas.

El análisis de contenido está marcado por sentimientos y vivencias de sufrimiento, dolor, miedo, incertidumbre, e ideas de muerte, de manera que las composiciones son detalladas y crudas, con una carga de angustia, no solo por lo que ya había pasado, sino por el sentimiento arraigado de que se pueda repetir.

En algunos persisten secuelas importantes como la pérdida del olfato o el gusto, dolores de cabeza y malestar general, por lo que las vivencias negativas se reactivan de manera constante. Esto, unido a la pérdida de familiares cercanos, temor a ser rechazados por los amigos por evitación al contagio, o la agudización de padecimientos anteriores a la enfermedad, justifica el sobreapego, la tristeza, inhibición y falta de acometividad de estos menores. Algunos pocos expresan la alegría con la presencia del personal médico y la emoción del alta médica.

Consideramos que, a pesar del alto impacto, las afectaciones de la esfera emocional, no llegan a afectar el pensamiento ni desorganizan la estructura de la personalidad en formación. Sin embargo, requieren de apoyo y acompañamiento en el proceso de recuperación, para ellos y sus familias.

### Integración del análisis

Al integrar el análisis exhaustivo de cada caso, pudo determinarse que hay 36 niños con algún nivel de afectación psicológica, como consecuencia de haber padecido la Covid-19, lo cual representa un 81.8 % del total. Sin afectación se encuentran ocho, para un 18.2 % de la muestra. De ellos, tres son de un año de edad, uno de cuatro, tres de nueve y uno de once (Imagen 7).

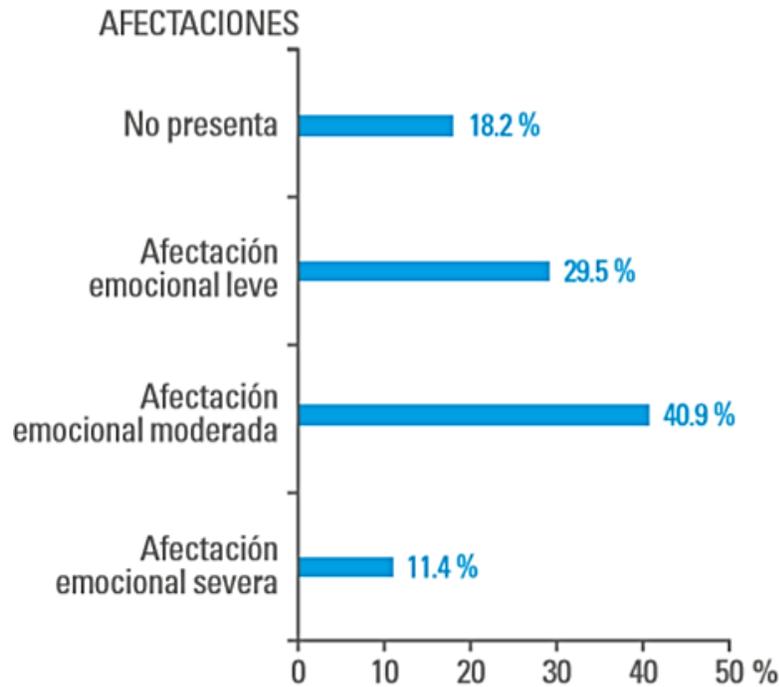


Imagen 7: Nivel de afectaciones emocionales presentadas (por ciento).

Según la complejidad y nivel de estructuración de la sintomatología en la muestra, se aprecia la siguiente distribución del nivel de severidad de la afectación emocional:

- 29.5 % Afectación Leve. (36.1% del total de afectados).
- 40.9 % Afectación moderada. (50% del total de afectados).
- 11.4 % Afectación severa. (13.9 % del total de afectados).

El 40 % de las cuidadoras, no muestran conciencia de problemas en relación con la afectación de los hijos. El 55.6 % de esos niños y adolescentes tienen una afectación moderada y un caso es severo, sin que los adultos a cargo, tengan conciencia de ello.

La imagen 8 permite apreciar los niveles de afectación de la muestra estudiada, según los rangos de edad.

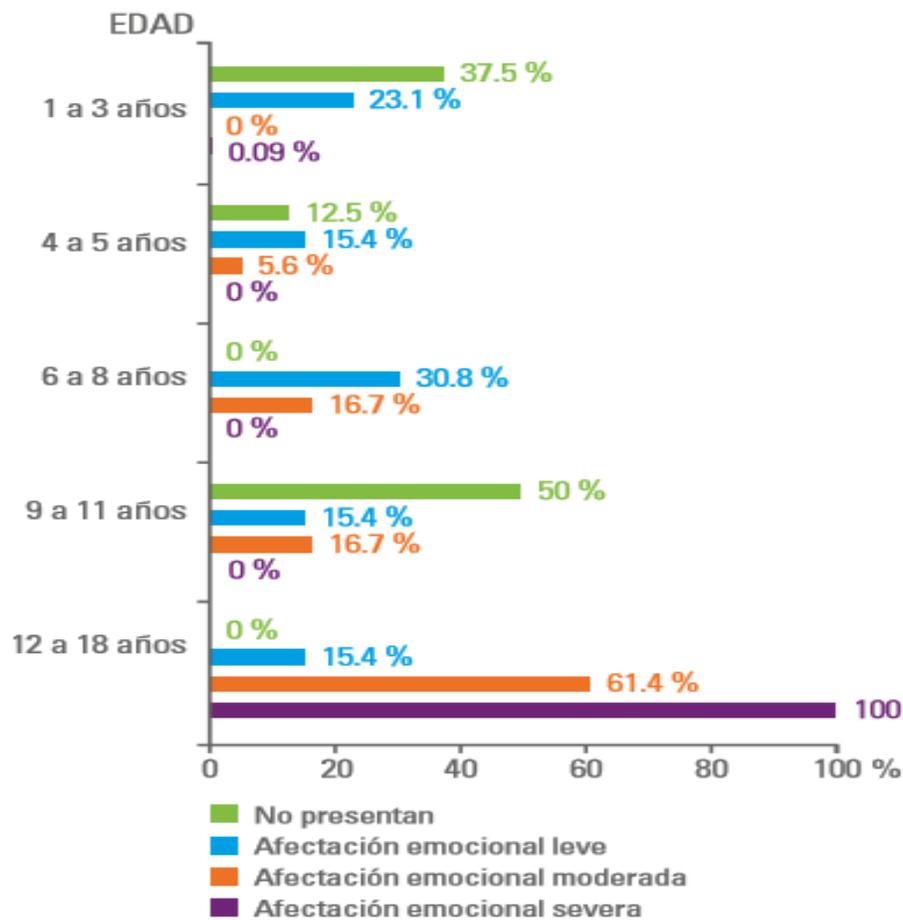


Imagen 8: Niveles de afectación emocional por rangos de edades (porcentaje).

En general, los adolescentes son los más impactados. Ninguno está libre de síntomas o desajustes. Presentan más trastornos de nivel moderado y todos los severos están en este periodo etario. La permanencia de los malestares físicos y la mayor conciencia de la enfermedad y del riesgo afrontado puede ser causa del malestar emocional severo. Dos tuvieron pérdidas de familiares cercanos (están en duelo psicológico) y un tercero tiene a la madre en malas condiciones de salud por secuelas de la Covid. Estos tres casos coinciden con diagnósticos de intensidad severa.

Como características psicológicas del funcionamiento actual se encontró:

- Procesos cognitivos conservados en la mayoría.
- Inteligencia y creatividad de promedio a bajo.
- Tendencia a la inmadurez motora, y rigidez del pensamiento en parte de los adolescentes.
- Se presupone que la estimulación de todos los procesos del desarrollo, no ha sido óptima, por lo que no guarda relación directa con la enfermedad.
- La socialización y la diversión no emergen como contenido asociado al bienestar en general. Puede influir la imposibilidad de realizar estas, debido a la pandemia. En los niños, se constata malestar en la interacción con otros niños y familiares por conflictos

relacionales, lo cual no guarda relación directa, con el haber enfermado con Covid. Se considera que las habilidades sociales y la necesidad de socialización, no tienen buen nivel de desarrollo en la muestra estudiada.

- Hay signos de afectación emocional en el 81.8 %. Las vivencias asociadas a la Covid han sido intensas y negativas, por lo que sus efectos aún perduran, afectando el bienestar psicológico. No obstante, a pesar del impacto emocional, no alcanza a desorganizar los procesos cognitivos, mostrando respuestas adaptativas resilientes. Los adolescentes muestran mayor afectación, lo cual puede estar relacionado con conciencia de peligro y riesgo para la vida.
- Dada la importancia del acompañamiento familiar en la recuperación psicológica de los niños y adolescentes, resulta llamativo que el 60 % de las cuidadoras (madres en la mayoría), no parecen tener conciencia del impacto psicológico que ha dejado la Covid, en sus hijos. Un 41 % de estas cuidadoras, refieren malestar físico y/o psicológico, afectando sus posibilidades de brindar cuidados.
- La ausencia de conciencia en los padres, de la necesidad de apoyo psicológico para sus hijos, no resulta novedoso para los especialistas de salud mental, considerando conveniente su estimulación.
- El contexto familiar que predomina se caracteriza por un nivel educativo medio; ingresos por debajo del promedio salarial; viviendas en estado regular o malo y un índice no despreciable de hacinamiento. Una parte importante de las familias son de tipo monoparental materna, sin poderse precisar el lugar que ocupan los padres en las vidas de sus hijos. Consideramos probable que una parte de estas familias se encuentren en riesgo y/o desventaja social, lo cual debería ser objeto de estudio de otras investigaciones.

## Conclusiones

- En la muestra de 44 niños y adolescentes, residentes de La Habana, que han padecido la Covid-19. Se encuentra que el 81.8 % está afectado emocionalmente, sin que haya desorganización de los procesos cognitivos, los que en general muestran un funcionamiento normal, con un potencial de promedio a bajo. Las necesidades y competencias para la socialización, se encuentran deficitarias, como característica predominante en la muestra.
- No hay conciencia de afectación de los hijos, en un 60 % de las cuidadoras principales, lo cual limita el acompañamiento que requieren niños y adolescentes para su recuperación. Los contextos familiares en su mayoría, presentan características con posibilidad de riesgo y/o desventaja social, lo que debe constatar en otras investigaciones para ofrecer la ayuda requerida.
- La totalidad de los casos estudiados, deben recibir acompañamiento psicológico, tengan o no sus padres conciencia de las problemáticas de sus hijos. Crear esa conciencia, es fundamental en la labor que se requiere para la protección de la salud mental de este grupo de infantes.

## Recomendaciones

Ofrecer apoyo y seguimiento psicológico a la totalidad de las familias del estudio, para el manejo de los niños y adolescentes y para los adultos implicados, muchos de ellos también convalecientes de la Covid.

Que se realice un estudio de riesgo y desventaja social en estas familias, que tenga como finalidad, brindar otros apoyos requeridos para una protección integral de la infancia.

## Referencias bibliográficas

Díaz-Canel, M., y Núñez, J. (2020): Gestión Gubernamental y ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2).

García, A., Castellanos, R., Pérez, D., y Álvarez, J. (2020). Aislamiento físico en los hogares a causa de la Covid-19: efectos psicológicos sobre niños y adolescentes cubanos. *Revista cubana \*de psicología*, 2(2), 51-68. <http://www.psicocuba.uh.cu/index.php/PsicoCuba/article/view/27>

Íñiguez, L., Figueroa, E., Germán, A. M., Álvarez, M.E., Somarriba, L., Herrada, A., Almora, L. (2020): *Características epidemiológicas y espacialidad de la COVID-19 en niños y adolescentes*. [www.unicef.org/cuba/informes/caracteristicas-epidemiologicas-y-especialidad-de-la-covid-19-en-niños-y-adolescentes](http://www.unicef.org/cuba/informes/caracteristicas-epidemiologicas-y-especialidad-de-la-covid-19-en-niños-y-adolescentes)

Oficina Nacional de Estadística e Información, (2017): *Anuario Estadístico de La Habana 2016*. Recuperado el 27 de mayo de 2020, de [http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuario\\_est\\_provincial/00\\_la\\_habana.pdf](http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuario_est_provincial/00_la_habana.pdf)

# INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ANSIEDAD ANTE LA COVID-19: ESTUDIO CORRELACIONAL EN LA POBLACIÓN CUBANA

Elizabeth Jiménez-Puig

Diego D. Díaz-Guerra

Marena de la C. Hernández-Luego

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara. Cuba

## Resumen

El brote de coronavirus ha provocado emociones negativas en la población como la ansiedad. La Inteligencia Emocional está correlacionada inversamente con la presencia de emociones negativas. Por lo que, mientras mayor sea la inteligencia emocional, menor será el impacto psicológico negativo de dichas emociones. Esta investigación tiene como objetivo explorar la correlación entre la inteligencia emocional y la ansiedad durante la pandemia Covid-19. Se desarrolló una investigación cuantitativa transversal de alcance correlacional. La muestra estuvo compuesta por 385 cubanos mayores de 18 años residentes en Cuba. Se evidenció que la mayoría de los participantes no presentaron niveles de ansiedad disfuncional relacionada con la Covid-19. Los resultados arrojan un déficit en la comprensión de emociones, poca atención a estas y problemas en el momento de regularlas. Se demostró que los niveles altos de ansiedad disfuncional por el coronavirus están correlacionados con un bajo desempeño en las categorías de la inteligencia emocional. Se infiere que la inteligencia emocional es un factor protector ante las emociones negativas ocasionadas por la pandemia. Convendría ampliar la investigación sobre la relación entre la inteligencia emocional y las emociones negativas en situaciones de estrés excepcionales como lo es la Covid-19.

**Palabras claves:** inteligencia emocional, ansiedad, COVID-19, Cuba.

## Abstract

*The coronavirus outbreak has caused negative emotions in the population such as anxiety. Emotional Intelligence is inversely correlated with the presence of negative emotions. Therefore, the higher the emotional intelligence, the lower the negative psychological impact of these emotions. This research aims to explore the correlation between emotional intelligence and anxiety during the COVID-19 pandemic. A cross-sectional quantitative research of correlational scope was developed. The sample consisted of 385 Cubans over 18 years of age residing in Cuba. It was evidenced that most of the participants did not present levels of dysfunctional anxiety related to COVID-19. The results show a deficit in the understanding of emotions, little attention to them and problems in regulating them. High levels of dysfunctional coronavirus anxiety were shown to be correlated with poor performance in Emotional Intelligence categories. It is inferred that Emotional Intelligence is a protective factor against negative emotions caused by the pandemic. It would be convenient to expand the research on the relationship between Emotional Intelligence and negative emotions in exceptional stress situations such as COVID-19.*

**Keywords:** emotional intelligence, anxiety, COVID-19, Cuba.

## Introducción

La pandemia Covid-19 en la actualidad está inundando de noticias alarmantes a la población (Minsap, 2021; OPS, 2021). En la región de las Américas se notificó, hasta el 16 de mayo de 2021, 64 934 163 casos confirmados y 1 587 859 defunciones desde la detección de los primeros casos en enero del 2020 (OPS, 2021). Hasta el 10 de junio de 2021 a las 12 de la noche se reportan 154 866 pacientes diagnosticados con la Covid-19 en Cuba y 1065 fallecidos (Minsap, 2021).

Las personas que están en aislamiento social, con movilidad restringida y pobre contacto con los demás son vulnerables a presentar complicaciones psiquiátricas que van desde síntomas aislados hasta el desarrollo de un trastorno mental como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (Huremovic, 2019). Los pensamientos distorsionados en la pandemia están relacionados con la sintomatología de la ansiedad generalizada y se centran en la interpretación de la situación como peligrosa, asociada a la pérdida, daño, enfermedad o muerte, insuficiente control interno y externo de las circunstancias distribuidas en el miedo al daño físico y mental, a la frustración a la incapacidad para afrontar las dificultades y a la preocupación excesiva por todo (Moreno-Proañó, 2020).

La inteligencia emocional proporciona un marco teórico unificado para estudiar el papel de las habilidades emocionales en los procesos de estrés y bienestar, que es extraordinariamente aplicable en esta crisis provocada por el Covid-19 (Extremera, 2020). La inteligencia emocional es la capacidad de percibir con precisión, valorar y expresar emociones; la capacidad de acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento. Es la capacidad de comprender las emociones y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual (Ocaña *et al.*, 2019).

En una investigación realizada en un hospital improvisado en Wuhan donde se exploró la correlación entre la inteligencia emocional y el estado emocional negativo del personal de enfermería en situaciones de emergencia. Se demostró que existe una correlación negativa entre la inteligencia emocional y emociones negativas como la depresión, la ansiedad y el estrés. Evidenciando que la inteligencia emocional puede ser un amortiguador contra los efectos negativos del estrés sobre la ansiedad y la depresión (Sun *et al.*, 2020).

Durante un estudio realizado en Israel se probó un modelo que explica las preocupaciones entre adultos durante la pandemia Covid-19. Este se centra en los recursos a nivel personal y social que pueden desempeñar un papel en la experiencia de la preocupación, la ansiedad y el patrón de respuestas relacionado con el estrés. Sugiriendo que la inteligencia emocional puede explicar la efectividad de las personas en el manejo de sus emociones y la obtención de apoyo social, y esto, a su vez, puede mejorar su preocupación por el Covid-19 (Zysberg & Zisberg, 2020).

La ansiedad es una de las emociones susceptible de ser reguladas por la inteligencia emocional, la cual es experimentada con desagrado por el sujeto, y surge en una situación donde el individuo percibe una amenaza, sea esta real o no (Rodríguez *et al.*, 2011). La inteligencia emocional es uno de los principales predictores de la adaptación emocional ajustada y del bienestar personal (Limonero *et al.*, 2015). De esta manera, las competencias

emocionalmente ajustadas favorecerían la disminución progresiva de la ansiedad (Carrillo-Salazar & Condo-Choquesillo, 2016). La inteligencia emocional también es uno de los mejores predictores de estrategias de afrontamiento adaptativas a situaciones estresantes (Cabello *et al.*, 2014; Extremera & Fernández-Berrocal, 2002; Limonero *et al.*, 2006a, 2006b; Limonero *et al.*, 2004; Limonero *et al.*, 2012).

Además, la inteligencia emocional podría estar relacionada con una simple reparación emocional, ya que una rápida recuperación de las emociones negativas como la ansiedad sería de gran utilidad para el afrontamiento más rápido y de forma adaptativa. La reparación emocional es el proceso de restablecer el equilibrio del organismo en términos de devolver la activación psicológica y fisiológica a niveles anteriores de una reacción emocional, especialmente si la reacción emocional proviene de una situación externa negativa (Limonero *et al.*, 2015).

La aceptación de emociones es el medio que permite afrontar las situaciones negativas, aceptar lo sucedido y superar las consecuencias de cualquier desgracia. Esta depende positivamente de la claridad emocional y de la atención emocional, sin que parezca que intervenga la reparación emocional. Ello se podría explicar por la evidencia experimental que sugiere que esta combinación de factores de la inteligencia emocional facilita la recuperación de estados emocionales negativos se centra en situaciones en las que las personas están expuestas a situaciones que generan estrés pero que no pueden cambiar (Limonero *et al.*, 2015).

En relación a la ansiedad y depresión, se ha identificado que se relacionan recíprocamente de forma negativa con la dimensión denominada claridad y regulación emocional, siendo esta última un predictor incluso del riesgo suicida (Gómez-Romero *et al.*, 2018). Dependiendo de la alta claridad emocional, la alta reparación emocional y la alta atención emocional de la persona, la inteligencia emocional contribuye a la salud emocional al promover el afrontamiento adaptativo frente al estrés y ansiedad cotidiana (Puigbó *et al.*, 2019). Por lo que esta investigación tiene como objetivo explorar la correlación entre la inteligencia emocional y la ansiedad durante la Covid-19

## **Métodos**

### **Diseño del estudio y participantes**

Se empleó un diseño cuantitativo, no experimental, transversal de alcance correlacional (Hernández-Sampieri *et al.*, 2014), mediante una encuesta en línea utilizando Google Forms®. La encuesta se difundió a través de grupos de WhatsApp, Facebook, Twitter y listas de correo electrónico. La investigación se realizó entre el 3 y el 25 de mayo de 2021. Las variables demográficas fueron edad, sexo, provincia, zona residencial, nivel de escolaridad, estado civil y vínculo ocupacional.

La población seleccionada refiere a los 10 527 117 cubanos mayores de 18 años residentes en Cuba según el *Anuario Demográfico* (ONEI, 2019). El cálculo muestral fue realizado de acuerdo a las especificaciones de Vallejo (2012) (ver Figura 1), la selección muestral se realizó de manera aleatoria y cada elemento de la población tuvo la misma posibilidad de ser seleccionado, se obtuvo una muestra necesaria de 385 personas, representativa a un nivel de confianza del 95% para dicha población.

## Figura 1

### Cálculo de muestra necesaria

$$n = \frac{N}{1 + \left( \frac{e^2(N-1)}{z^2pq} \right)}$$

n: muestra necesaria      z: valor del nivel de confianza (95%)  
 N: población              pq: varianza de la población  
 e: margen de error

## Instrumentos

*Trait Meta-Mood Scale* (Salovey *et al.*, 1995): es una escala utilizada para medir la inteligencia emocional percibida. Originalmente contaba con 48 ítems. La primera adaptación al español de esta escala fue validada por Fernández-Berrocal *et al.* (2004) obteniendo una versión de 24 ítems del *Trait Meta-Mood Scale*: TMMS-24 con un Alfa de Cronbach superior a .85 para las tres subescalas conformadas.

Esta técnica no está validada en la población cubana, por lo que se aplicó el Alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de la escala en la muestra seleccionada obteniendo en las subescalas de Atención Emocional  $\alpha = 0.88$ , Claridad Emocional  $\alpha = 0.92$  y Reparación Emocional  $\alpha = 0.91$ .

La escala se compone de 24 ítems que deben ser puntuados con una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1= Nada de acuerdo, hasta 5= Totalmente de acuerdo), los cuales se agrupan en tres dimensiones con un total de ocho ítems para cada una: Atención Emocional: se refiere a la percepción de las propias emociones. Claridad Emocional: esta dimensión evalúa la percepción que se tiene sobre la comprensión de los propios estados emocionales. Reparación Emocional: mide la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta.

*Coronavirus Anxiety Scale (CAS)*: fue desarrollado por Lee (2020) para evaluar las reacciones de ansiedad relacionadas con la pandemia de Covid-19. La escala posee 5 ítems de tipo Likert de 0 (“en absoluto”) a 4 (“casi todos los días durante las últimas 2 semanas”). La versión original del CAS tiene una excelente consistencia interna, con un coeficiente Alfa de Cronbach informado de 0,93. En esta investigación es empleada la versión cubana de esta escala, desarrollada por Broche-Pérez *et al.* (2020) que mostró un alfa de Cronbach de 0,88. También realizaron un análisis de validez concurrente confirmando los resultados de los dos estudios realizados por el autor de la escala original.

## Procedimientos

Los participantes fueron informados sobre la voluntariedad de su colaboración, así como la ausencia de represalias en caso de abandono, se aseguró el anonimato de las respuestas y la confidencialidad de los resultados. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes adultos incluidos en el estudio. Todos los procedimientos realizados en este estudio estuvieron de acuerdo con los estándares éticos de la *American Psychological Association* y sus estándares éticos comparables. El procesamiento de la información se llevó a cabo en el SPSS v.22.0 donde se realizaron análisis descriptivos de las variables, Alfa de Cronbach para evidenciar fiabilidad y correlaciones de Pearson.

## Resultados

La muestra estuvo conformada por participantes de 14 provincias del país, divididos en Región Occidental (7.8%), Región Central (90.6%) y Región Oriental (1.6%) (ver Tabla 1).

La edad de los participantes osciló entre 18 y 80 años, con una media de 28.8 años ( $DE \pm 14.21$ ) y predominó el género femenino (60.5%). En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los participantes tenían título universitario (48.6%) y se encontraban estudiando desde casa (42.9%). De acuerdo a la zona residencial, la mayoría vivían en zonas urbanas (89.6%). Según el estado civil la primacía fue de solteros (54.8%) y sobre vínculo ocupacional fue hacia los estudios desde casa (42.9%) (ver Tabla 2).

**Tabla 1.** *Distribución de la muestra (N = 385) por provincias*

Provincias	f (%)
Región Occidental	30 (7.8)
Pinar del Río	2 (.5)
La Habana	12 (3.1)
Mayabeque	3 (.8)
Municipio Especial Isla de la Juventud	7 (1.8)
Matanzas	6 (1.6)
Región Central	349 (90.6)
Villa Clara	23 (6.0)
Cienfuegos	15 (3.9)
Sancti Spiritus	171 (44.4)
Ciego de Ávila	9 (2.3)
Camagüey	131 (34.0)
Región Oriental	6 (1.6)
Holguín	1 (.3)
Granma	2 (.5)
Santiago de Cuba	2 (.5)
Guantánamo	1 (.3)

Fuente. SPSS v.22.0.

**Tabla 2.** *Características Sociodemográficas de la Muestra (N = 385)*

Categorías	f (%)
Sexo	
Hombres	152 (39.5)
Mujeres	233 (60.5)
Zona Residencial	
Rural	16 (4.2)
Suburbana	24 (6.8)
Urbana	345 (89.6)
Nivel de Escolaridad	
Bachiller	133 (34.5)
Obrero Calificado	7 (1.8)
Primaria	2 (0.5)
Secundaria	9 (2.3)
Técnico Medio	47 (12.2)
Universitario	187 (48.6)

Estado Civil	
Casado/a	88 (22.9)
Divorciado/a	27 (7.0)
Soltero/a	211 (54.8)
Unión Consensual	52 (13.5)
Viudo/a	7 (1.8)
Vínculo Ocupacional	
Trabajo presencial	125 (32.5)
Teletrabajo	24 (6.2)
Estudios en centro escolar	27 (7.0)
Estudios desde casa	165 (42.9)
No trabaja o estudia actualmente	44 (11.4)

Fuente. SPSS v.22.0.

Según los resultados de la escala de ansiedad, 335 participantes (87.0%) no presentan ansiedad disfuncional relacionada con la Covid-19 y los 50 (13.0%) restantes evidencian una probable ansiedad disfuncional relacionada con la Covid-19, de ellos 2.86% son hombres y 36.62% mujeres (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Resultados del Coronavirus Anxiety Scale**

Variables	Muestra total	Sexo	
	f (%)	Mujeres f (%)	Hombres f (%)
No hay ansiedad disfuncional relacionada con la Covid-19	335 (87.0)	194 (50.4)	141 (36.6)
Probable ansiedad disfuncional relacionada con la Covid-19	50 (13.0)	39 (10.1)	11 (2.9)

Fuente. SPSS v.22.0.

Del total de participantes, 154 (40.0%) presta poca atención a sus emociones y de ellos 56 son hombres y 98 mujeres. Deben mejorar la comprensión de sus emociones 155 (40.3%), de ellos 61 son hombres y 94 mujeres. En relación a la reparación emocional, deben mejorar la autorregulación de sus emociones 126 (32.7%) participantes, de ellos 48 hombres y 78 mujeres. A pesar de que la cantidad de hombres es inferior a la cantidad de mujeres en la muestra, estos prestaban demasiada atención a sus emociones, incluso más que las mujeres (ver Tabla 4).

**Tabla 4. Resultados del Trait Meta-Mood Scale**

Variables	Muestra total	Sexo	
	f (%)	Mujeres f (%)	Hombres f (%)
Atención emocional			
Prestan poca atención a sus emociones	154 (40.0)	98 (25.5)	56 (14.5)
Adecuada atención a sus emociones	177 (46.0)	112 (29.1)	65 (16.9)
Prestan demasiada atención a sus emociones	54 (14.0)	23 (6.0)	31 (8.0)
Claridad emocional			
Deben mejorar la comprensión de sus emociones	155 (40.3)	94 (24.4)	61 (15.9)
Adecuada comprensión de sus emociones	148 (38.4)	95 (24.7)	53 (13.7)
Excelente comprensión de sus emociones	82 (21.3)	44 (11.4)	38 (9.9)
Reparación emocional			
Deben mejorar su regulación emocional	126 (32.7)	78 (20.2)	48 (12.5)
Adecuada regulación emocional	158 (41.0)	101 (26.2)	57 (14.8)
Excelente regulación emocional	101 (26.2)	54 (14.0)	47 (12.2)

Fuente. SPSS v.22.0.

En el análisis estadístico se encontraron correlaciones inversas estadísticamente significativas entre el CAS y la Atención Emocional ( $r = -.113$ ), la claridad emocional ( $r = -.208$ ) y la reparación emocional ( $r = -.179$ ). En el caso del CAS y la claridad y reparación emocional las correlaciones son significativas en el orden de  $p \leq 0.01$  y entre el CAS y atención emocional de  $p \leq 0.05$  (ver Tabla 5). Lo que demuestra que los niveles altos de ansiedad disfuncional por el coronavirus están correlacionados con un bajo desempeño en las categorías de la inteligencia emocional. Se infiere que la inteligencia emocional es un factor protector ante las emociones negativas ocasionadas por la pandemia.

**Tabla 5. Correlaciones entre Trait Meta-Mood Scale y Coronavirus Anxiety Scale**

Variables	1	2	3	4
1-CAS Global	-			
2-TMMS-24 Atención emocional	-.113*	-		
3-TMMS-24 Claridad emocional	-.208**	.288**	-	
4-TMMS-24 Reparación emocional	-.179**	.239**	.478**	-

Nota. \*Nivel de significación al 0.05; \*\*Nivel de significación al 0.01

Fuente. SPSS v.22.0.

## Discusión

De acuerdo a los hallazgos encontrados en esta investigación el 40.3% de los participantes evidenciaron dificultades a la hora de comprender sus emociones, esto es un indicador de un déficit para comprender cómo las emociones se combinan y progresan a través del tiempo y saber apreciar los significados emocionales, lo que podría traer como consecuencia una recuperación tardía de acontecimientos estresantes (Limonero *et al.*, 2015).

El análisis estadístico arrojó que el 40.0% de los participantes prestan poca atención a sus emociones, por lo que presentarían dificultades a la hora de discriminar sus propios estados emocionales. Puigbó *et al.* (2019) demostraron a través de un análisis de regresión múltiple que la poca atención emocional está relacionada con una baja aceptación de las emociones ( $\beta = .53$ ,  $p < .01$ ), lo que constituye un problema para afrontar situaciones negativas y superarlas.

A su vez, el 32.7% de los encuestados, presentaron problemas en el momento de regular sus emociones demostrando dificultades para estar abierto a las emociones, modular las propias y las de los demás y promover la comprensión y el crecimiento personal. Es necesario promover estrategias para el mejoramiento de la reparación emocional, dado que una rápida recuperación de las emociones negativas como la ansiedad sería de gran utilidad para el afrontamiento más rápido y de forma adaptativa a situaciones estresantes (Limonero *et al.*, 2015).

Esta investigación demostró que la inteligencia emocional en efecto está correlacionada inversamente con la ansiedad ocasionada por la Covid-19, lo que es consistente con los resultados de Bermejo-Martin *et al.* (2021) quienes establecieron una relación positiva entre las dimensiones de la inteligencia emocional y el autocuidado (atención emocional  $\beta = 0.32$ , claridad emocional  $\beta = 0.29$ , reparación emocional  $\beta = 0.41$ ), así como una relación negativa entre el autocuidado ( $\beta = -0.06$ ), la claridad ( $\beta = -0.37$ ), la reparación ( $\beta = -0.32$ ) y el estrés. Sin embargo, también concluyeron que existía una relación positiva entre la atención emocional ( $\beta = 0.31$ ) y el estrés, estos resultados no son consistentes con los encontrados en esta investigación donde se evidenció una correlación negativa ( $r = -.113$ ,  $p \leq .05$ ), demostrando que mientras más atención prestaban los participantes a sus emociones, menos ansiedad por la Covid-19 experimentaban.

Torres-Ramos y Mamani-Vargas (2020) encontraron, mediante el índice Rho de Spearman, correlaciones negativas entre la dimensión de ansiedad de la escala DASS-21, la claridad emocional ( $\rho = -.281$ ,  $p = .000$ ) y la reparación emocional ( $\rho = -.197$ ,  $p = .014$ ). Al igual que en los resultados de esta investigación, lograron demostrar que ambas dimensiones poseen una correlación inversa significativa con la ansiedad. Por otro lado, estos autores y también Bermejo-Martin *et al.* (2021) encontraron una correlación positiva entre la ansiedad y la atención emocional ( $\rho = .282$ ,  $p = 0.00$ ), lo que no es consecuente con los resultados que se obtuvieron en esta investigación.

Sun *et al.* (2020) analizaron la correlación entre la inteligencia emocional y el estado emocional negativo del personal de enfermería en situaciones de emergencia y demostraron que las 170 enfermeras que participaron en el estudio tuvieron una puntuación de inteligencia emocional

total de  $69.81 \pm 12.65$ . La puntuación global de emociones negativas en esta muestra fue de  $13.34 \pm 10.6$  (depresión =  $2.73 \pm 3.29$ , ansiedad =  $4.92 \pm 4.21$  y estrés =  $5.66 \pm 4.79$ ). Estos autores lograron demostrar la existencia de correlaciones negativas entre la inteligencia emocional y emociones negativas como la depresión ( $r = -.371$ ), la ansiedad ( $r = -.285$ ) y el estrés ( $r = -.293$ ). Los datos hallados por Sun *et al.* (2020) se ven corroborados por los datos encontrados en este estudio donde también se evidenció la correlación negativa que existe entre la inteligencia emocional y la ansiedad al coronavirus.

En un estudio realizado por Bhatt y Sharma (2020) en Dehradun, India, se demostró la existencia de una correlación inversa significativa ( $r = -.208$ ) entre la inteligencia emocional como rasgo y el estrés durante la Covid-19. Los resultados evidenciados por estos autores son consistentes con los obtenidos en esta investigación por lo que se asume, al igual que Bhatt y Sharma (2020), que los individuos con alta inteligencia emocional parecen lidiar mejor con el estrés y tienen mejores respuestas de adaptación para salir de situaciones estresantes.

## Conclusiones

Los niveles altos de inteligencia emocional están significativamente relacionados con una buena salud mental, mientras un bajo nivel de inteligencia emocional se asocia con dificultades en la percepción, entendimiento y regulación de los estados emocionales. La presente investigación buscó demostrar que la inteligencia emocional está relacionada con la ansiedad frente a la Covid-19, lo que a su vez sugiere que la formación de las personas en inteligencia emocional podría ayudar con la angustia emocional negativa. Se demostró que la inteligencia emocional en efecto está correlacionada inversamente con la ansiedad ocasionada por la Covid-19, por lo que, a mayores niveles de inteligencia emocional, hay menor ansiedad durante la pandemia.

La novedad científica de la investigación radica en la demostración de una correlación inversa significativa entre la inteligencia emocional y la ansiedad durante la Covid-19. Se sugiere para líneas futuras ampliar la investigación sobre la relación entre la inteligencia emocional y las emociones negativas en etapas de estrés intensos como lo es la actual pandemia, y aprovechar el potencial de la inteligencia emocional como una habilidad para el reconocimiento, comprensión y manejo de las propias emociones y la de los demás. Abordar la categoría de inteligencia emocional constituye un elemento clarificador para la investigación de las habilidades emocionales a la hora de afrontar situaciones de crisis como la que se vive actualmente.

## Referencias bibliográficas

- Bermejo-Martin, E., Luis, E. O., Fernández-Berrocal, P., Martínez, M., & Sarrionandia, A. (2021). The role of emotional intelligence and self-care in the stress perception during Covid-19 outbreak: An intercultural moderated mediation analysis. *Personality and Individual Differences*, 5(9). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110679>
- Bhatt, M., & Sharma, D. (2020). Trait Emotional Intelligence and its relation to Stress during the COVID-19 Pandemic. An empirical study on professional students of Dehradun, India. *ICRMAT*, 24, 31-38. <https://doi.org/10.15439/2020KM241>

- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., Fernández-Fleites, Z., Jiménez-Puig, E., Vizcaíno-Escobar, A., Ferrer-Lozano, D., Martínez-Rodríguez, L., & Martín-González, R. (2020). Adaptation of the Cuban version of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1855610>
- Cabello, R., Navarro, B., Latorre, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2014). Ability of university-level education to prevent age-related decline in emotional intelligence. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6(37). <https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00037>
- Carrillo-Salazar, B. C., & Condo-Choquesillo, R. L. (2016). Inteligencia emocional y ansiedad rasgo-estado en futuros docentes. *Avances en Psicología*, 24(2). <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2016.v24n2.153>
- Extremera, N. (2020). Coping with the stress caused by the COVID-19 pandemic: future research agenda based on emotional intelligence. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 631-638. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783857>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 9(1), 47-59. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.1.47>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Trallero, J. T., Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). McGraw Hill.
- Huremovic, D. (2019). *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak* (Springer, Ed.). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5>
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Limonero, J. T., Fernández-Castro, J., Soler-Ortija, J., & Álvarez-Moleiro, M. (2015). Emotional intelligence and recovering from induced negative emotional state. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00816>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., & Fernández-Castro, J. (2006a). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95-100. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72709514.pdf>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., & Fernández-Castro, J. (2006b). Relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12, 267-278. <https://core.ac.uk/download/pdf/157852155.pdf>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10, 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.003>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. J., & Aradilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología Conductual*, 20(1). <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>
- MINSAP. (2021). *COVID-19 - Sitio Oficial de Gobierno del Ministerio De Salud Pública de Cuba*. [https://salud.msp.gob.cu/category/covid-19/?doing\\_wp\\_cron=1621359619.9701619148254394531250](https://salud.msp.gob.cu/category/covid-19/?doing_wp_cron=1621359619.9701619148254394531250)

- Moreno-Proañó, G. (2020). Pensamientos distorcionados y ansiedad generalizada en Covid-19. *CienciAmerica*, 9(2). <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.314>
- Ocaña, J., García, G. A., & Cruz, O. (2019). Propiedades Psicométricas del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) en Adolescentes de Chiapas, México. *European Scientific Journal*, 15(16). <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n16p280>
- ONEI. (2019). *Anuario demográfico de Cuba*. Oficina Nacional de Estadística e Información. <http://www.onei.gob.cu/node/13810>
- OPS. (2021). *Actualización Epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) - 18 de Mayo, 2021*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-18-mayo-2021>
- Puigbó, J., Edo, S., Rovira, T., Limonero, J. T., & Fernández-Castro, J. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.003>
- Rodríguez, U., Amaya, A. M., & Argota, A. P. (2011). Inteligencia emocional y ansiedad en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(26), 310-320. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113739>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Sun, H., Wang, S., Wang, W., Han, G., Liu, Z., Wu, Q., & Pang, X. (2020). Correlation between emotional intelligence and negative emotions of front-line nurses during the COVID-19 epidemic: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing Wiley*, 30, 385-396. <https://doi.org/10.1111/jocn.15548>
- Torres-Ramos, L. E., & Mamani-Vargas, R. D. (2020). Estrés e inteligencia emocional en personas adultas durante la pandemia de la COVID-19 en Tacna 2020. *Psique Mag: Revista Científica Digital de Psicología*, 10(1), 37-45. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v10i1.2596>
- Vallejo, P. M. (2012). Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? *Estadística aplicada*, 24(1), 22-39.
- Zysberg, L., & Zisberg, A. (2020). Days of worry: Emotional intelligence and social support mediate worry in the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1359105320949935>

# CREENCIAS DE SUPREMACÍA ABSOLUTA. UNA APROXIMACIÓN PSICOSOCIAL SOBRE LA RELACIÓN ENTRE MUERTE, VIDA Y COVID-19

**Jesús Silva Bautista**

**Venazir Herrera Escobar** (*Corresponding Author: Second Author*)

**Litzy Zamora Montero**

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

## **Resumen**

La investigación empírica respecto al tema de las creencias de supremacía absoluta hacia la muerte y la vida y que involucran directamente las concepciones de la ciencia y la religión como explicaciones a estos fenómenos, no suele ser muy común; no obstante, el interés científico en las bases cognitivas de la creencia religiosa y secular ha crecido en los últimos años. De este contexto, surgió la necesidad de un estudio que indagara sobre las creencias de supremacía absoluta que mantiene la población en general sobre la muerte y la vida y aunado a ello, asociarlas con las creencias que se tienen sobre la situación actual por la que atraviesa el mundo en general, la pandemia por Covid-19. La investigación es de tipo correlacional de campo, transversal, con un diseño *ex post facto*. Se consideró una muestra de 1200 personas de la población en general. Para medir las creencias de la muestra se utilizó un instrumento que se sometió a pruebas de confiabilidad y validez, constituido por 37 reactivos con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Los resultados obtenidos a través de la correlación de Pearson indican que las personas mantienen una relación de coexistencia entre creencias de supremacía absoluta de tipo científico, religioso y secular respecto a la muerte, la vida y el Covid-19. A su vez, los resultados de las pruebas t de Student y análisis de varianza (ANOVA) indican que estas creencias van a estar sujetas tanto a condiciones socioculturales como a las particularidades de los sujetos tales como la edad, escolaridad, estado civil, nivel de ingresos y pérdidas por Covid-19.

**Palabras clave:** creencia, supremacía, ciencia, religión, secular.

## **Abstract**

*Empirical research on the issue of beliefs of absolute supremacy towards death and life and that directly involve the conceptions of science and religion as explanations of these phenomena, is not very common; however, scientific interest in the cognitive bases of religious and secular belief has grown in recent years. From this context, the need arose for a study that would inquire about the beliefs of absolute supremacy that the general population maintains about death and life and, in addition, to associate them with the beliefs that are held about the current situation that it is going through. the world in general, the COVID-19 pandemic. The research is of a cross-sectional, correlational field type, with an ex post facto design. A sample of 1200 people from the general population was considered. To measure the beliefs of the sample, an instrument that was subjected to reliability and validity tests was used, consisting of 37 items with a 5-point Likert-type response scale. The results obtained through Pearson's correlation indicate that people maintain a coexistence relationship between absolute supremacy beliefs of a scientific, religious and secular nature regarding*

*death, life and COVID-19. In turn, the results of the Student's t tests and analysis of variance (ANOVA) indicate that these beliefs will be subject to both socio-cultural conditions and the particularities of the subjects such as age, education, marital status, level of income and losses from COVID-19.*

**Keywords:** *belief, supremacy, science, religion, secular.*

## Introducción

Las creencias a lo largo de la historia han proporcionado una base para el estudio del comportamiento humano, convirtiéndose hoy en día, en un concepto muy estudiado (Pajares, 1992) principalmente dentro del campo de la psicología social. En algunas ocasiones, la necesidad de encontrar una explicación lo más objetiva posible sobre determinados fenómenos y problemáticas psicosociales ha llevado a varios autores a plantear una definición concreta de las creencias y cómo estas influyen en la estructura cognitiva de las personas, así como en la manera en la que estas se desarrollan y se mantienen en determinados grupos sociales.

Fishbein y Ajzen (1975) plantean que las creencias son aquellos juicios de probabilidad subjetiva que realiza una persona sobre algún aspecto discriminable de su mundo; las mismas que se ocupan para la comprensión de uno mismo y del entorno en el que los seres humanos se desarrollan. Esta definición sostiene la idea de que las creencias van más allá de las relaciones observables, es decir, una persona puede formar una creencia a partir de la interacción con otras personas, y a partir de características o disposiciones no observables. De esta manera las creencias son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para un individuo más allá de la percepción directa; en pocas palabras, se habla de aquellos conceptos relacionados con la naturaleza, con eventos y procesos cuya existencia es asumida. Por lo tanto, todos estos conceptos hacia estos fenómenos, son propios de los humanos, lo cual, a un determinado nivel de abstracción, da como resultado que las creencias se consideren culturalmente universales (Pepitone, 1991).

Por otra parte, la creencia es conceptualizada como un estado mental. Un estado mental dotado de un contenido representacional, en su caso, semántico o proposicional y, por lo tanto, quiere decir que es susceptible a ser verdadero o falso que, además, dada su conexión con otros estados mentales y de otros contenidos proposicionales, es causalmente relevante o eficaz respecto a los deseos, las acciones y otras creencias del sujeto (Defez, 2005).

Al aparecer como supuestos del entendimiento del mundo, Villoro (1996) plantea dos concepciones de creencia. La primera se refiere a la creencia como ocurrencia mental, es decir, "... no versa sobre algo presente en la percepción o en el recuerdo, sino sobre lo representado en el juicio ..." (p. 26). A diferencia de Pepitone (1991), quien considera que lo importante de la creencia es su contenido; Villoro (1996) expone que al poder distinguirse el contenido del acto intencional (lo percibido) del acto mismo que se dirige a él (el percibir) —el cual tiene una cualidad propia—, "... la creencia corresponde a la cualidad del acto, no a su contenido" (p. 27). La segunda concepción corresponde a la creencia como disposición. En este sentido:

... una disposición no es una ocurrencia. Las ocurrencias son directamente observables, aunque puedan ser privadas o públicas. Se expresan en enunciados que narran situaciones, datos o hechos, en oraciones que describen algo que acontece ... . Las disposiciones, no son propiedades observables de los objetos, sino características que tengo que atribuirles para explicar ciertas ocurrencias (p.31).

Las creencias bajo este contexto, operan como guías de la acción que disponen al sujeto a responder de una determinada manera y no de otra. No obstante, para este autor, las creencias no necesariamente se expresan en acciones, sino que, solo si se presenta una determinada circunstancia, la persona se comportará de un modo tal que supone la existencia de un estado disposicional a actuar.

Las creencias tienen la función de representar la realidad del individuo, esto mediante los intercambios sociales que establece en su vida desde el momento que adquiere conciencia de sus actos; sirven como referentes para dar explicación a cada una de las circunstancias presentes en el mundo; son aquellas que dotan de sentido a la vida humana; dan explicación acerca de lo que es real para uno y lo que es real para otras personas, es por eso que también en muchas ocasiones se encuentran inconsistencias entre ellas (Lasaga, 1994).

Algunas inconsistencias entre las creencias a veces dependen no solo de cómo se adquieren o cómo se forman, sino de su contenido en sí. Ante ello, Pepitone (1991) sostiene que las clasificaciones de las creencias no siempre son puras; los observadores objetivos no siempre pueden determinar si los referentes de una determinada creencia son o no materiales. Sin embargo, es útil hacer la diferenciación entre categorías naturales y sobrenaturales. Dentro de la clasificación que este autor propone se encuentran aquellas de orden natural-material, las cuales "... se refieren a aquello que existe en el mundo material o aquello que puede ser definido como material en algún nivel de análisis. La categoría incluye creencias científicas y creencias sobre la historia y la sociedad" (p.64).

Por otra parte, el ser humano vive a diario diferentes sucesos personales, ambientales y socio-culturales, procesos que, la mayor parte de las veces involucran reflexiones existenciales. Y aun cuando la ciencia y la tecnología son uno de los conocimientos más certeros hoy en día, este muchas veces no responde a preguntas que son de orden más espiritual; por ello, dentro del sistema de creencias de las que dispone el ser humano para entenderse a sí mismo, al mundo y a los otros, se encuentran aquel conjunto de creencias que se basan en la experiencia emocional y a las cuales se adhiere fuertemente, hasta el punto de que las mantiene incluso ante evidencias en contra (Páez *et al.*, 2007; Gastélum, 2010). Estas creencias son de corte religioso y secular (Pepitone, 1991).

Cabe señalar que, independientemente del tipo de creencias que posea el ser humano, estas no solo le dan un sentido y significado a su comportamiento, sino que le brindan los elementos de justificación necesarios para realizarlo, mantenerlo, modificarlo, suspenderlo o finalizarlo (Fernández, 2006).

Las creencias juegan un papel fundamental en los roles adaptativos de los seres humanos, ya que, funcionan como una guía del pensamiento y de la conducta; no obstante en muchas ocasiones se suelen confundir las creencias con los sistemas de conocimiento; conviene

subrayar que las creencias individuales no requieren coherencia interna dentro del sistema de creencias, lo cual implica que son por su propia naturaleza, en algunas ocasiones indiscutibles, inflexibles y menos dinámicas que los sistemas de conocimiento; lo cual hace a la creencia algo inmutable y, cuando cambian no es el argumento o la razón lo que las altera, sino más bien un estado disposicional de carácter emocional o afectivo (Pajares, 1992).

Las creencias se producen como resultado de varios mecanismos y estructuras cognitivas, muchos de ellos le permiten al ser humano adquirir un determinado grado de compromiso con la creencia, es por eso que dentro de la psicología existen infinidad de ellos, sin embargo, la justificación es la más representativa al momento de querer conocer el por qué se mantienen determinadas creencias. Una creencia está justificada cuando existen razones genuinas que la apoyan, lo cual le va a permitir al ser humano de cierta manera tener una certeza de que lo que está diciendo es un indicio de credibilidad y, por lo tanto, el comportamiento será congruente con dichas creencias, dando paso a la satisfacción de deseos tanto personales como sociales (Nilsson, 2014).

Pero ¿Qué sucede cuando una creencia no está justificada ni se fundamenta en un argumento sólido?

Al querer comprender cada fenómeno del mundo, el ser humano utiliza sus creencias, creencias que le proporcionan una explicación contundente a las situaciones de su entorno, y las cuales a su vez, a menudo no están justificadas ni fundamentadas en argumentos sólidos, es decir, se fundamentan en actos de fe, sobre bases mágico-religiosas, o bien, a través de la constante desinformación que los medios masivos de comunicación proporcionan, en otras palabras, en repetidas ocasiones solo basta la validación y la consistencia de determinada información otorgada ya sea por estos medios o por la misma sociedad para hacerla válida, sin siquiera tomar en cuenta cuan irracional sea; es así como se le da permanencia a creencias que incluso no tienen un sustento empírico que las validen (Shermer, 2008).

La razón de que las personas creen en cosas o situaciones sin algún fundamento empírico se debe a que, es mucho más fácil validar algo socialmente aceptado que cuestionar la realidad y tener que atravesar por un proceso de reestructuración cognitiva, pues eso implica salir de la zona de confort que mantiene a los humanos en una postura reconfortante y que con frecuencia tiene que ver con la búsqueda de la felicidad y la satisfacción personal, por ello, las personas suelen aferrarse a cuestiones poco realistas e idealizadas (Nilsson, 2014).

Este aparente control que tiene el ser humano sobre sus creencias y que a su vez justifican determinados comportamientos a nivel individual o social, está definido a menudo por un carácter de supremacía del ser humano sobre sus propias condiciones de vida. Trayendo consigo que el tema de supremacía humana se torne bastante complejo, debido a que, trae consigo una constante disonancia entre la evaluación o juicio sobre un objeto, persona o fenómeno, la estructura del comportamiento y las formas de relacionarse con el mundo. Esta disonancia suele ser producto de las constantes interrogantes que el ser humano realiza sobre su propia existencia y, que a su vez reflejan su incesante necesidad por describir no solo el mundo material sino también explicar lo intangible y con ello, dar una respuesta “verdadera” para sí mismo y para los demás acerca de la realidad y así poder continuar admitiéndose como el supremo gobernante de la Tierra (Frandsen, 2013).

Con base a lo anterior, García (2009) plantea que el ser humano al ver que la racionalidad es una característica propiamente humana, empieza no solo a comprender una serie de atributos, sino también de cualidades, capacidades y virtudes, convirtiéndose en un ser social que busca la transformación de su entorno a toda costa, teniendo como consecuencia una serie de pensamientos y creencias de supremacía, dominación y egoísmo; creando así una doctrina irracional que busca la satisfacción personal por encima de los demás.

Al respecto, decir que los seres humanos solo son parte de la evolución biológica sería algo reduccionista, dado que este proceso va más allá de la selección natural; se trata de lo que plantea Dawkins en su libro *El gen egoísta* en el cual expresa que los genes son la representación de los humanos y por consiguiente de las relaciones sociales que se establecen; donde el altruismo como el egoísmo juegan un papel muy importante en el comportamiento de las personas; ya que no existe una acción que sea realmente altruista, puesto que desde los primeros hombres siempre ha imperado esta lucha por la supremacía, la existencia y la supervivencia, lo cual ha llevado a cuestionarse de manera continua la idea de que el altruismo es solo un medio para actuar de manera egoísta y así conseguir los mejores beneficios posibles, es decir se costea el sacrificio por los beneficios; donde solo se refleja que de manera inconsciente siempre se espera algo a cambio (Dawkins, 2016, Hernández, 2016).

En este sentido, Dawkins (2016) señala que esta lucha por la supremacía, la existencia y la supervivencia, afecta todos los aspectos de la vida social que van desde el amor y el odio, la lucha y la cooperación, al hecho de dar y robar, hasta la codicia y generosidad. Ahora bien, si se considera en específico el impacto de esta lucha por la supremacía, la existencia y la supervivencia sobre otros fenómenos tan fundamentales para el ser humano como lo son la vida y la muerte, está más que claro que las creencias y concepciones contundentes que se tengan al respecto modificarán de manera decisiva el proceder individual y social de cada persona.

Bajo este contexto, la supremacía de la humanidad está incorporada en tres creencias universalmente invisibles: la primera, hace alusión a la idea de que la Tierra le pertenece a la humanidad; la segunda, versa sobre la concepción de que el ser humano es superior a todas las especies; y por último, que el planeta tiene los recursos para el mejoramiento de las personas; se dice que son invisibles porque no se expresan explícitamente pero que implícitamente están reflejadas en el comportamiento de las personas (Crist, 2017). Así, las creencias de supremacía absoluta se refieren a aquellas cualidades jerárquicas que ponen de manera concluyente a una persona, objeto o atributo por encima de otros. La creencia de supremacía es casi universal y forma parte de la configuración cultural de una sociedad.

Las creencias de supremacía absoluta han llevado al ser humano a crear una visión del mundo más dominante, en donde solo sobreviven los más fuertes o en su defecto aquellas personas que comparten características similares, en este caso las mismas creencias, es por eso, que las formas de vida y de interacción se mueven por el poder y la consistencia (Pearse & Pruss, 2012).

Ahora bien, si se consideran las creencias de supremacía absoluta de acuerdo a la clasificación que establece Pepitone (1991) con respecto a las creencias de tipo natural-material y religioso-secular sobre los fenómenos antes mencionados de la vida y la muerte, el

ser humano puede a través de estas no solo explicarlos y manipularlos, sino que ocasionalmente puede hacer algunas predicciones exitosas (Olivé, 2011).

### *Creencias de supremacía hacia la muerte y vida después de la muerte*

En la antigüedad, el término de la muerte resultaba ambivalente, ya que por una parte implicaba el momento en la que el alma se deshacía de las ataduras terrenales y tenía la posibilidad de llegar a la gloria, mientras que la otra parte era la que generaba miedo e incertidumbre, debido a que, al llevar una vida llena de pecado implicaba castigo e infierno; es por eso que los misioneros y los clérigos introdujeron en la Nueva España representaciones simbólicas con el fin de resarcir los pecados en caso de tener una muerte repentina que no le permita a las personas arrepentirse por su cuenta y enmendar el camino (Von Wobeser, 2015).

De acuerdo con Von Wobeser (2015), la primera representación de la muerte es un esqueleto que portaba un arma para cortar la vida de las personas, en la actualidad todavía se suelen encontrar este tipo de imágenes, sobre todo en murales; otro emblema es la tradicional calavera, misma que es expuesta en los altares en noviembre como un símbolo de reflejo, en el que tarde o temprano todos los seres humanos se convertirán. Asimismo, sostiene que la muerte siempre ha sido un tema muy controversial para el ser humano, ya que, a pesar de sus habilidades y capacidades para dominar y controlar su entorno, hasta el momento no ha podido dar explicación “totalmente convincente” ante el misterio que rodea a la muerte en sí.

Entender el proceso de muerte, hace al ser humano cuestionarse qué es lo que hace en vida, dado que, desde un inicio la relación que este tiene con los dioses y espíritus fue entendida desde creencias religiosas-seculares sobre un plano sobrenatural, lo cual polariza la existencia de lo que se conoce en el mundo y lo que se encuentra en lo que llaman “más allá” (Duche, 2012).

La muerte es un hecho trascendente que va más allá de una mera explicación médica-biológica, ya que implica otro tipo de repercusiones que van desde el punto de vista antropológico, filosófico, psicológico, médico hasta el religioso. Desde la época prehistórica los seres humanos hacen un especial énfasis al procedimiento que se debe llevar a cabo después de que una persona ha fallecido, dando paso a una infinidad de creencias naturales-materiales o religiosas-seculares respecto a este fenómeno; una de ellas es la creencia de que la muerte es algo malo, algo que debe evitarse, algo a lo que hay que tenerle miedo, es incertidumbre, dolor, tristeza, etc. (Pacheco, 2003; Machado, 1994).

Diversos autores han conceptualizado el fenómeno de la muerte de la manera más clara y concreta posible, sin embargo, la complejidad de este término implica un abordaje teórico que incluya distintas perspectivas que le permitan al ser humano hacer una interpretación de este concepto de la mejor manera y que se ajuste a cada una de las normas e interpretaciones vigentes en la sociedad en la que se encuentra; por ejemplo, Lynch y Oddone (2016) sostienen que la percepción de la muerte en el occidente ha atravesado dos grandes etapas: la primera tiene que ver con el dominio de la muerte domesticada, en donde los individuos solo toman conciencia de su muerte hasta la aparición de señales divinas, esta etapa se caracteriza por la aceptación de la muerte de una manera natural y serena; mientras que la segunda etapa, se caracteriza por un profundo rechazo e invisibilización de la muerte, y se le denomina muerte

invertida porque los duelos y las ceremonias son mucho más discretos e íntimos.

Por otra parte, Machado (1994) ofrece una definición de la muerte basada en los dos componentes de la conciencia, es decir, como capacidad y como contenido, ya que para él esta definición de muerte humana es la más concreta de acuerdo a su teoría del funcionamiento del organismo como un todo, cuyas bases neurales pueden establecerse y proveer atributos que son esenciales y únicos del ser humano, así establece que la muerte alude a la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de conciencia.

De las concepciones sobre la muerte, Aguirre, Pontón y Roa (2010) definen diferentes perspectivas como la médica, la religiosa, la psicológica y la budista, y ponen en tela de juicio la creencia de que la muerte es solo un suceso trágico en la vida de las personas.

Desde la perspectiva de estos autores, la concepción médica- biológica de la muerte alude al deceso de todos los signos vitales del cuerpo humano, convirtiéndose en un proceso de muerte total sin retorno alguno. En tal sentido, la ciencia y la tecnología han contribuido a mantener la creencia de que la muerte es algo muchas veces indeseable, al no tomar en cuenta los sentimientos o el sufrimiento que pueden padecer aquellos enfermos y sus familiares, convirtiéndose en un proceso demasiado mecanicista que deshumaniza el sufrimiento ajeno, pretendiendo el total control y dominio de las circunstancias.

Siguiendo este contexto científico, Tamayo (2008) sostiene que la muerte es un proceso que ocurre en distintos niveles de organización y requiere inversión de energía:

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

Para este autor, la muerte permite la renovación de las poblaciones que participan en la selección natural frente a las condiciones siempre cambiantes del medio ambiente; de tal forma que la muerte es el mecanismo de eliminación de los individuos que ya han cumplido con su única función biológicamente significativa, es decir, la de dar origen a otros individuos. “La desaparición de los individuos es una parte esencial del proceso evolutivo, el final de todos los experimentos de la naturaleza” (p.36).

La muerte del cuerpo se ve entonces como el fin absoluto de cualquier forma de actividad consciente. Ante ello, la inevitabilidad, la irreversibilidad y la permanencia de la muerte crean ansiedad en todos los individuos en algún momento de la vida (Niemić & Schulenberg, 2011).

Ahora bien, continuando con Aguirre, Pontón y Roa (2010) desde la perspectiva religiosa, la muerte funciona como un modelo orientador y facilitador en la búsqueda de un nuevo camino y de una respuesta reconfortante a todas aquellas interrogantes que el ser humano se plantea respecto a la vida, la muerte y la vida después de la muerte, contrario a la perspectiva médica-biológica, la religión busca dar las herramientas necesarias para el afrontamiento de este fenómeno, basados en la idea de la fe, los milagros y la bondad de Dios, lo cual genera actitudes de esperanza y cambios espiritualmente significativos para el ser humano.

En cuanto a la muerte desde la perspectiva psicológica, para estos autores esta se explica a

través de la tanatología, la cual es una disciplina que se encarga del estudio de la vida, la muerte y el proceso de morir, es por ello que se busca encontrar herramientas que brinden distintas habilidades para el afrontamiento y el control emocional concibiendo a la muerte como la pérdida más dolorosa a la que se enfrenta el ser humano en todos sus aspectos, tanto físico, psíquico, social y espiritual.

Finalmente, desde una visión budista, la muerte es un hecho imprevisible, es decir, que a pesar de que el ser humano este consciente de que algún día llegará ese momento, no sabe ni cómo ni cuándo llegará, por lo que debe aprender a vivir de una manera pacífica cultivando paz en su interior y en su forma de vivir, y esto solo lo conseguirá por medio de la meditación. Cabe señalar que, desde esta perspectiva los seres humanos le temen a la muerte porque tienen un desconocimiento de sí mismos (Aguirre, Pontón y Roa, 2010).

Ahora bien, de todas las interrogantes que tiene el ser humano respecto a la vida y el sentido que tiene esta, existe otra incógnita que ha generado aún más polémica, no solo para el ser humano en sí mismo, sino también para las diferentes perspectivas que han tratado de abordarla; en tal caso se trata de la existencia o no de una vida después de la muerte.

Al respecto, una de las perspectivas que más ha abordado este tema ha sido la religiosa, siendo uno de los medios por los cual el ser humano orienta su forma de conducirse por la vida (Cano y Herrera, 2019).

Si hay algo certero en este mundo, es la muerte, debido a que, el ser humano no tiene control sobre cuándo y cómo va a morir, es un hecho que todos en algún momento tendrán que asumir, lo cual genera un gran temor en la vida de cada persona, la sola idea de la finitud ocasiona un gran dolor y sufrimiento, encontrando una estabilidad en la fe religiosa, ya que esta perspectiva más que llenar un vacío biológico se basa en la enseñanza y mantenimiento de una vida eterna, es decir, de preservar esa esperanza de continuar haciendo lo que no se hizo en vida, incluso hasta de poder enmendar aquellos errores cometidos en la vida y así alcanzar la “salvación eterna” ante los pecados inmersos en la vida cotidiana; los principales motivos para alcanzar la salvación de la vida material se basan en la estructura indivisible del ser humano y de la unidad de destino del hombre y de la humanidad como tal, dando paso al credo cristiano que se conoce actualmente, es decir, aquel que promete la resurrección de los muertos y la vida eterna (Gil, 1984).

Las enseñanzas cristianas han dejado una serie de premisas importantes que dan seguimiento a la idea que se tiene de la vida después de la muerte; entre ellas está la creencia de que Dios todopoderoso mandó a su hijo para profesar su palabra y así liberar a la humanidad de la decadencia y del pecado, siendo su muerte un acto voluntario, un sacrificio por la humanidad, siendo su muerte una victoria más que una derrota, al preservar la idea de la vida eterna, ya que su resurrección dejó una gran huella para la humanidad, sosteniendo que no hay razón alguna para temerle a la muerte, al contrario es la oportunidad de alcanzar la “bondad divina”, en donde las almas están destinadas a una larga y eterna vida, tomando como referencia “lo bueno y lo malo”, en otras palabras, esta vida solo se consigue si se ha logrado establecer una paz y comunión con Dios, renunciando a todas aquellas cosas terrenales de la vida (Pearse & Pruss, 2012).

Con base a lo anterior, Gómez (2011) sostiene que las creencias y las tradiciones religiosas desde hace siglos se han caracterizado por mantener el control de la sociedad por medio de sus ideologías, siendo la muerte una cuestión relacionada con la moralidad, proclamando la “salvación” en las buenas acciones, el arrepentimiento de los pecados, el encuentro espiritual con Dios, y la ayuda hacia el prójimo; opuesto, de aquellas personas que deciden no buscar la sanación para su alma, quienes seguramente no tendrán un lugar en el cielo y serán desterrados de la oportunidad de gozar de cada uno de los beneficios que promete la salvación del alma; aun cuando los familiares se esfuercen por rezar para que esta encuentre la luz y la paz que necesita.

Las creencias religiosas hacia la muerte o la vida después de la muerte poseen un fuerte componente emocional que le permite a la humanidad no solo sentir, actuar y relacionarse con los demás; sino también, dar un sentido al mundo al atribuir causas a los efectos, al procurar la eficacia de las acciones, o bien, el sentir el control de su propia vida. Así lo señala Darwin (1987, p.47):

“El sentimiento de la devoción religiosa es muy complejo: compónese de amor, de una sumisión completa a un superior misterioso y elevado, de un gran sentimiento de dependencia, de miedo, de reverencia, de gratitud, de esperanza para el porvenir, y quizás también de otros sentimientos. Emoción tan compleja no la podrá sentir ningún ser que no hubiese llegado a alguna superioridad de facultades morales e intelectuales”.

Estas creencias, la mayor parte de las veces se encuentran incorporadas en las ideologías y existen dentro de organizaciones más o menos estructuradas. Se forman a través de un proceso de internalización individual; sin embargo, no pueden individualizarse por completo, dado que todo sistema religioso se origina a partir de la continua actividad social de interpretar la realidad. Constituyen el fundamento justificativo de la acción humana, a pesar de que en ocasiones es difícil dar cuenta de aquello que se cree (Fernández, 2006; Pepitone, 1991; Scharf, 1974).

Desde la ciencia psicológica, se establece que el ser humano tanto puede ser portador de creencias, como un receptor de ellas, tomando en cuenta la influencia del contexto en el que se desenvuelve (Remolina, 2008). Así las creencias religiosas sobre la vida después de la muerte pueden ser solo una expresión de la influencia social.

Como se observa, a pesar de la certeza y de la universalidad fáctica de la muerte, han sido muchos los modos, y a veces casi opuestas entre sí, las formas en que ha sido descrita, comprendida y explicada. No obstante, la muerte y la vida después de la muerte no son los únicos fenómenos que causan incertidumbre en el ser humano, tal es el caso del fenómeno de la vida en sí mismo.

### *Conceptualización de vida*

Anteriormente se ha hecho énfasis en la necesidad del ser humano por entender todos aquellos fenómenos inherentes a su existencia, siendo así la “vida” uno de los conceptos primordiales. Existen muchas teorías que ofrecen una definición acerca de lo que es la vida y su origen.

La Real Academia Española (2021) define a la vida como:

1) Fuerza o actividad interna sustancial, mediante la que obra el ser que la posee, 2) Unión del alma y del cuerpo, 3) Ser humano, 4) Relación o historia de las acciones notables ejecutadas por una persona durante su vida, y 5) Estado del alma después de la muerte.

Las primeras definiciones acerca de la vida vienen de la filosofía con las ideas de Tales de Mileto, quien establecía que la vida estaba en el agua; mientras que Aristóteles sostenía la idea de que los objetos se diferenciaban de las cosas vivas, por esta capacidad que tienen de organizarse pese a las condiciones externas e internas del medio ambiente; cada una de estas aproximaciones nacieron a partir del sentido común y de esta curiosidad por encontrar una explicación racional acerca de cuál es el origen de la vida, recurriendo a una serie de instrumentos, concepciones y teorías que le ayudarán al ser humano en ese momento a responder las interrogantes de su existencia (Álvarez, Gamboa, García, Cedeño y Bolaños, 2017).

Desde la visión religiosa, el origen de la vida se puede explicar a través del “Génesis” el cual contextualiza la presencia hacia la naturaleza de un verdadero Dios como un solo ser, omnipotente, bueno y omnisciente; dentro de la Biblia, el Génesis narra como Dios en tan solo siete días fue creando paso a paso desde la naturaleza hasta el ser humano (Adán y Eva); esta concepción de vida estaba basada en la “perfección”, dicho de otra manera, hace referencia a una vida libre del pecado, donde los primeros hombres estaban destinados a vivir en armonía y seguir los preceptos de su creador, no obstante, tal cual lo expresa la Biblia, al comer el fruto prohibido, estas personas se dotaron de conciencia, la misma que les ha permitido hasta la actualidad transformar su modo de vida (Álvarez, Gamboa, García, Cedeño y Bolaños, 2017).

Siguiendo esta idea, el concepto de la vida se vuelve un concepto idealista, y a pesar de que hoy en día hay un sin fin de organizaciones religiosas, todas concuerdan en la idea de que existe un ser superior o ente divino que brindó un alma viva a una carne inanimada y con ello, diseñó la vida con un propósito determinado, imposibilitando así, la oportunidad de que el hombre conozca cuál es el sentido y esencia de su propia vida, perdiendo absolutamente el control de ella (Oparin, 2003).

Por otra parte desde la perspectiva biológica Oparin (2003) sostiene la idea de que la vida es de naturaleza material y que gracias a ello los seres humanos pueden estudiar cada una de las leyes que le permiten modificar y transformar el ambiente en el que se encuentra; aunque dentro de su conocimiento existen circunstancias que resultan intangibles, encontrando así una limitante para comprender cada uno de los fenómenos existentes; ante ello, en algunas ocasiones recurre a plantear una serie de explicaciones sobrenaturales para dotar de sentido a cada uno de esos fenómenos.

Por lo anterior, para este autor la primera etapa del origen de la vida se remonta a la formación de sustancias orgánicas básicas, las mismas que al combinarse con otros elementos como el carbono, el azufre, el nitrógeno, etc., dan paso a la formación de sustancias más complejas, que conforme se iban mezclando iban creando compuestos como carbohidratos, proteínas y aminoácidos, las cuales se almacenaban en el agua.

Del mismo modo, otra de las teorías más populares respecto al origen de la vida es la hipótesis del Big Bang, la cual establece que hace miles de millones de años, había una concentración de materia sumamente pequeña, la cual un día explotó en gran espacio en blanco, lo cual dio lugar a que toda esta materia se empezara a esparcir, y a agrupar para dar paso a las primeras estrellas y galaxias, responsables de formar el universo tal cual se conoce en la actualidad (Torres, 2017).

Continuando con las concepciones científicas, desde el punto de vista de la biología contemporánea, una comprensión adecuada de las propiedades mínimas requeridas para que un sistema pueda ser considerado vivo requiere el reconocimiento de la evolución y de los procesos implicados en ello. En este sentido, la condición de vida es marcada por la transición de reacciones puramente químicas a entidades autónomas y reproductoras capaces de evolucionar por selección (Tirard, Morange & Lazcano, 2010).

En términos generales, cabe señalar que, de acuerdo con Oliver y Perry (2006) los intentos de abordar la definición de sistemas vivos a menudo conducen nada más que a caracterizaciones fenomenológicas de la vida, que a su vez a menudo se reducen a una mera lista de propiedades observadas (o inferidas). Estos inventarios son no solo insatisfactorios desde un punto de vista epistemológico, sino que también pueden volverse obsoletos fácilmente y no proporcionar criterios suficientes por los cuales se pueda definir el tema de la vida.

Hoy en día, el tema de la vida se ha vuelto muy controversial, no solo por lo que se plantea en función de su concepción y origen, sino más bien, por la parte bioética que ha generado un sin fin de debates por cuestiones de carácter moral, y que al final del día están determinados por el sistema de creencias radicales o de supremacía que tiene un individuo. A modo de ejemplo, el tema del aborto, la clonación de animales, la fecundación in-vitro, la eutanasia, etc., son formas de alterar la naturaleza de la vida humana, y por lo tanto su curso, perdiendo el “sentido” no solo de la vida misma, ya que también se ponen en tela de juicio los valores que una persona debe tener para poder aceptar la transición natural de este fenómeno (Boladeras, 2007).

La muerte y la vida como fenómenos que forman parte de la naturaleza y condición humana, trascienden más allá de un mero hecho biológico, pues traen consigo importantes repercusiones desde los puntos de vista antropológicos, psicológicos, morales, sociales, filosóficos, religiosos, etc. El carácter misterioso de cada uno y los sufrimientos que normalmente los preceden, han impresionado al ser humano de todas las épocas.

Cabe señalar que, si se considera el impacto que tienen las creencias de supremacía absoluta sobre estos eventos tan fundamentales para el ser humano, conducen a plantear la idea de su valor como guías orientadoras del comportamiento humano, cuyo fundamento científico, religioso y secular refuerza tanto la idea de tener el control absoluto sobre ellos como la pertenencia del ser humano a un grupo, elementos que han sido necesarios a nivel evolutivo para el desarrollo de la humanidad (Castrillón, 2019). Ahora bien, si se establece la relación de estos fenómenos, vía las creencias, con problemáticas sociales que aquejan a la sociedad hoy en día tales como el contexto actual ocasionado por la pandemia por Covid-19, se puede llegar a comprender las conductas adoptadas por la población en general durante el confinamiento.

Esta relación entre creencias de supremacía y el comportamiento emitido por las personas ante esta pandemia es muy alta, por ello, Ramakrishnan (2020, citado en, la Redacción, 2020) menciona que tenemos que emerger de la pandemia menos arrogantes, esto al considerar que como seres humanos sentimos que hemos dominado la naturaleza, que hemos dominado la tecnología, que somos los amos del universo, es decir, debemos tener menos esa sensación de que podemos controlar todo para construir una sociedad más resiliente.

### *Pandemia por Covid-19*

Actualmente la sociedad se encuentra en una crisis que ha hecho que el ser humano se cuestione aún más las interrogantes respecto a la vida, la muerte y la vida después de la muerte, ya que la pandemia por Covid-19 ha sido el reflejo de cómo las personas manifiestan sus creencias a través de sus conductas, y de cómo una situación de esta índole puede llevar a cuestionar tanto pensamientos e ideologías como la toma de decisiones irracionales a consecuencia de la influencia y la cooperación social (Gómez, 2020).

A finales del 2019 en la ciudad de Wuhan China se empezaban a reportar los primeros 27 casos de neumonía, donde 7 de ellos se encontraban sumamente graves, hasta ese momento se desconocían las causas; para el 7 de enero del 2020 el ministerio de sanidad de China logra identificar un nuevo coronavirus, el cual se propagaba de manera inmediata con el simple contacto con las personas (a través de las vías respiratorias, mediante la tos, la saliva, los estornudos, etc.); para mediados de enero ya se había reportado un aumento creciente en los contagios, además de que ya no solo se trataba de China, sino que empezaba el contagio en otros países, por lo que ante dicha situación en marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) se vio en la necesidad de alertar a todo el mundo sobre la llegada de una pandemia (Maguiña, Gastelo y Tequen, 2020; Cortés y Ponciano, 2021).

La actual pandemia de Covid-19, producida por una cepa mutante de coronavirus el SARS-CoV-2, ha generado en todo el mundo, en el siglo XXI, una severa crisis económica, social y de salud, nunca antes vista (Maguiña, Gastelo y Tequen, 2020). En México, por ejemplo, hasta el 18 de noviembre del 2021 los casos positivos estimados eran 4,076,789, las defunciones estimadas 305,518 y los activos estimados de 20,115 (Gobierno de México, 2021).

De acuerdo a las investigaciones realizadas a lo largo de este tiempo se ha logrado tener cada vez más, información clara y concisa respecto al SARS-CoV-2, deduciendo que su rápida multiplicación se debe a que su material genético se repite en un 80%; este virus tiene como fórmula glucoproteínas transmembrana, lo cual permite que se adhiera a la célula objetivo, en donde ocurre la replicación viral del ARN.

De acuerdo con Maguiña, Gastelo y Tequen (2020) los datos relacionados con la mortalidad de esta enfermedad se basan en tres criterios principalmente: el primero, establece de manera general que los informes de Chi de los CDC sugieren una tasa de letalidad de 0,25-3% ; en segundo lugar, también se encuentra una relación con la ubicación geográfica en donde se desarrolla el virus, lo cual va a tener como consecuencia una variación en cuanto a los valores estadísticos; por último, las aproximaciones de mortalidad también pueden estar influenciadas por datos demográficos y determinantes sociales.

Los determinantes sociales según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) se definen

como:

“Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

Las cuestiones de las que se habla están determinadas por las políticas públicas, la distribución económica, los sistemas políticos, etc., los cuales van a depender de cada país; por ejemplo, México es conocido por la gran diversidad social, económica, cultural y ecológica; no obstante, esta diversidad es solo un camuflaje que esconde el trasfondo que tiene el país, ya que tiene una gran brecha en cuanto a la inclusión, la pobreza y el acceso a los servicios de salud; de este modo las principales determinantes sociales que ponen en desventaja a la población mexicana son: los grupos vulnerables, la edad, el sexo, los índices de mortalidad y morbilidad, la escolaridad, el nivel socioeconómico y el ámbito laboral (Cortés y Ponciano, 2021).

Toda esta situación ha tenido como consecuencia inmediata, a nivel psicológico, una serie de malestares, como el miedo, las percepciones distorsionadas y una incertidumbre excesiva; lo cual ha llevado al ser humano a comportarse de una manera negativa repercutiendo no solo sobre su salud, sino también sobre la salud de la sociedad en general. Ante situaciones como esta, el ser humano pone a prueba su capacidad para hacer frente a la adversidad, dando paso al desarrollo de actitudes negativas hacia la pandemia, o bien, concepciones, ideas y creencias a veces irracionales (Urzua, Vera, Caqueo y Polanco, 2020; Nuñez, Castro, Tapia, Bruno y De Leon, 2020).

Bajo estos términos, se debe reconocer que cuando el ser humano se ve amenazado suele conducirse de manera “irracional” poniendo en tela de juicio esa capacidad para afrontar una situación de tal magnitud, buscando de primera instancia satisfacer sus necesidades básicas, cayendo en el egoísmo y la supremacía de la que se hablaba con anterioridad, puesto que la sensación de pérdida de control ante las situaciones adversas cambia por completo las expectativas respecto al futuro y el sentido de la vida, buscando encontrar esas respuestas a toda costa; sin embargo, es sumamente contradictorio que al mismo tiempo las situaciones de crisis generen una gran empatía, transformando tanto las creencias de supremacía como las actitudes negativas en otras formas de cooperación y de supervivencia, en donde salgan beneficiados la mayor parte de la sociedad, o al menos eso es lo que se busca (Jaimes, 2020).

La pandemia por Covid-19 está llena de paradojas, revela el orden oculto de las cosas. Pero no en sentido místico: revela que el ser humano es un sistema complejo y está hecho de interrelaciones (Behncke, 2020, como se citó en, Pais, 2020). Esta interrelación está constituida no solo por la parte ambiental, biológica y social del ser humano, sino también por la parte psicológica, la cual alude a la forma en cómo el ser humano está entendiendo, comprendiendo y tratando de explicar esta pandemia en general. Al respecto, Grace (2020, como se citó en, Martins, 2020) sostiene que el mundo se enfocó correctamente en la respuesta médica y en reiniciar la economía de cada país, sin embargo, a menos que se vean cuáles son las fuentes de esta crisis, la pandemia estará lejos de culminar, o bien, se van a tener más iguales o peores que ella. Después de todo, uno de los propulsores principales de esta emergencia sanitaria, es el comportamiento humano y aunado a él, las actitudes que los

seres humanos tienen sobre las medidas sanitarias que se están implementando a nivel mundial así como las creencias que se tienen sobre el origen del propio virus.

## **Materiales y Métodos**

### *Participantes*

Se seleccionó una muestra no probabilística de 1200 habitantes de la población en general de los cuales el 48.9% son hombres y el 51.1% mujeres. El 5.6% tiene escolaridad básica, 23.2% media superior, 63.6% escolaridad superior y, finalmente, el 7.7% cuenta con un posgrado. En cuanto a religión, el 58.5% es católico, 8.3% cristiano, un 7.7% practica una religión diferente a las anteriores y, el 25.6% declaró no practicar alguna religión. En cuanto al estado civil, el 58% son solteros, mientras que el 42% son casados. Del total de la muestra, el 54.5% percibe de 1 a 3 salarios mínimos, 24.9% de 4 a 6 salarios mínimos, un 13.6% de 7 a 9 salarios mínimos y, el 7% percibe más de 10 salarios mínimos. Con respecto a la edad, el 37.8% se encuentra en un rango entre 18 y 29 años, 15.8% entre 30 y 39 años, 19.3% de 40 a 49 años, 13.3% entre 50 y 59 años y, 13.7% de 60 años en adelante. Finalmente, de la muestra en su conjunto el 43.8% perdió algún familiar a causa de la pandemia por Covid-19, mientras que el 56.2% no padeció de ello.

### *Instrumento*

El instrumento que se utilizó para medir las creencias de supremacía absoluta hacia la muerte, la vida y el Covid-19 se encuentra constituido por 37 reactivos distribuidos en seis factores que representan las creencias científicas, religiosas y seculares de la población en general sobre estos temas. La confiabilidad del instrumento presenta un valor del coeficiente alpha de Cronbach de .867 y una varianza total explicada de 54.411%.

### *Procedimiento*

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

## **Resultados**

### *Propiedades psicométricas del instrumento*

La capacidad discriminativa del instrumento se refleja en el índice de discriminación, este índice de correlación reactivo-total refleja el grado de homogeneidad de los reactivos que lo componen. En tal caso, los valores del índice están comprendidos entre .075 (reactivo 36) y .596 (reactivo 22). A través de este análisis no se eliminó algún reactivo, debido a que, el

valor del “Alfa si se elimina el elemento” no afectó el valor del coeficiente obtenido previamente de  $\alpha = .867$  (Ver, Tabla 1).

**Tabla 1. Media, desviación estándar y estadística de relación reactivo – total en el instrumento de creencias de supremacía absoluta sobre muerte, vida y COVID-19**

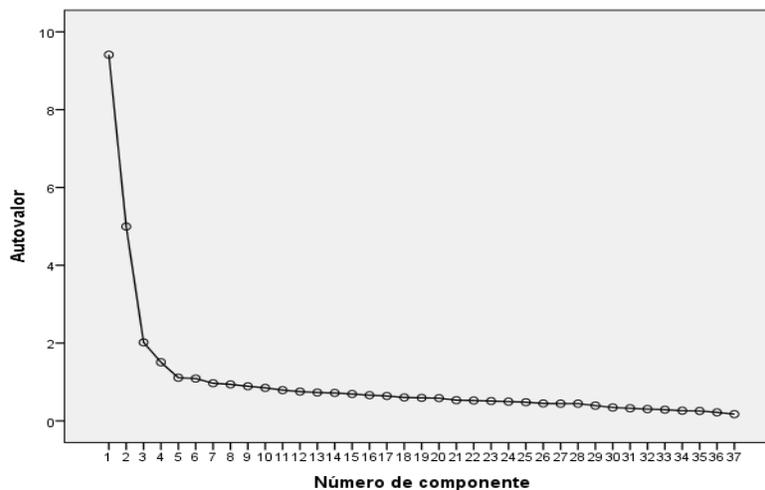
Reactivo	Media	D.E	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	2.72	1.352	.548	.859
2	3.83	1.232	.090	.869
3	2.65	1.326	.537	.859
4	3.80	1.136	.276	.865
5	3.34	1.282	.151	.868
6	2.58	1.108	.214	.866
7	2.76	1.243	.522	.860
8	1.63	.901	.335	.864
9	3.10	1.180	.498	.860
10	3.26	1.214	.238	.866
11	1.78	.937	.354	.864
12	3.17	1.184	.317	.864
13	3.15	1.120	.187	.867
14	2.68	1.355	.580	.858
15	1.81	1.015	.471	.861
16	2.92	1.215	.517	.860
17	2.89	1.417	.592	.857
18	2.96	1.067	.378	.863
19	2.61	1.241	.408	.862
20	3.35	1.254	.127	.869
21	3.14	1.184	.377	.863
22	2.46	1.317	.596	.858
23	1.98	1.025	.350	.864
24	2.34	1.299	.540	.859
25	2.43	1.046	.365	.863
26	2.96	1.371	.553	.859
27	3.54	1.165	.175	.867
28	2.21	1.186	.564	.859
29	2.55	1.186	.195	.867
30	3.32	1.185	.185	.867
31	2.27	1.199	.546	.859
32	3.41	1.123	.119	.868
33	3.26	1.136	.087	.869
34	3.01	1.203	.486	.861
35	2.07	.957	.401	.863
36	2.84	1.106	.075	.869
37	3.18	1.146	.263	.865

Los estadísticos descriptivos de los resultados de la puntuación en cada reactivo, considerando la distribución de las respuestas a través de las medias, las varianzas y las desviaciones estándar muestran los siguientes valores. Para las estadísticas de escala, la media indica un valor de 103.95, la varianza se sitúa en un 331.158 y un valor de 18.198 para la desviación estándar con 37 elementos analizados.

Después del proceso de análisis de confiabilidad, se llevó a cabo el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el Test de Esfericidad de Bartlett. Los resultados para estas pruebas indican que la medida de adecuación muestral KMO obtuvo un valor igual a 0.941 y la prueba de Esfericidad de Bartlett muestra un valor aproximado de  $\chi^2 = 32902.087$  para 666 gl con una  $p = .000$ . Ahora bien, con el fin de encontrar el número mínimo de factores homogéneos capaces de explicar el máximo de información de los datos obtenidos, a la escala conformada por 37 reactivos se le aplicó el análisis factorial exploratorio.

A través del método de extracción de análisis de componentes principales y el método de rotación Varimax con normalización Kaiser que convergió en 9 iteraciones se obtuvieron un total de seis factores. Aunado a ello, a través del valor de la comunalidad de cada reactivo se eliminaron aquellos que se encontraron por debajo de 0.35 por lo que se extrajo solo el reactivo número 35.

En cuanto a la gráfica de sedimentación, esta indica que los seis primeros componentes principales tienen valores propios mayores que 1. Estos seis componentes explican 54.411% de la variación en los datos. La gráfica de sedimentación muestra que los valores propios comienzan a formar una línea recta después del sexto componente principal (Ver, Gráfico 1).



**Gráfico 1. Gráfico de sedimentación**

Los seis factores en su conjunto explican el 54.411% de la varianza total de la escala. Los valores de la varianza total explicada para cada factor se muestran a continuación (Ver, Tabla 2).

Tabla 2. Varianza explicada, varianza acumulada, medias y desviaciones estándar de cada factor

Factores	% varianza explicada	% varianza acumulada	M	DE
<b>FACTOR 1.</b> Creencia religiosa: Vida, muerte y COVID-19 como productos de Dios.	25.436	25.436	2.66	1.007
<b>FACTOR 2.</b> Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el COVID-19.	13.500	38.936	1.95	.665
<b>FACTOR 3.</b> Creencia científica. La ciencia ante la vida, la muerte y el COVID-19.	5.455	44.391	3.22	.818
<b>FACTOR 4.</b> Creencia científica: Conceptualización de muerte.	4.075	48.466	3.50	.802
<b>FACTOR 5.</b> Creencia científica: Conceptualización de vida.	3.001	51.467	3.07	.673
<b>FACTOR 6.</b> Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus.	2.944	54.411	2.97	.906

La solución factorial obtenida para la escala de creencias de supremacía absoluta hacia la muerte, la vida y el Covid-19 se muestra en la tabla 3.

**FACTOR 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios.** El contenido de este factor alude a la diversidad de creencias religiosas de supremacía absoluta que enfatizan en que la vida es un don, un regalo sagrado que ha sido dado por Dios, donde únicamente él tiene derecho a decidir cuándo la infunde a un cuerpo y cuándo su tiempo de estancia en la tierra ha terminado. Versa sobre creencias sobrenaturales tales como la inmortalidad, resurrección y trascendencia; así como en la obediencia en leyes divinas y el destino del alma en vidas posteriores; aunado a ello, este factor representa las creencias sobre la salvación, recibir el perdón de los pecados y la vida eterna, lo cual está determinado por la relación que cada ser humano tenga con Dios. En consecuencia y con motivo de la pandemia por coronavirus, también se considera que Dios es el único que puede salvar a la humanidad

de la enfermedad por Covid-19. El valor de alpha de Cronbach para este factor es de .942 con una varianza total explicada de 25.436%.

**FACTOR 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19.** Con un valor de alpha de Cronbach igual a .764 y una varianza total explicada de 13.500%, este factor está compuesto por una serie de creencias religiosas de supremacía absoluta sobre los poderes de Dios sobre la humanidad, esto al ocasionar la pandemia por coronavirus como castigo a sus pecados cometidos, así como creencias seculares de supremacía absoluta sobre la eficacia de diferentes terapias alternativas para sanar dolores físicos y emocionales que aquejan al ser humano, específicamente los síntomas causados por el Covid-19.

**Tabla 3. Matriz de componentes rotados, varianza total explicada y Alpha de Cronbach por factores**

Reactivo	Carga Factorial					
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6
	Creencia religiosa: Vida, muerte y COVID-19 como productos de Dios	Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el COVID-19	Creencia científica: La ciencia ante la vida, la muerte y el COVID-19	Creencia científica: Conceptualización de muerte	Creencia científica: Conceptualización de vida	Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus
16. Más allá de todo, Dios es el principio y fin de todas las cosas.	<b>.881</b>	.106	-.081	.026	-.056	.064
13. Creo que las personas deben toda su existencia al Creador.	<b>.847</b>	.182	-.046	-.042	-.092	.063
25. Por encima de todo, para mí, la Vida es un don divino.	<b>.808</b>	.072	-.096	.070	-.007	.078
21. Por encima de todo, Dios es el único que tiene el poder de quitar la vida a la humanidad.	<b>.798</b>	.259	.006	.009	-.095	.030
37. La vida eterna es un estado de comunión con Dios.	<b>.793</b>	.121	-.047	-.024	.008	.035
2. Definitivamente es Dios quién decide cuando debe morir un ser vivo.	<b>.769</b>	.176	-.069	-.033	-.016	.042
6. La Vida es sólo el producto de una fuente divina que se creó con un propósito determinado.	<b>.751</b>	.098	-.094	-.036	.051	.092
23. Para alcanzar la vida eterna sólo se necesita obedecer los preceptos de Dios todopoderoso.	<b>.750</b>	.320	-.073	.021	-.127	-.012
27. Dios es el único que salvará a la humanidad de la pandemia por coronavirus.	<b>.712</b>	.431	-.034	-.053	-.059	-.052
30. Creo que sólo Dios tiene el poder de sanar a los enfermos de coronavirus.	<b>.693</b>	.424	-.053	-.033	-.064	-.047
15. Lo único que queda de las personas al morir es su alma.	<b>.611</b>	-.022	-.004	-.069	.353	.202
8. La muerte física de los seres humanos es solamente el paso a otra vida.	<b>.597</b>	-.030	.057	-.175	.399	.137
22. Definitivamente el consumo de dióxido de cloro mata al coronavirus.	.186	<b>.651</b>	-.097	.119	-.029	.108
7. Creo que la enfermedad de COVID-19 es sin duda un castigo de Dios.	.227	<b>.641</b>	.007	-.268	.096	.035
34. En definitiva, las terapias alternativas son las únicas que sanan a los enfermos por coronavirus.	.175	<b>.637</b>	.026	.052	.159	.044
10. Sin duda alguna el coronavirus puede eliminarse a través de curaciones espirituales.	.319	<b>.611</b>	-.171	-.192	.117	.008
14. Creo que la enfermedad de COVID-19 es definitivamente la manifestación del poder de Dios sobre la humanidad.	.448	<b>.568</b>	.007	-.150	.049	.016
24. Los suplementos vitamínicos son los únicos que previenen la enfermedad por COVID-19.	.083	<b>.511</b>	.287	.137	-.030	.216
28. Definitivamente las mascarillas faciales son las únicas herramientas que previenen la infección por COVID-19.	-.037	.193	<b>.698</b>	.048	-.014	-.107
9. Las vacunas son en definitiva la única herramienta de la que dispone el ser humano para erradicar el coronavirus.	-.009	-.077	<b>.680</b>	.126	.130	.158
12. La ciencia es la única herramienta que podrá prolongar la vida de los organismos de manera indefinida.	-.168	-.001	<b>.602</b>	.120	.273	.191
29. Solamente la ciencia puede determinar cuando una persona está muerta.	-.072	-.099	<b>.560</b>	.273	.232	.012
1. La ciencia es la única fuente de conocimiento que puede curar a las personas enfermas de COVID-19.	-.133	-.259	<b>.516</b>	.319	.203	.068
4. La muerte biológica es la única que produce muerte total del ser humano.	-.053	.002	.176	<b>.700</b>	.022	-.040
3. Por encima de todo, es sólo el ser humano quien crea sus propias condiciones de vida.	.111	-.109	.048	<b>.644</b>	.213	.150
19. Creo que es imposible aún para el ser humano volver a la vida después de su muerte.	-.050	-.009	.217	<b>.459</b>	.022	.040
26. Definitivamente el ser humano es el único que tiene el poder de erradicar la pandemia por COVID-19.	-.113	-.175	.306	<b>.365</b>	.334	.287
32. La Vida es únicamente el resultado histórico de una combinación de elementos físico-químicos y selección natural.	-.328	-.005	.270	.320	<b>.595</b>	.009
31. Más allá de todo, considero que la Vida es sólo el producto de la evolución biológica.	-.304	-.014	.316	.339	<b>.550</b>	.067
36. La muerte del ser humano es únicamente el efecto de sus condiciones de vida.	-.021	.106	.057	.401	<b>.475</b>	.045
33. Considero que, sólo el ser humano está conformado por cuerpo y alma.	.440	.026	.143	-.018	<b>.458</b>	.126
5. Creo que, en definitiva, es inexistente algún medicamento que cure la enfermedad por COVID-19.	.074	.198	.111	-.031	<b>.373</b>	-.111
17. Creo que, la Vida es únicamente el producto de las relaciones interpersonales del ser humano.	.106	.169	.247	.276	<b>.351</b>	.133
11. Creo que, sólo el ser humano posee los conocimientos suficientes para crear el virus que genera el COVID-19.	.089	.091	.171	.106	.079	<b>.668</b>
20. Considero que, la ciencia es la única que tiene las herramientas suficientes para generar virus sin problema alguno.	.091	.105	.332	.146	.079	<b>.664</b>

18. Para mí, el COVID-19 es sólo una enfermedad creada por la ciencia para controlar la sobrepoblación mundial.	.253	.386	-.130	.085	.051	.573
<b>Total de reactivos</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>% de Varianza Total Explicada</b>	<b>25.436</b>	<b>13.500</b>	<b>5.455</b>	<b>4.075</b>	<b>3.001</b>	<b>2.944</b>
<b>Valor de coeficiente Alpha de Cronbach</b>	<b>.942</b>	<b>.764</b>	<b>.722</b>	<b>.573</b>	<b>.636</b>	<b>.617</b>

Con un valor de alpha de Cronbach igual a .722 y una varianza total explicada de 5.455%, el **FACTOR 3. Creencia científica. La ciencia ante la vida, la muerte y el Covid-19**, representa a las creencias de supremacía absoluta cuyo fundamento se basa en la ciencia para determinar lo que es estar vivo y lo que es estar muerto. Se considera que la ciencia es la única que puede a través de sus avances en la clonación molecular, terapia celular regenerativa o la criogenia prolongar la vida del ser humano de manera indefinida. Asimismo, sobre este contexto se presentan creencias que aluden a que los avances de la ciencia tales como el desarrollo de vacunas y los protocolos de salud son los únicos que pueden hacer frente a la pandemia por Covid-19.

El **FACTOR 4. Creencia científica: Conceptualización de muerte**, muestra creencias científicas de supremacía absoluta cuyo fundamento se basa en lo médico-biológico para determinar la muerte. Morir significa la pérdida irreversible de las funciones vitales; muerte encefálica o paro cardíaco irreversible; muerte celular; el fin total de la existencia del ser humano, de la existencia de todo ser vivo sobre la Tierra. Con ello, se presentan creencias que hacen referencia al hecho de que el ser humano es el único que crea sus propias condiciones de vida y muerte. Este factor tiene un valor de alpha de Cronbach de .573 con una varianza total explicada de 4.075%.

El **FACTOR 5. Creencia científica: Conceptualización de vida**, presenta un alpha de Cronbach igual a .636 y un valor de varianza total explicada de 3.001%. Este factor, como el anterior, involucra creencias de supremacía absoluta de índole científico sobre lo qué es la vida, asumiéndola únicamente como el producto de las relaciones interpersonales del ser humano, el resultado histórico de una combinación de elementos físico-químicos y el fruto de la evolución biológica sin necesidad de una intervención divina.

Por último, el **FACTOR 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus**, enfatiza en la fuente de origen del virus que ocasionó la pandemia por Covid-19. En tal caso, resalta creencias científicas de supremacía absoluta sobre el papel de la ciencia y del ser humano como únicos agentes creadores de dicho virus. Después de todo la ciencia es la fuente más importante de adquisición de conocimiento sobre la realidad y desarrollo humano. Este último factor tiene un valor de alpha de 617 con una varianza total explicada de 2.944%.

Tabla 4. Correlación de Pearson por factores

	<b>FACTOR 1.</b> Creencia religiosa: Vida, muerte y COVID-19 como productos de Dios.	<b>FACTOR 2.</b> Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el COVID-19.	<b>FACTOR 3.</b> Creencia científica. La ciencia ante la vida, la muerte y el COVID-19.	<b>FACTOR 4.</b> Creencia científica: Conceptualización de muerte.	<b>FACTOR 5.</b> Creencia científica: Conceptualización de vida.	<b>FACTOR 6.</b> Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus.
<b>FACTOR 1.</b> Creencia religiosa: Vida, muerte y COVID-19 como productos de Dios.	1	.545**	-.184**	-.101**		.292**
<b>FACTOR 2.</b> Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el COVID-19.		1		-.081**	.124**	.334**
<b>FACTOR 3.</b> Creencia científica. La ciencia ante la vida, la muerte y el COVID-19.			1	.525**	.539**	.224**
<b>FACTOR 4.</b> Creencia científica: Conceptualización de muerte.				1	.490**	.243**
<b>FACTOR 5.</b> Creencia científica: Conceptualización de vida.					1	.281**
<b>FACTOR 6.</b> Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus.						1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

### Correlación de Pearson por factores

Mediante el análisis de correlación de Pearson se puede apreciar la presencia de correlaciones estadísticamente significativas entre los 6 factores de estudio (Ver, Tabla 4).

Este análisis muestra que el Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios, tiene una correlación *moderada* positiva con el Factor 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19 ( $r = .545^{**}$ ); con el Factor 3. Creencia científica: La ciencia ante la vida, la muerte y el Covid-19 mantiene una correlación *muy baja* negativa ( $r = -.184^{**}$ ); asimismo, presenta una correlación negativa *muy baja* con el Factor 4. Creencia científica: Conceptualización de la muerte ( $r = -.101^{**}$ ); y finalmente, mantiene una correlación positiva *baja*, con el Factor 6. Ciencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus ( $r = .292^{**}$ ).

En cuanto al Factor 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19, este muestra una correlación *baja* negativa con el Factor 4. Creencia científica: Conceptualización de muerte ( $r = -.081^{**}$ ); también tiene una correlación positiva *muy baja* con el Factor 5. Creencia científica: Conceptualización de vida ( $r = .124^{**}$ ) y; por último, con el Factor 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus, muestra una correlación positiva *baja* ( $r = .334^{**}$ ).

El Factor 3. Creencia científica: La ciencia ante la vida, la muerte y el Covid-19, tiene una correlación positiva *moderada* con el Factor 4. Creencia científica: Conceptualización de muerte ( $r = .525^{**}$ ); asimismo, tiene correlación positiva *moderada* con el Factor 5. Creencia científica: Conceptualización de vida ( $r = .539^{**}$ ); po último, con el Factor 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus, presenta una correlación positiva *baja* ( $r = .224^{**}$ ).

Por su parte, el Factor 4. Creencia científica: Conceptualización de muerte, mantiene una correlación positiva *moderada* con el Factor 5. Creencia científica: Conceptualización de vida ( $r = .490^{**}$ ); y con el Factor 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus, presenta una correlación positiva *baja* ( $r = .243^{**}$ ).

Finalmente, el Factor 5. Creencia científica: Conceptualización de vida, presenta una correlación positiva *baja* con el Factor 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus ( $r = .281^{**}$ ).

*t de Student para muestras independientes*

El análisis estadístico de *t de Student* para muestras independientes por factores, muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre las creencias hacia la vida, la muerte y el covid-19 de acuerdo al estado civil y pérdidas por Covid-19 de la población en general.

**Tabla 5. *t de Student* para la variable sociodemográfica ESTADO CIVIL**

Factor	VS	Media	t	gl	Sig.
<b>FACTOR 1.</b> Creencia religiosa: Vida, muerte y COVID-19 como productos de Dios.	Soltero (a)	2.56	-4.146	1198	.000
	Casado (a)	2.81			
<b>FACTOR 2.</b> Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el COVID-19.	Soltero (a)	1.91	-2.101	1198	.036
	Casado (a)	2.00			
<b>FACTOR 3.</b> Creencia científica. La ciencia ante la vida, la muerte y el COVID-19.	Soltero (a)	3.32	3.218	1198	.000
	Casado (a)	3.08			
<b>FACTOR 5.</b> Creencia científica: Conceptualización de vida.	Soltero (a)	3.12	5.032	1198	.001
	Casado (a)	2.99			

Conceptualización de vida ( $t = 5.032$ ,  $gl = 1198$ ,  $p < .001$ ) (Ver, Tabla 5).

En cuanto a la variable sociodemográfica *Estado civil*, las diferencias se encuentran entre los valores de las medias correspondientes a los Factores 1, 2, 3 y 5. Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios ( $t = -4.146$ ,  $gl = 1198$ ,  $p < .000$ ); Factor 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19 ( $t = -2.101$ ,  $gl = 1198$ ,  $p < .036$ ); Factor 3. Creencia científica: La ciencia ante la vida, la muerte y el Covid-19 ( $t = 3.218$ ,  $gl = 1198$ ,  $p < .000$ ) y Factor 5. Creencia científica:

Para el Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios y el Factor 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19, son las personas casadas quienes están de acuerdo con las creencias que conforman estos factores, a diferencia de las personas solteras quienes no creen en ello.

Contrariamente, para el Factor 3. Creencia científica: La ciencia ante la vida, la muerte y el Covid-19 y el Factor 5. Creencia científica: Conceptualización de vida, son las personas solteras quienes consideran como ciertas solo a las posturas científicas en la explicación de los fenómenos de la vida, la muerte y el Covid-19, a diferencia de las personas casadas, quienes no lo creen así.

En cuanto a la variable *Pérdidas por Covid-19*, las diferencias estadísticamente significativas se dieron entre las medias correspondientes a los Factores 1 y 6. Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios ( $t= 2.386$ ,  $gl= 1198$ ,  $p< .017$ ) y Factor 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus ( $t= 3.002$ ,  $gl= 1198$ ,  $p< .003$ ) (Ver, Tabla 6).

**Tabla 6. t de Student para la variable sociodemográfica PERDIDAS POR COVID-19**

Factor	VS	Media	t	gl	Sig.
<b>FACTOR 1.</b> Creencia religiosa: Vida, muerte y COVID-19 como productos de Dios.	Si	2.74	2.386	1198	.017
	No	2.60			
<b>FACTOR 6.</b> Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus.	Si	3.06	3.002	1198	.003
	No	2.91			

Los resultados para esta variable indican que son las personas que han perdido a algún familiar por Covid-19 quienes consideran como ciertas las creencias de supremacía que conforman al Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios. Para ellas todas las muertes ocasionadas por la pandemia han sido voluntad únicamente de Dios, ya que al tener él la facultad de otorgar la vida, también tiene el poder de quitarla cuando considere que así debe ser; sosteniendo con ello, la creencia de la vida eterna, después de todo, no se trata de un adiós, sino de un hasta luego, para cuando llegue el momento de volverse a reunir con sus seres queridos en el cielo, junto a Dios. Lo anterior a diferencia de quienes no han perdido a algún familiar ante esta situación de salud pública.

Con respecto al Factor 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus, son nuevamente las personas que han perdido a algún familiar por el Covid-19, quienes a diferencia de las que no han sufrido dicha pérdida, creen que el origen de la pandemia se debió a cuestiones de la ciencia y de las necesidades del ser humano por controlar cada vez más la naturaleza.

#### *Análisis de varianza (ANOVA)*

El análisis de varianza (ANOVA) por factores indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las creencias hacia la vida, la muerte y el Covid-19 de acuerdo a la edad, la escolaridad y el nivel de ingresos de la población en general.

Los resultados obtenidos para la variable *Edad* muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de las medias de los Factores 1, 3 y 5. Factor 1. Creencia religiosa: Dios sanador de la humanidad ( $f= 8.495$ ,  $gl= 4$ ,  $p< .000$ ); Factor 3. Creencia científica: La ciencia ante la vida, la muerte y el COVID-19 ( $f= 6.578$ ,  $gl= 4$ ,  $p< .000$ ) y; finalmente, el Factor 5. Creencia científica: Conceptualización de vida ( $f= 2.490$ ,  $gl= 4$ ,  $p< .042$ ) (Ver, Tabla 7).

En el Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios, las personas con un rango de edad de 50–59 años son quienes creen que Dios es un ser bondadoso, amoroso y omnipotente, creador de la vida y la muerte y; ante ello, consideran que si obedecen todos sus preceptos, Dios no solo les brindará el sumo bien sino también todo el conocimiento necesario para lidiar con los problemas ocasionados por la pandemia por Covid-19; contrariamente a las personas con un rango de edad de 18-29 años, quienes creen solo en la importancia de la ciencia para la creación de nuevos conocimientos científicos que den respuesta a todas las interrogantes de la vida humana.

Mientras tanto, para el Factor 3. Creencia científica: La ciencia ante la vida, la muerte y el Covid-19, son las personas con un rango de edad de 60 años en adelante, quienes consideran que la ciencia es la principal herramienta de la que dispone el ser humano para explicar los fenómenos de la vida y la muerte; por ende, ante la pandemia por coronavirus es la única que puede generar soluciones y crear tratamientos eficaces para la prolongación de la vida y la disminución de muertes por Covid-19. Esto a diferencia de quienes se encuentran en un rango de edad entre los 30 a 39 años, quienes no creen en lo anterior.

Por último, los resultados del Factor 5. Creencia científica: Conceptualización de vida, indican que las personas con un rango de edad de 30-39 años niegan la creencia de que la vida sea producto de cuestiones biológicas y evolutivas; de forma contraria, las personas con un rango de edad de 18-29 años, consideran que la vida es únicamente el resultado histórico de una combinación de elementos físico-químicos y selección natural.

En cuanto a la variable *Escolaridad*, los resultados indican diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los Factores 1, 2, 3 y 6. Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios ( $f= 6.018, g/= 3, p< .000$ ); Factor 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19 ( $f= 2.769, g/= 3, p<.041$ ); Factor 3. Creencia científica: La ciencia ante la vida, la muerte y el Covid-19 ( $f= 6.126, g/= 3, p< .000$ ) y; por último, el Factor 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus ( $f= 3.243, g/= 3, p< .021$ ) (Ver, Tabla 8).

**Tabla 8. Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica ESCOLARIDAD**

Factor	VS	Media	F	g l	Sig.
<b>FACTOR 1.</b> Creencia religiosa: Vida, muerte y COVID-19 como productos de Dios.	Básica	3.13	6.018	3	.000
	Media	2.71			
	Superior	2.61			
	Superior	2.61			
	Posgrado	2.66			
<b>FACTOR 2.</b> Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el COVID-19.	Básica	2.13	2.769	3	.041
	Media	2.00			
	Superior	1.92			
	Superior	1.92			
	Posgrado	1.91			
	Básica	3.05			

<b>FACTOR 3.</b> Creencia científica. La ciencia ante la vida, la muerte y el COVID-19.	Media Superior	3.11	6.126	3	.000
	Superior	3.30			
	Posgrado	3.07			
<b>FACTOR 6.</b> Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus.	Básica	3.13	3.243	3	.021
	Media Superior	3.00			
	Superior	2.98			
	Posgrado	2.72			

Para el Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios, el Factor 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19 y el Factor 3. Creencia científica.

La ciencia ante la vida, la muerte y el Covid-19, son las personas con escolaridad básica quienes creen que la vida, la muerte y el Covid-19 son eventos y fenómenos ocasionados solo por la mano de Dios, donde su poder sobre la humanidad ocasionó la pandemia por coronavirus como castigo a sus pecados cometidos; por otra parte, también consideran la eficacia de diferentes terapias alternativas como la acupuntura, el reiki, la meditación o la homeopatía para sanar dolores físicos y emocionales que aquejan al ser humano, específicamente los síntomas causados por el Covid-19; a diferencia de las personas con escolaridad superior o que cuentan con un posgrado, quienes definitivamente no creen en ello. Estas personas se apegan más a creencias de supremacía de tipo natural-material en la explicación de los fenómenos de la vida, la muerte y el Covid-19.

Por su parte, los resultados del Factor 6. Creencia científica: Origen de la pandemia por coronavirus indican que son las personas con un posgrado quienes no creen que la pandemia por coronavirus hay sido creada por la ciencia con el fin de controlar la sobrepoblación mundial o con algún fin de índole político. Esto a diferencia de las personas con escolaridad básica, quienes sí creen en lo anterior.

Finalmente, para la variable *Nivel de ingresos*, los resultados del análisis de varianza (ANOVA) muestra diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los Factores 1 y 2. Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios ( $f= 4.147$ ,  $gl= 3$ ,  $p< .006$ ) y Factor 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19 ( $f= 5.278$ ,  $gl= 3$ ,  $p<.021$ ) (Ver, Tabla 9).

**Tabla 9. Análisis de varianza (ANOVA) para la variable sociodemográfica NIVEL DE INGRESOS**

Factor	VS	Media	F	gl	Sig.
<b>FACTOR 1.</b> Creencia religiosa: Dios sanador de la humanidad.	1 a 3 salarios mínimos	2.72	4.147	3	.006
	4 a 6 salarios mínimos	2.58			
	7 a 9 salarios mínimos	2.74			
	+ de 10 salarios mínimos	2.37			
<b>FACTOR 2.</b> Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el COVID-19.	1 a 3 salarios mínimos	2.01	5.278	3	.021
	4 a 6 salarios mínimos	1.89			
	7 a 9 salarios mínimos	1.91			
	+ de 10 salarios mínimos	1.75			

En el Factor 1. Creencia religiosa: Vida, muerte y Covid-19 como productos de Dios y el Factor 2. Creencia religiosa y secular: Dios y las terapias alternativas ante el Covid-19, las personas que perciben + de 10 salarios mínimos son quienes no creen que la vida sea un regalo sagrado que ha sido dado por Dios, donde únicamente él tiene derecho a decidir cuándo la infunde a un cuerpo y cuándo su tiempo de estancia en la tierra ha terminado. En consecuencia y con motivo de la pandemia por coronavirus, tampoco consideran que Dios es el único que puede salvar a la humanidad de la enfermedad por Covid-19 y mucho menos, que las terapias alternativas sean eficaces para sanar los dolores físicos y psicológicos que aquejan al ser humano a consecuencia de dicha enfermedad. En contraparte, las personas que perciben de 1 a 3 y de 7 a 9 salarios mínimos, si mantienen la creencia de supremacía religiosa-secular sobre todo lo anterior.

Con base a los resultados obtenidos se puede establecer que las creencias de supremacía absoluta hacia la vida, la muerte y el Covid-19 son verdades personales muchas veces indiscutibles, derivadas de la experiencia o fantasía, con un fuerte componente evaluativo y afectivo.

### Discusión

Actualmente el estudio de las creencias es de suma importancia para el desarrollo de varios campos de la investigación empírica (Martínez y Silva, 2010). En psicología social, las creencias además de ser un estado interno del sujeto que junto con otras propiedades pueden explicar comportamientos diversos frente a estímulos variados, determinan una estructura general de conducta, actúan como guías y orientan la acción de las personas (Villoro, 1996); por ello, Nespor (1987) señaló que, para entender la conducta del ser humano, se tiene que entender las creencias con las que define su vida. Cabe señalar que, en muchas ocasiones la relación de la creencia con la actividad se expresa al decir que el ser humano actúa con base

a aquello en lo que se cree, sin embargo, no siempre es así.

A menudo el ser humano presenta una serie de creencias de supremacía absoluta de tipo natural-material (científicas, sociales, históricas), o bien, sobrenaturales (religiosas, seculares) (Pepitone, 1991) ante determinados fenómenos, y aun así no actúa con base en ellas; es decir, las personas pueden tener la fuerte convicción de que la vida y la muerte son eventos únicamente consagrados por Dios, y aun así llegan a cometer pecados en la vida terrenal, los mismos que los alejan de conseguir una vida eterna. Por otro lado, se puede tener la creencia de que la ciencia es la única capaz de explicar y dar una solución a los problemas que se presentan hoy en día como, por ejemplo, la pandemia ocasionada por el Covid-19 y; no obstante, continuar sin acatar las medidas sanitarias necesarias para erradicarla. A través de estas inconsistencias en las creencias, se puede observar que existen muchos paralelos en la conducta de los seres humanos.

En el caso de las correlaciones positivas encontradas entre factores cuyo contenido son creencias de supremacía absoluta de tipo científicas y creencias de supremacía absoluta de tipo religioso-secular hacia la vida, la muerte y el Covid-19, estas plantean la existencia de una relación de coexistencia de dos tipos de creencias cuyo contenido genera disonancia por sus respectivas formas de explicar dichos fenómenos, la misma que para Falade (2019) puede tener un doble filo. Ante ello, Moscovici (2008) señaló que una pluralidad de modos de pensamiento puede coexistir dentro de un mismo individuo, y que este dinamismo puede describirse como un estado de polifasia cognitiva. En el caso de la coexistencia entre las creencias de supremacía absoluta de tipo científico con creencias de supremacía absoluta de tipo religioso, Falade y Bauer (2018) han demostrado que esta relación implica no solo la coexistencia de formas paralelas, sino también la complementariedad, en la que una forma de creer refuerza a otra.

Para Evans y Evans (2008), Scheitle (2011) y Payir *et al.*, (2018) la narrativa dominante que rodea la relación entre concepciones y creencias que aluden a la religión y la ciencia ha sido impulsada por el supuesto de que estas instituciones se encuentran en un conflicto inevitable consecuencia de sus afirmaciones contradictorias sobre la realidad. Curiosamente, los datos empíricos ponen en duda el supuesto conflicto entre las creencias científicas y religiosas y, en cambio, apoyan una hipótesis de coexistencia que propone que el pensamiento natural y sobrenatural coexisten dentro del mismo individuo y que las explicaciones sobrenaturales son un aspecto omnipresente de la cognición humana (Legare, Evans, Rosengren & Harris, 2012).

En el caso de los resultados de la presente investigación, indican que la mayoría de las personas, independientemente de ciertas variables como escolaridad, pérdidas por Covid-19, edad, estado civil o ingresos económicos, no tienen una perspectiva de conflicto entre este tipo de creencias.

Los temas de la vida y la muerte, o bien, aquellos que se derivan de las causas de alguna enfermedad, como lo es el caso del Covid-19, son dominios fructíferos para estudiar la coexistencia de creencias naturales-materiales y sobrenaturales por varias razones. En primer lugar, las creencias tanto naturales-materiales como sobrenaturales de los fenómenos en estos dominios prevalecen en todas las culturas y sociedades; como consecuencia, es común que las personas tengan acceso a ambos tipos de creencias ya sea por influencia social, o bien,

por experiencia. En segundo lugar, estos temas están asociados con emociones fuertes, ansiedades e incertidumbres existenciales; en este sentido, las preguntas sobre la vida se refieren a cómo el ser humano se entiende a sí mismo y a su relación con el resto del mundo; en cuanto a la muerte y la enfermedad por Covid-19 se refieren a sentimientos de pérdida, mortalidad o finitud, o bien, la búsqueda y existencia de la vida eterna. Finalmente, la coexistencia de estas creencias de supremacía sobre estos temas resulta ser informativa, debido a que requiere analizar causas que están fuera de la experiencia cotidiana de las personas. Ya sea la influencia sobrenatural de una bruja o el trabajo de un microorganismo como un virus, el funcionamiento de estos factores ocultos es invisible para las personas involucradas (Legare & Gelman, 2008, Legare & Visala, 2011).

En tal caso, los datos obtenidos en dichas correlaciones positivas no indican el hecho de que, cuando están disponibles las explicaciones científicas estas reemplacen a las sobrenaturales; ya que, los resultados muestran que las personas mantienen creencias de supremacía absoluta de tipo religioso-secular aun cuando estas tienen conocimiento de los procesos biológicos involucrados en los fenómenos de la vida y la muerte, así como, del origen y propagación del virus SARS-COV-2 explicado desde la visión médico-biológica.

En otras palabras, así como las personas creen que la enfermedad de Covid-19 es sin duda un castigo de Dios ante los pecados cometidos por la humanidad (creencia de supremacía de tipo religioso), y a su vez, que los síntomas causados por esta enfermedad pueden eliminarse a través de curaciones espirituales, infusiones de tés, limpiezas tradicionales, meditación, Reiki o alguna otra terapia alternativa, porque estas actúan de forma integral a nivel físico, mental, emocional y espiritual (creencias de supremacía de tipo secular), también consideran que la vida representa solo un conjunto de actividades que establecen la conexión del organismo vivo con el ambiente, es decir, solo una integración entre un sistema de moléculas individuales, interacciones subcelulares y el entorno; creyendo así, que la vida es únicamente el resultado histórico de una combinación de limitaciones físico-químicas y selección natural, por ende, es el ser humano quien crea sus propias condiciones de vida, y al crear su propio contexto vital, considera que el coronavirus es definitivamente un arma biológica creada por el ser humano y que el virus que ocasiona el Covid-19 fue creado en un laboratorio de la industria farmacéutica para hacer dinero con la venta de una vacuna (creencias de supremacía de tipo natural-material).

En este sentido, se puede decir que las creencias de supremacía que se tengan sobre la muerte y la vida permearán también a las creencias que se tengan sobre la pandemia por Covid-19; de tal modo que, las creencias naturales-materiales y las religiosas-seculares sobre estos fenómenos aportan a corto plazo al ser humano una sensación de dominio de los hechos, seguridad y autonomía sobre el propio bienestar y sensación de control sobre dicha enfermedad.

Por lo anterior, para Falade (2019) y Legare & Visala (2011) en lugar de abandonar las explicaciones religiosas-seculares en situaciones de conflicto con explicaciones científicas, o viceversa, las personas encuentran formas de acomodar ambas explicaciones a veces integrándolas y a veces separándolas, lo que parece ser una característica general de la cognición humana; no obstante, esta diferencia entre el contenido de dichas creencias de

supremacía ha traído consecuencias en las decisiones y acciones del ser humano, donde muchas veces este se ha visto obligado a elegir una versión de la realidad. Tal es el caso, de los resultados que indican correlaciones negativas entre este tipo de creencias.

Las correlaciones negativas indican que las personas que mantienen creencias de supremacía absoluta sobre la muerte donde indican que por encima de todo, Dios es el único que tiene el poder de quitar la vida a la humanidad, que el alma y el cuerpo de los muertos serán reunidos otra vez en su perfecta forma al final de los tiempos, donde la existencia plena del ser humano comienza después de la muerte, también tienen creencias de supremacía absoluta sobre la vida que aluden al hecho de que esta no solo es un don divino sino que es el producto de una fuente divina que se creó con un propósito determinado; ante estas creencias, consideran que la ausencia de Dios en la vida de las personas causó la pandemia mundial por coronavirus. En contraparte, no creen que la muerte se reduzca solo a la pérdida irreversible de las funciones vitales del ser humano, y con ello, que lo único que quede de las personas al morir sea materia inerte; tampoco consideran que la vida sea solo el producto de la evolución biológica, el resultado de las relaciones sociales que establece cada ser humano, o bien, que el ser humano es el único creador de su contexto vital; y ante la pandemia por Covid-19, no creen que el ser humano posea los conocimientos suficientes para crear el virus que genera dicha enfermedad.

En términos generales, las creencias de supremacía absoluta son un motivo o un móvil para actuar, pero pueden ser sobrepasadas por motivos más fuertes, tales como un placer, una emoción, influencia social, conocimientos, variables sociodemográficas o contextos culturales específicos.

En el caso de las diferencias encontradas entre las creencias de supremacía absoluta hacia la vida, la muerte y el Covid-19 con respecto a la edad, la escolaridad, el estado civil, las pérdidas por Covid-19 y nivel de ingresos da una clara muestra de que las personas usan explicaciones tanto naturales como sobrenaturales que resultan ser bastante flexibles y sensibles al contexto. Al respecto, Legare & Visala (2011), señalan que la información contextual, el aporte cultural, las particularidades de cada sujeto y la dificultad de conciliar ambos tipos de creencias, influyen en la interpretación de un fenómeno o evento en particular, así como en los intentos posteriores de lograr una coherencia explicativa al respecto.

Cabe señalar que, el acceso a múltiples marcos explicativos vía las creencias, es una experiencia psicológica universal, y la resolución de conflictos entre múltiples explicaciones hacia estos temas es un desafío cognitivo general; debido a que, variables como las mencionadas, la experiencia, el lenguaje y las influencias contextuales, operan a un nivel relativamente global para influir en los patrones de razonamiento normativo dentro de grupos o culturas particulares (Falade, 2019; Legare & Gelman, 2008, Legare & Visala, 2011). Las personas en todas las sociedades se enfrentan a la tarea de conceptualizar sistemas de creencias de supremacía potencialmente contradictorias sobre los fenómenos de la vida y la muerte.

Por lo anterior, es importante señalar que, sean cuales sean las creencias de supremacía hacia la vida, la muerte y el Covid-19 que condicionan el comportamiento de las personas, estas deben estar relativamente estables, de no ser así, al encontrarse ante un dominio confuso, pueden llegar a enfrentar incertidumbre al no poder reconocer la información relevante y la

conducta apropiada (Nespor, 1987) ante esta problemática de salud pública y en presencia de estos fenómenos de la realidad.

## Conclusión

Como ya se mencionó, las creencias de supremacía se refieren a aquellas cualidades jerárquicas que ponen de manera concluyente a una persona, objeto o atributo por encima de otros. En este sentido, el colocar a través de dichas creencias a Dios, al ser humano o a la ciencia como agentes creadores de un virus o una enfermedad, o bien, el hacerlos responsables absolutos de fenómenos como la vida y la muerte, han llevado a la humanidad a crear una visión del mundo más dominante (Pearse & Pruss, 2012), donde sus creencias de supremacía le va a permitir de cierta manera tener una certeza de que lo que está diciendo es un indicio de credibilidad sobre estos fenómenos de la realidad y, por lo tanto, el comportamiento tratará de ser lo más congruente con dichas creencias, dando paso a la satisfacción de deseos tanto personales como sociales (Nilsson, 2014).

Finalmente, para Pnevmatikos y Georgiadou (2019), la coexistencia de creencias de supremacía absoluta de tipo natural-material y de tipo religioso-secular en una misma mente desafía las teorías de adquisición de conocimiento más influyentes en psicología. Asimismo, estos autores señalan que, aunque variables como el impacto de la edad, la religiosidad, la experiencia científica, los antecedentes culturales y los factores contextuales tienen un gran efecto en los conceptos del origen de la vida, la muerte, el más allá y la enfermedad, la magnitud del efecto promedio depende del concepto. De tal modo que, en lugar de colocar al ser humano en una especie de crisis existencial respecto a sus concepciones hacia estos fenómenos, la iniciativa es incorporar estos conceptos en un marco explicativo híbrido que incluya creencias científicas y religiosas (Rosengren & Gutiérrez, 2011).

## Referencias bibliográficas

- Aguirre, M; Ponton, Z y Roa, D. (2010). *Percepciones, creencias y comprensiones sobre los procesos de la muerte, el morir y el duelo en estudiantes de la facultada de psicología de la pontificia universidad Javeriana: un aporte desde la psicología budista* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana]. Archivo digital.  
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/7897/tesis157.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, G., Gamboa, H., García, A., Cedeño, P., y Bolaños, C. (2017). Evaluación científica a las teorías del origen de la vida e inclusión del modelo bíblico como una explicación alternativa. *Revista de investigación. Apuntes universitarios*, 7(1), 132-165.  
<https://biblat.unam.mx/hevila/Apuntesuniversitarios/2017/vol7/no1/7.pdf>
- Boladeras, M. (2007). Vida, vida humana, vida digna. *Logos. Anales del seminario de metafísica*, 40, 91-116. <https://revistas.ucm.es/index.php/ASEM/article/view/ASEM0707110091A/15526>
- Castrillón, L. (2019). El menosprecio del conocimiento científico. *Letras Libres*, XXI (245), 22-25.

- Cano, M. y Herrera, V. (2019). Vida después de la muerte, practicas religiosas y miedo: validación de una escala de creencias. *Integración académica en psicología*, 7 (20), 88-101.
- Crist, E. (2017). The affliction of human supremacy. *The Ecological Citizen*, 1 (1), 61-64. <https://www.ecologicalcitizen.net/pdfs/v01n1-11.pdf>
- Cortés, M., y Ponciano, R. (2021). Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México. *Boletín de salud pública*, 2(17), 9-13. <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.17-04-Impacto-de-los-determinantes-sociales-de-la-COVID-19-en-Me%CC%81xico.pdf>
- Darwin, Ch. (1987). *El Origen del Hombre*. México: Unidos.
- Dawkins, R. (2016). *The Selfish Gene: 40th Anniversary Edition*. Oxford Landmarck Science.
- Defez, M. (2005). ¿Qué es una creencia? *LOGOS. Anales del Seminario de Metafísica*, 38, 199-221. <https://revistas.ucm.es/index.php/ASEM/article/view/ASEM0505110199A/15904>
- Duche, P. (2012). La antropología de la muerte: autores, enfoques y periodo. *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*, 22 (37), 206-215. <https://www.redalyc.org/pdf/3872/387239042007.pdf>
- Evans, J. & Evans, M. (2008). Religion and science: Beyond the epistemological conflict narrative. *Annual Review of Sociology*, 34, 87–105. DOI: 10.1146/annurev.soc.34.040507.134702
- Falade, B. (2019). Los sistemas de creencias religiosas y tradicionales coexisten y compiten con la ciencia por la autoridad cultural en África occidental. *Cultures of Science*, 2 (1): 9–22. DOI:10.1177/209660831900200102
- Falade, B. y Bauer, W. (2018). Tengo fe en la ciencia y en Dios: sentido común, polifasia cognitiva y actitudes hacia la ciencia en Nigeria. *Comprensión pública de la ciencia*, 27 (1): 29 – 46.
- Frandsen, G. (2013). El hombre y el resto de los animales. *TINKUY*, 20: 56-78.
- Fernández, M. (2006, Agosto). *Creencia y Sentido en las Ciencias Sociales*. Ponencia presentada en la sesión privada extraordinaria de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, Argentina.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gastélum, M. (2010). Una Aproximación a la Epistemología Pluralista Basada en las Teorías de la Mente. En, J. Duran y I. Grande (Eds.), *Psicología y Ciencias Sociales* (pp. 29-47). UNAM, FES-Z.
- García, P. (2009). Animal racional: Breve historia de una definición. *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 27(10), 295-313. <https://revistas.ucm.es/index.php/ASHF/article/view/ASHF1010110295A/4605>
- Gil, R. (1984). Esta vida y la otra: después de la muerte. *El ciervo*, 33 (397), 20-22. <https://servicioar.pbidi.unam.mx/cgi-bin/ezpmysqlssl.cgi?url=https://www.jstor.org/stable/40811618>
- Gobierno de México. (2021). Covid-19 México. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Gómez, S. (2020). Regresión de la conciencia de muerte y pandemia de COVID-19. *Ludus Vitalis*, 28(54), 131-135. <http://www.ludus-vitalis.org/ojs/index.php/ludus/article/view/917/918>
- Gómez, G. (2011). La reacción ante la muerte en la cultura del mexicano actual. *Investigación y saberes*, 1(1), 39-48. [http://data.over-blog-kiwi.com/1/38/03/91/20171019/ob\\_4dcb4d\\_la-reaccion-ante-la-muerte-en-la-cultu.pdf](http://data.over-blog-kiwi.com/1/38/03/91/20171019/ob_4dcb4d_la-reaccion-ante-la-muerte-en-la-cultu.pdf)
- Hernández, F. (2016). La supremacía de los más aptos en extremo. *Revista Mutis*, 6(2), 5-6. <https://revistas.utadeo.edu.co/index.php/mutis/article/view/1146/1189>

- Jaimes, Q. (2020). La pandemia debilitó una serie de creencias sobre el futuro. *Temas de comunicación*, 40, 117-125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7552847>
- Lasaga, M. (1994). Las creencias en la vida humana. Una aproximación a la distinción orteguiana entre ideas y creencias. *Series filosóficas*, 4, 205-231.
- Legare, C. & Gelman, S. (2008). Bewitchment, biology, or both: The coexistence of natural and supernatural explanatory frameworks across development. *Cognitive Science: A Multidisciplinary Journal*, 32, 607–642.
- Legare, C. & Visala, A. (2011). Between Religion and Science: Integrating Psychological and Philosophical Accounts of Explanatory Coexistence. *Human Development*, 54 :169 –184. DOI: 10.1159/000329135
- Legare, C; Evans, M; Rosengren, S. & Harris, L. (2012). The coexistence of natural and supernatural explanations across cultures and development. *Child Development*, 83, 779–793. DOI:10.1111/j.1467-8624.2012.01743.x
- Lynch, G. y Oddone, M. (2016). Percepción de la muerte en el curso de la vida. Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de ciencias sociales*, 30 (40), 129-150. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rcs/v30n40/v30n40a07.pdf>
- Machado, C. (1994). Una nueva definición de la muerte humana. *Instituto de neurología y neurocirugía*, 1-79.
- Maguiña, V., Gastelo, A., y Tequen, B. (2020). El nuevo coronavirus y la pandemia del COVID-19. *Rev Med Hered*, 31,125-131. DOI:10.20453/rmh.v31i2.3776
- Martins, A. (2020). "El mundo está tratando los síntomas de la pandemia de covid-19, pero no las causas". *BBC News Mundo*.
- Martínez, J. y Silva, J. (2010). Creencias Psicológicas. En, J. Duran y I. Grande (Eds.), *Psicología y Ciencias Sociales* (pp. 113-130). FES-Z, UNAM.
- Moscovici, S. (2008). *Psicoanálisis: su imagen y su público*. Polity Press.
- Niemiec, R. & Schulenberg, S. (2011). Understanding death attitudes: the integration of movies, positive psychology, and meaning management. *Death Studies*, 35: 387–407. DOI: 10.1080/07481187.2010.544517
- Nilsson, N. (2014). *Understanding Beliefs*. The MIT Press Essential Knowledge Series.
- Tamayo, R. (2008). El final de la vida. *Letras Libres*, 76: 30-35.
- Torres, J. (2017). *Creencias sobre el origen de la vida y la vida después de la muerte presentes en médicos de la zona metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2017/marzo/0756658/Index.html>
- Nespor, J. (1987). The role of beliefs in the practice of teaching. *Journal of Curriculum Studies*, 19 (4), 317-328.
- Núñez, U., Castro, S., Tapia, G., Bruno, F., y De León, A. (2020). Percepción social del Covid-19 desde el malestar emocional y las competencias en mexicanos. *Acta Universitaria*, 30, 1-16. DOI:10.15174/au.2020.2879
- Olivé, L. (2011). El conocimiento en la ciencia, la tecnología y la cultura. En, L. Olivé y R. Tamayo, *Ciencia, Tecnología y Sociedad. Temas de ética y epistemología de la ciencia (diálogos entre un filósofo y un científico)* (pp. 89- 105). Fondo de Cultura Económica.
- Oliver, D. & Perry, S. (2006). Definitely life but not definitively. *Orig Life Evol Biosph*, 36: 515–521.
- Oparin, A. (2003). *El origen de la vida*. Panamericana Pub Llc.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 17 de julio). *Determinantes Sociales de Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Pacheco, B. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los cuidados*, 8 (14), 27-43. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados\\_14\\_05.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1040/1/culturacuidados_14_05.pdf)
- Pais, A. (2020). Lo que estoy observando con humanos en confinamiento no es muy distinto a los loros enjaulados a los que vi sacarse las plumas": entrevista con la científica chilena Isabel Behncke. *BBC News Mundo*.
- Páez, D; Morales, J. y Fernández, I. (2007). Las creencias básicas sobre el mundo social y el yo. En, J. Morales; M. Moya y I. Cuadrado (Coord.), *Psicología Social* (pp. 195-211). Mc Graw-Hill /Interamericana.
- Pajares, A. (1992). Teachers' beliefs and educational research: cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62(3), 307-332. <https://ssr.site.files.wordpress.com/2018/02/pajares-1992-teachers-beliefs-and-educational-research-cleaning-up-a-messy-construct.pdf>
- Payir, A; Davoodi, T; Sianaki, J; Harris, L. y Corriveau, K. (2018). Coexisting Religious and Scientific Beliefs Among Iranian Parents. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 24 (2), 240–244. DOI:10.1037/pac0000335
- Pearse, K. & Pruss, A. (2012). Understanding omnipotence. *Religious Studies*, 48: 403–414. DOI:10.1017/S0034412512000030
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología social y personalidad*, 7(1), 61-79.
- Pnevmatikos, D. y Georgiadou, T. (2019). La convivencia explicativa de explicaciones científicas y sobrenaturales: un metaanálisis. *Psicología: Revista de la Sociedad Helénica de Psicología*, 24 (1), 177-205.
- Real Academia Española (2021). *Vida*. <https://dle.rae.es/Vida>
- Redacción. (2020). Imagina el mundo |"Tenemos que emerger de la pandemia menos arrogantes": Venki Ramakrishnan, nobel de Química, te invita a intercambiar ideas. *BBC News Mundo*.
- Remolina, V. (2008). Ciencia, Filosofía y fe en el debate contemporáneo. Filósofos y científicos ateos y creyentes ante el problema de dios. *Universitas philosophica*, 26(52), 165-194. <https://www.redalyc.org/pdf/4095/409534416008.pdf>
- Rosengren, K. & Gutiérrez, I. (2011). Searching for Coherence in a Complex World: Introduction to the Special Issue on Explanatory Coexistence. *Human Development*, 54:123–125. DOI: 10.1159/000329126
- Scharf, B. (1974). *El Estudio Sociológico de la Religión*. Seix Barral.
- Scheitle, C. (2011). U.S. College Students' Perception of Religion and Science: Conflict, Collaboration, or Independence? A Research Note. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50 (1), 175–186.
- Shermer, M. (2008). *Por qué creemos en cosas raras. Pseudociencia, superstición y otras confusiones de nuestro tiempo*. Alba
- Tirard, S; Morange, M; & Lazcano, A. (2010). The Definition of Life: A Brief History of an Elusive Scientific Endeavor, *Astrobiology*, 10 (10), 1003- 1009. DOI: 10.1089/ast.2010.0535.

Urzua, A., Vera, V., Caqueo, U., y Polanco, C. (2020). La psicología en la prevención y manejo del covid-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>

Villoro, L. (1996). *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI.

Von Wobeser, G. (2015). *Cielo, infierno y purgatorio durante el virreinato de la Nueva España*. Editorial de otro tipo.

### **Agradecimiento**

Esta investigación fue realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la DGAPA- UNAM con clave **IN 300521**.

# PERCEPCIONES SOCIALES DE LA COVID-19 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATLETAS CONVALESCIENTES DURANTE 2021 EN CIENFUEGOS

**Ariadna Martínez Requeiro**

*Centro Provincial de Medicina Deportiva de Cienfuegos. Cuba.*

**Isaac Irán Cabrera Ruiz**

*Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara. Cuba.*

**Adriadna Villalobos Sosa**

*Centro Provincial de Medicina Deportiva de Cienfuegos. Cuba.*

**Ana Laura Bello García**

*Centro Provincial de Medicina Deportiva de Cienfuegos. Cuba.*

**Sandy Ravelo Vigoa**

*Centro Provincial de Medicina Deportiva de Cienfuegos. Cuba.*

**Rodney Daniel Ayala Rodríguez**

*Centro Provincial de Medicina Deportiva de Cienfuegos. Cuba.*

**Ángel Joel Méndez López**

*Universidad de Valencia. España*

## Resumen

La investigación pretende develar las percepciones sociales de la Covid-19 que tienen niños y adolescentes atletas de la Escuela de Iniciación Deportiva de Cienfuegos que padecieron la enfermedad. La investigación siguió un enfoque cualitativo constructivo interpretativo. Para recoger la información se aplicó el cuestionario cualitativo percepción social de la Covid-19, accediendo a 75 atletas de la Escuela de Iniciación Deportiva de Cienfuegos que enfermaron de Covid-19 durante el año 2021. La interpretación de los resultados se realizó a partir del análisis de contenido asistido por la herramienta Atlas ti 9. Los principales resultados apuntan a una percepción social de la enfermedad como hecho negativo, desde el referente de la definición y las consecuencias de la enfermedad y los malestares psicológicos vividos. Emerge una evaluación positiva de hechos como el disfrute de la convivencia familiar, la reestructuración del uso del tiempo libre, recuperar la normalidad y superar la enfermedad. Entre las peores experiencias revelan padecer la enfermedad ellos mismos o sus familiares, las afectaciones al uso cotidiano del tiempo libre, el fallecimiento de familiares o personas significativas, la afectación a la práctica del deporte, el estudio y los malestares psicológicos.

**Palabras claves:** percepción social, Covid-19, atletas convalecientes

### **Abstract**

*The research aims to unveil the social perceptions of Covid-19 held by the children and adolescents athletes of the School of Sports Initiation of the province of Cienfuegos who suffered from the disease. The research followed an interpretative constructive qualitative approach. To collect the information, the qualitative questionnaire social perception of Covid-19 was applied, accessing 75 athletes from the School of Sports Initiation of Cienfuegos who suffered from Covid-19 during the year 2021. The interpretation of the results was carried out from the content analysis assisted by the Atlas ti 9 tool. The main results point to a social perception of the disease as an extreme negative fact, from the referent of the definition and the consequences of the disease and the psychological discomforts experienced. A positive evaluation emerges of facts such as the enjoyment of family life, the restructuring of the use of free time, recovering normality and overcoming the disease. Among the worst experiences, they reveal suffering the disease themselves or their relatives, the affectations to the daily use of free time, the death of relatives or significant persons, the affectation to the practice of sports, the study and the psychological discomfort.*

**Key words:** social perception, Covid-19, convalescent athletes.

### **Introducción**

La Covid-19 es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-Cov-2 y se considera un desastre de origen sanitario (Castro, 2010). Irrumpió en la vida de los cubanos el 11 de marzo de 2020 y se propagó por todas las provincias del país, impactando en la vida cotidiana.

Para Cienfuegos, el período correspondiente a mayo-septiembre de 2021, constituyó el de mayor complejidad durante toda la pandemia. Se amplió el abanico de edades de personas vulnerables al Sars-Cov-2, aumentaron los casos, los pacientes graves, críticos, e incluso se lamentaron varios fallecimientos, desde infantes hasta la adultez mayor.

Inicialmente se pensaba que la Covid-19 no constituía un peligro real para niños y jóvenes. Sin embargo, este período demostró que la Covid-19 no discrimina edades, razas o posiciones socioeconómicas. Todas las personas son vulnerables a enfermar, morir y/o experimentar secuelas, físicas y psicológicas.

Enfermar de Covid-19 es un acontecimiento que pone en tensión el sistema de respuesta psicológica de los niños y los adolescentes y puede generar patologías psiquiátricas. En la etapa de convalecencia, período que va desde la desaparición de los principales síntomas de la enfermedad hasta alcanzar un nuevo estado de salud de forma gradual, han sido halladas alteraciones psicológicas. Cabrera, Toledo, Pérez (2021) estudiaron todos los niños y adolescentes que enfermaron de Covid-19 durante el 2020 en Villa Clara, identificando ansiedad, miedo, irritabilidad, exceso de apego al cuidador principal, hipercinesia e insomnio, como alteraciones clínico-psicológicas que se manifestaron en todos, predominando, por el número de sujetos que los vivenció, la triada ansiedad, miedo, irritabilidad; asimismo el 48% del total desarrolló una patología psiquiátrica, las cuales se incluyeron dentro de las entidades de los trastornos de ansiedad y los trastornos de adaptación.

El sector deportivo no escapó de las consecuencias de la pandemia y, si bien no se conocen cifras exactas sobre la incidencia en este grupo poblacional, en las discusiones sobre el rendimiento deportivo de los atletas, hoy ocupa un lugar importante la salud mental.

La práctica de deportes de alto rendimiento se considera una actividad sistemática, rigurosa y con un alto contenido motivacional. Su formación transcurre por diferentes etapas y el logro de la excelencia en el rendimiento deportivo tiene un momento importante en la edad escolar.

En ese proceso de vivir la pandemia, padecer la enfermedad y lograr ese nuevo estado de salud, las percepciones sociales juegan un papel fundamental. Las percepciones sociales como experiencias son subjetivas y representan el cómo sentimos y nos posicionamos ante la realidad. Estas, se configuran como producciones simbólicas emocionales de la experiencia vivida, que integran lo histórico, lo contextual, lo individual y lo social (González Rey & Mori, 2010).

El significado producido como visión evaluativa de la realidad tiene lugar a través de la configuración de formas dinámicas de organización que los sentidos adquieren en la experiencia de los sujetos como creencias y representaciones (Jiménez y Cabrera, 2021).

La reincorporación deportiva de niños y adolescentes atletas que padecieron Covid-19 es un proceso psicosocial de creciente preocupación, que impone a médicos, psicólogos y especialistas afines a la actividad deportiva, nuevos escenarios y acciones que reflejen mejores indicadores, no solo de rendimiento deportivo, sino de salud y bienestar.

De este modo nos preguntamos ¿Qué significados producen los atletas convalecientes de Covid-19 sobre la enfermedad? ¿Qué relación establecen con la situación vivida?

En correspondencia la investigación tiene como objetivo develar percepciones sociales de la Covid-19 de atletas de la Escuela de Iniciación Deportiva de Cienfuegos que padecieron la enfermedad.

## **Materiales y métodos**

La investigación se posicionó en la epistemología cualitativa como planteamiento para el estudio científico de la subjetividad, con un enfoque metodológico cualitativo constructivo interpretativo (González-Rey & Mitjans, 2016).

Se realizó un muestreo intencional no probabilístico empleando una estrategia por conveniencia para seleccionar los atletas convalecientes que constituyen nuestro campo de acción, a partir de la posibilidad de acceso a los casos disponibles y por la responsabilidad laboral que se contrae con ellos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). De este modo, se accedió a 75 atletas convalecientes de Covid-19 de la Escuela de Iniciación Deportiva de Cienfuegos, quienes dieron el consentimiento verbal y cuyos padres ofrecieron el consentimiento informado para participar en el estudio. En la figura 1 se presentan las características de la muestra.

Para la recogida de la información se empleó un cuestionario cualitativo de percepción social de la Covid-19 elaborado a partir de preguntas abiertas, como sistema de inductores para facilitar la expresión de la mayor cantidad de información por parte de los sujetos con relación

a la percepción social de la Covid-19. Permitió la emergencia de aspectos de significado de la percepción de la enfermedad, la expresión de las vivencias y criterios con respecto a las tres mejores y peores cosas que experimentaron los niños y adolescentes atletas que padecieron la enfermedad.

Los datos se procesaron con la herramienta Atlas.Ti. 9 a través de la codificación abierta y la codificación axial (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Se partió de una codificación descriptiva para delimitar el contenido configuracional y en un segundo momento se procedió a la codificación axial, que consistió en la búsqueda sistemática de relaciones entre los códigos y familias de códigos o categorías. Se realizaron análisis de tabla cruzada de códigos, por documentos y grupos, análisis de coocurrencia de códigos y análisis de centralidad de la información.

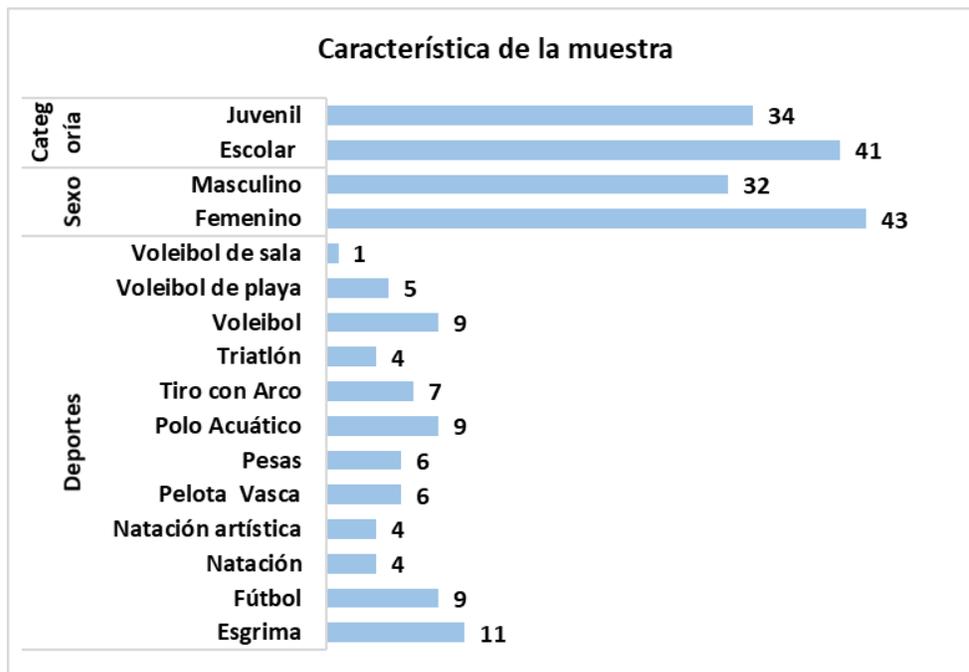


Figura 1. Características de la muestra. Fuente: elaboración de los autores, 2022

El análisis de tabla cruzada de códigos por documentos y grupos permitió mostrar la frecuencia de los diferentes códigos, tanto por su emergencia como por sujeto. El enraizamiento de código, es decir el número de citas codificadas por el código, permitió visualizar la frecuencia con la que se expresaron los códigos. El análisis de coocurrencias de códigos consiste en develar el número de citas donde coinciden dos códigos.

El análisis de la centralidad de las expresiones de los sujetos tiene su base en trabajos de la psicología social de autores como Heider (1927), Asch (1946), Moscovici (1979) y Abric (2001) a partir de la idea de organización centralizada de las percepciones y las representaciones sociales, de modo que la subjetividad aparece organizada y jerarquizada. Para ello se utilizaron la frecuencia y el orden de evocación, significa que son más centrales a nivel representacional

aquellos contenidos de mayor frecuencia y menor orden de evocación, referenciados a partir de la frecuencia media y el orden medio de evocación.

## Resultados

### Significación de la Covid 19

Los niños y adolescentes atletas que participaron en el estudio asociaron 79 palabras a la significación de la Covid-19 como muestra la nube de palabras en la figura 2.

De modo compartido los atletas convalecientes significan la enfermedad a partir de las muertes producidas, el miedo que generó la enfermedad como experiencia vivida y los sentimientos de tristeza que definen su vivencia. La significación de la enfermedad se configura también con menor estabilidad por el uso obligatorio del nasobuco y la experiencia de haber estado en cuarentena, para los atletas que padecieron la enfermedad, el virus que se convirtió en pandemia se define de modo compartido como una desgracia. Se organiza la de la significación de la Covid-19 periféricamente con el aislamiento físico y social, cuyo significado se traduce en un encierro cargado de malestares como el aburrimiento, el dolor, la depresión y la soledad (figura 3).



Figura 2. Nube de palabras asociadas a Covid-19. Fuente: elaboración de los autores, 2022

Frecuencias $\geq 2.58$	Orden de evocación $\leq 2.12$		Orden de evocación $> 2.12$		
	Frecuencia	Orden de evocación	Frecuencia	Orden de evocación	
	muertes	33	1.82	aislamiento	5
miedo	21	1.48	depresión	3	3.00
enfermedad	16	1.81	aburrimiento	3	2.33
tristeza	12	1.67	dolor	3	2.33
nasobuco	6	1.67	encierro	3	2.67
pandemia	6	1.33	soledad	3	2.67
virus	6	1.33			
cuarentena	5	2			
desgracia	4	1.75			

**Palabras centrales asociadas a la COVID-19**      **Palabras periféricas asociadas a la COVID-19**

Figura 3. Análisis de centralidad de las palabras asociadas a Covid-19.  
Fuente: elaboración de los autores, 2022

La percepción social de niños y adolescentes atletas convalecientes de Covid-19, adquiere un carácter heterogéneo a partir de la condición del género (figura 4). La asociación de muerte a la Covid-19 es una significación general para ambos sexos, mientras el miedo y la tristeza son mayoritariamente sentidos por las féminas. De modo general las palabras centrales estables asociadas a la Covid-19 tienen mayor frecuencia, representación porcentual y menor orden de evocación por las atletas de sexo femenino que por los de sexo masculino.

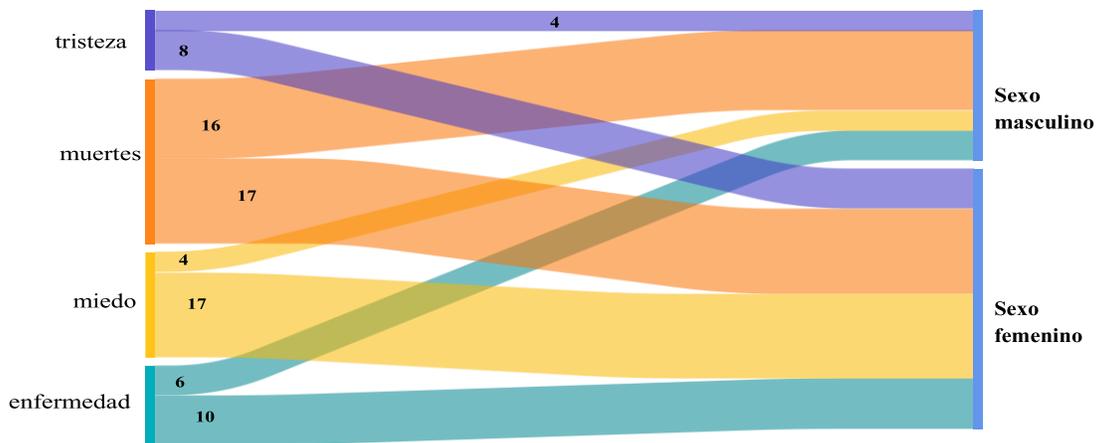


Figura 4. Representación de palabras centrales más estables que significan la Covid-19 y su vínculo con el género. Fuente: elaboración de los autores, 2022

La codificación axial a través de la búsqueda sistemática de relaciones entre las palabras permitió la construcción de 4 categorías a las que se asoció la significación de la Covid-19 por niños y adolescentes atletas convalecientes de la enfermedad: definición y consecuencias de

la Covid-19, malestares psicológicos vividos, enfrentamiento y medidas de protección y la necesidad del fin de la pandemia.

La significación de la Covid-19 se configura desde la definición y las consecuencias que la enfermedad tuvo para los niños y adolescentes atletas convalecientes, de modo que las palabras asociadas se organizan en torno al centro y la periferia. Se ha configurado así una significación que tiene como elementos centrales la definición de la pandemia como enfermedad, virus, desgracia y las muertes como su mayor consecuencia. A ello se conectan los malestares psicológicos vividos, cuyos contenidos se instauran en el centro estable y las periferias, cercana y lejana. Los malestares psicológicos vividos son construidos a partir de los sentimientos y emociones negativas que se elaboran en torno a la experiencia vivida.

Estrechamente vinculado a los malestares psicológicos vividos se encuentra el sentido subjetivo enfrentamiento y medidas de protección, menos enraizado y organizado en torno al centro menos estable y a la periferia, cuyo contenido se construye desde las medidas de prevención y control de la Covid-19, como el aislamiento para los sospechosos, las cuarentenas para los enfermos y el uso obligatorio del nasobuco como medida fundamental para prevenir la transmisión de la enfermedad. Todo ello se vincula con el sentido subjetivo necesidad del fin de la pandemia.

La figura 5 muestra el análisis de centralidad de los sentidos subjetivos que configuran la significación de la Covid-19 mediante el diagrama de Sankey.

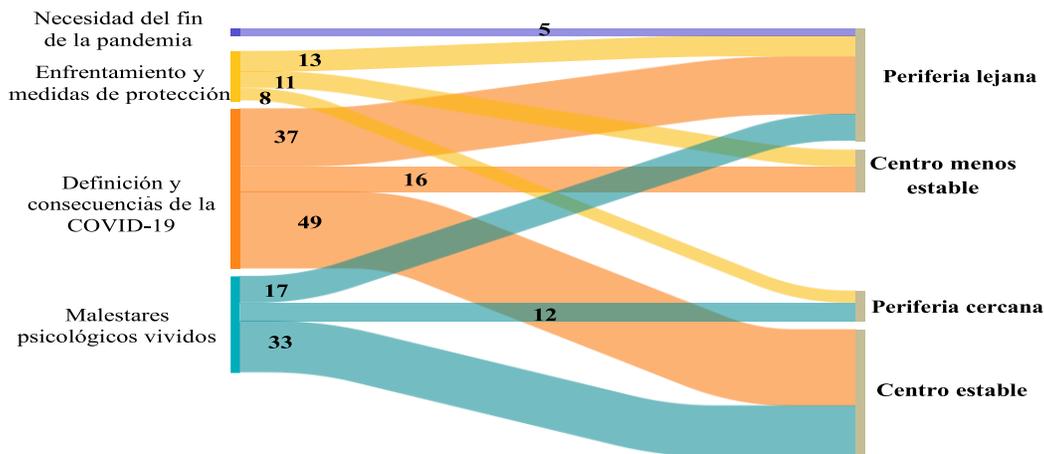


Figura 5. Análisis de centralidad de los sentidos subjetivos que configuran la significación de la Covid-19. Elaboración de los autores 2022

Los atletas convalecientes definen la Covid-19 como una enfermedad, un virus, una desgracia cuya mayor consecuencia ha sido la muerte. Es una representación como hecho negativo extremo que se significa desde los malestares psicológicos vividos que de forma compartida contienen experiencias emocionales como miedo, tristeza, depresión, aburrimiento, dolor y soledad. Es una significación que se siente subjetivamente también por el enfrentamiento y las medidas de protección que se elaboran desde la referencia del uso del nasobuco, la

cuarentena y el aislamiento. Es un hecho negativo cuyo fin se convierte en una necesidad reclamada.

### Evaluación de hechos: las mejores y las peores experiencias

Se codificaron 64 hechos como mejores cosas y 54 como peores. Los hechos evocados fueron construidos interpretativamente por los sentidos que indican su contenido en categorías a partir de establecimiento de relaciones sistemáticas entre los hechos evocados por los atletas convalecientes (figura 6)

Los hechos centrales y estables evaluados positivamente por los atletas son pasar tiempo con la familia, sobrevivir a la Covid-19 los propios atletas o sus familiares y el reinicio del curso escolar.

La vivencia de experiencias positivas para los atletas convalecientes de Covid-19 se configura por el disfrute de la convivencia familiar, que constituye un tiempo que se pasa unidos, en familia, compartiendo un espacio de relación que la organización de la vida cotidiana no permitía vivir. Este sentido subjetivo está relacionado con la reestructuración del uso del tiempo libre y contiene la experiencia de contar con tiempo y posibilidad de realizar actividades como pasar más tiempo en casa, descansar, ver televisión. Además constituye un tiempo que permitió el establecimiento y profundización de vínculos cercanos, la realización o establecimiento de proyectos y metas y el crecimiento personal. La experiencia se configura también por el valor que adquiere superar la enfermedad. Haber padecido Covid-19 ellos o sus familiares y encontrarse en el grupo de los sobrevivientes constituye un hecho relevante, que brinda a los atletas la posibilidad de poder disfrutar otros hechos positivos como lo es el apoyo social percibido y recuperar la normalidad.

MEJORES COSAS	Frecuencia
Disfrute de la convivencia familiar	39
Reestructuración del uso del tiempo libre	37
Recuperación de la cotidianidad	23
Superar la enfermedad	22
Establecimiento/profundización de vínculos cercano	19
Realización/establecimiento de proyectos personales	10
Apoyo social percibido	9
Uso de las tecnologías	7
Crecimiento personal	5
PEORES COSAS	Frecuencia
Enfermar ellos o sus familiares	52
Afectación al uso cotidiano del tiempo libre	33
Fallecimiento de familiares o personas significativas	26
Afectación a la práctica del deporte	13
Malestar psicológico	13
Afectación a la convivencia familiar	9
Posibilidad de fallecer ellos mismos, familiares o personas significativas	9
Afectación al estudio	4
Comportamientos individualistas	3
Malestar en las relaciones con los adultos	1

Figura 6. Categorías construidas que indican el contenido sentido por los atletas convalecientes sobre las mejores y peores cosas vividas

La pandemia se siente de modo diferente desde la condición del género. Pasar tiempo con la familia es un hecho evaluado positivamente por los atletas de ambos sexos, sin embargo, es evocado con mayor frecuencia por las niñas y adolescentes que por los niños y adolescentes. Por otra parte, sobrevivir a la Covid-19 ellos mismos o sus familiares adquiere mayor significado para los atletas de sexo masculino, al igual que el reinicio del curso escolar y pasear. Las niñas y adolescentes significan el acompañamiento familiar, consideran positivo el hecho de no ir a la escuela y descansar.

La figura 7 muestra los hechos positivos y negativos, centrales y estables, que configuran la evaluación de hechos significativos según el sexo, representado en porcentos.

La vivencia de las experiencias negativas para niños y adolescentes atletas que enfermaron de Covid-19 se configura subjetivamente a partir del hecho de enfermar ellos mismos o sus familiares, que contiene la vivencia de padecer la enfermedad, los malestares asociados a los síntomas de Covid-19 y el período de cuarentena y el proceso de hospitalización. Se vincula a la posibilidad de fallecer ellos mismos o personas significativas y contiene la experiencia de tener familiares en estado graves y críticos de la enfermedad, e incluso afrontar la realidad de que muchos de ellos fallecieran. Todo ello se relaciona con un conjunto de experiencias negativas que emergen como malestares psicológicos.

Mejores cosas	femenino masculino		Peores cosas	femenino masculino	
pasar tiempo con la familia Gr=34	53.49%	34.38%	enfermar de COVID-19 Gr=32	41.86%	43.75%
			fallecimiento de familiares Gr=20	32.56%	18.75%
sobrevivir a la COVID-19			quedarse en casa Gr=16	23.26%	18.75%
ellos mismo o la familia	11.63%	18.75%	síntomas de la COVID-19 Gr=6	4.65%	12.50%
reinicio del curso escolar	4.65%	18.75%	Familiares en estado grave o		
acompañamiento de la			crítico por la enfermedad Gr=5	6.98%	6.25%
familia Gr=5	9.30%	3.13%	no compartir con amigos Gr=5	6.98%	6.25%
pasear Gr=7	4.65%	15.63%	enfermar familiares de COVID-		
no ir a la escuela Gr=5	9.30%	3.13%	19 Gr=5	9.30%	3.13%
descansar Gr=5	9.30%	3.13%	estar en cuarentena Gr=5	4.65%	9.38%

Figura 7. Codificaciones en vivo de las mejores y las peores cosas que les sucedió a los atletas convalecientes y el análisis porcentual según el sexo.

Los malestares psicológicos también se relacionan con la afectación al uso cotidiano del tiempo libre que contiene el hecho de quedarse en casa y la imposibilidad de compartir con amigos. Asimismo se vincula a la afectación de la práctica del deporte y de la actividad de estudio, cuyo contenido se relaciona con la interrupción de las actividades cotidianas para los atletas que padecieron la enfermedad. O sea, la valoración de los hechos negativos no solo radica en el padecimiento de la enfermedad y las afectaciones a la salud, sino que se asocia a la ruptura de la cotidianidad, al hecho de no asistir diariamente a la escuela y al deporte, o jugar con los amigos, que son las actividades propias del sistema de vida de los niños y los adolescentes. El hecho de adaptarse entonces a pasar tiempo en casa, a compartir más tiempo

con los familiares, a ampliar el tiempo de convivencia familiar, a pesar de ser un hecho valorado como positivo por los atletas, devino en experiencias negativas asociadas a comportamientos individuales y en malestares en las relaciones interpersonales a lo interno del grupo familiar, sobre todo en la relación de los niños y adolescentes con los adultos.

También los hechos negativos se viven de forma diferente según la condición de género. Como muestra la figura 7, enfermar de Covid-19 es el hecho negativo central que configura la evaluación de los niños y adolescentes atletas convalecientes de la enfermedad, con diferencias mínimas en la frecuencia de expresión por cada género. Igualmente se expresa de forma compartida por ambos sexos el hecho de no compartir con amigos y tener familiares en estado grave o crítico por la enfermedad. El fallecimiento de familiares, quedarse en casa y que los familiares enfermaran de Covid-19, son hechos negativos que se significan más desde la condición de género femenino que desde el masculino. Sin embargo, la evaluación de los síntomas de la Covid-19 y el hecho de estar en cuarentena se expresan con mayor frecuencia por los varones que por las hembras.

De este modo la significación de la Covid-19 se relaciona estrechamente con la evaluación que realizan los atletas sobre los hechos que estructuran sus experiencias y que configuran la percepción social que producen de la enfermedad. La evaluación de los hechos se realiza en dos polos, uno negativo y otro positivo, y en ocasiones, experiencias similares poseen valoraciones en ambos sentidos. Un ejemplo de ello es la convivencia familiar, la cual se disfruta, pero, a su vez, se dificulta por la complejidad de las relaciones interpersonales y de las relaciones que establecen los niños y los adolescentes con los adultos. Asimismo el uso del tiempo libre se evalúa como positivo a partir de su restructuración en tanto permite el establecimiento y realización de proyectos personales, el crecimiento personal y la profundización de vínculos cercanos. Sin embargo, se valora negativamente a partir de que afecta la cotidianidad, el vínculo con la escuela y el deporte, que a su vez interrumpe importantes procesos de socialización.

### **Conclusiones y discusión**

La investigación tuvo como objetivo develar percepciones sociales de la Covid-19 de atletas de la Escuela de Iniciación Deportiva de Cienfuegos que padecieron la enfermedad.

La percepción de la Covid-19 de niños y adolescentes atletas convalecientes de la enfermedad se configura subjetivamente por la significación que tiene para los atletas la definición y las consecuencias de la enfermedad, el enfrentamiento y las medidas de protección y los malestares psicológicos que se configuran a partir de la relación que los atletas establecen con la experiencia vivida.

Los resultados coinciden con los hallados por Martínez *et al.* (2021) en niñas y adolescentes atletas de gimnasia rítmica no convalecientes, de la misma Escuela de Iniciación Deportiva de Cienfuegos. En ambas investigaciones se apreció que niños y adolescentes tienen una percepción de la Covid-19 como hecho extremo con efectos negativos y se asocia con la amenaza para la vida. Si bien para las gimnastas la percepción se caracterizó por el enfrentamiento y las medidas de protección para la contención de la epidemia, los atletas

convalecientes significan la Covid-19 desde el referente de la definición y las consecuencias de la enfermedad, imprimiendo un valor particular a la muerte como referente central.

En ambas investigaciones el enfrentamiento y las medidas de protección ante la Covid-19 se elaboraron desde la referencia del distanciamiento (confinamiento, aislamiento, cuarentena) y la protección como creencias que más se comparten y que, en su contenido, guardan relación con el uso del nasobuco y la higiene personal.

También se aprecia tanto en convalecientes como en el grupo de gimnastas no convalecientes estudiadas anteriormente, que la Covid-19 se significa desde los malestares psicológicos que se viven. Sin embargo en el análisis de centralidad de los sentidos subjetivos se observa mayor emergencia de malestares psicológicos en los atletas convalecientes que en las atletas de gimnasia rítmica no convalecientes. Aunque de forma compartida sintieron miedo, tristeza, depresión, aburrimiento, soledad y dolor, como contenidos de su percepción.

Sobre la evaluación de hechos significativos se observa que en ambos grupos de atletas, convalecientes y gimnastas no convalecientes, los hechos positivos se organizaron en torno a los sentidos subjetivos, disfrute de la convivencia familiar y reestructuración del uso cotidiano del tiempo libre, a partir de la realidad de quedarse en casa. Fue una experiencia negativa para los atletas padecer la Covid-19, que sus familiares enfermaran, que ellos o sus familiares transitaran por estados graves o críticos de la enfermedad, la posibilidad de fallecer, o el hecho de que ellos, sus familiares u otras personas significativas fallecieran. De allí que se valore como hechos positivos centrales superar la enfermedad y recuperar la normalidad.

El grupo de atletas de gimnasia rítmica no convalecientes produjeron sentidos subjetivos vinculados a la búsqueda de relaciones de amistad, la elaboración de proyectos y metas y evitar el contagio; mientras los atletas convalecientes asociaron sus sentidos subjetivos al establecimiento/profundización de vínculos cercanos y realización/establecimiento de proyectos personales, pero que en su contenido se encuentran muy cercanos a los sentidos subjetivos producidos por las gimnastas no convalecientes.

En la investigación de este grupo de atletas convalecientes emergieron 9 sentidos subjetivos, cuatro más de los construidos en la exploración de las gimnastas. Además de los expuestos anteriormente los atletas convalecientes producen sentidos subjetivos como la recuperación de la normalidad y la superación de la enfermedad, los cuales resultan centrales en la representación de la Covid-19. Además elaboran otros sentidos subjetivos como el apoyo social percibido, el uso de las tecnologías y el crecimiento personal.

Las mejores cosas para los atletas convalecientes se configuran por los sentidos subjetivos disfrute de la convivencia familiar, reestructuración del uso del tiempo libre, recuperación de la cotidianidad, superación de la enfermedad, establecimiento/profundización de vínculos cercanos, realización/establecimiento de proyectos personales, apoyo social percibido, uso de tecnologías y crecimiento personal. Por su parte las peores se configuran subjetivamente por los sentidos, enfermar ellos o sus familiares, afectación al uso cotidiano del tiempo libre, fallecimiento de familiares o personas significativas, afectación a la práctica del deporte, malestares psicológicos, afectación a la convivencia familiar, posibilidad de fallecer ellos

mismos, familiares o personas significativas, afectación al estudio, comportamientos individuales y malestar en las relaciones con los adultos.

Respecto a los hechos negativos se observa que es común en ambos estudios (convalecientes y no convalecientes) la emergencia de los sentidos subjetivos afectación al uso cotidiano del tiempo libre, afectación al estudio y a la práctica del deporte. Constituyen eventos que desestructuran sus rutinas por la disminución del contacto social y la imposibilidad de realizar las actividades principales que organizan la vida cotidiana a partir del confinamiento como modo de vida. En el grupo de gimnastas se apreció una evaluación negativa de los hechos a partir de la imposibilidad de realizar determinadas actividades importantes para ellas. Sin embargo, en los atletas convalecientes se constató la emergencia de sentidos subjetivos vinculados principalmente a la salud personal y de los familiares o personas allegadas.

Mientras que el grupo de gimnastas no convalecientes resalta la afectación al uso del tiempo libre y la afectación al estudio y la práctica de deportes, en el grupo de atletas convalecientes se atribuyen mayor significación a enfermar ellos o sus familiares, la afectación al uso cotidiano del tiempo libre, al fallecimiento de los familiares y personas significativas, a la posibilidad de fallecer ellos mismos, sus familiares o personas significativas. También significan las afectaciones a la práctica del deporte y los malestares psicológicos.

En el grupo de gimnastas se reflejaron afectaciones en las relaciones interpersonales, mientras que en los convalecientes estas afectaciones se limitan al contexto familiar y a los malestares en las relaciones con los adultos.

## Referencias bibliográficas

- Abric, C. (2001). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En J. C. (Dir.), *Prácticas sociales y representaciones* (27-37). Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V.
- Asch, A. E. (1946). Forming impressions of personality. *Journal of abnormal and sod a psychology*, 41, 258-290.
- Cabrera, I. I., Toledo, M. A., & Pérez, A. (2021). *Afrontamiento psicológico en niños y adolescentes convalecientes a la Covid-19. Estudio del primer rebrote en Villa Clara*. Villa Clara: Feijóo.
- Castro, R. (2010). Directiva No.1 del Presidente del Consejo de Defensa Nacional. Para la planificación, organización y preparación del país para situaciones de desastres. La Habana.
- González-Rey, F., & Mori, V. D. (2010). Investigaciones en Psicología Social Clínica. Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *Ciencias Sociales*, 5, 221-240.
- González-Rey, F. (2016). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*. 15(1), 5-16.  
<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/667>
- Heider F. (1927). Ding und Medium. *Symposium*, 1, 109-158.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México D.F: Mc Graw-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Jímenez Reyes, B. M., & Cabrera Ruiz, I. I. (2021). *Bienestar, prosperidad y pobreza. Percepciones sociales de familias de barrio Parroquias de la Ciudad de Santa Clara*. Samuel Feijóo.

Martínez Requero, A., Cabrera Ruiz, I. I., & Méndez López, Á. J. (2021). Pensando sin Covid, con Covid: necesidades de apoyo social de atletas de gimnasia rítmica. *Revista Conrado*, 17(82), 452-464.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.

# ANÁLISIS CUALITATIVO DE DIFICULTADES SOCIALES EN USUARIOS DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

**Antonio Jesús Segura Sánchez**

*Facultad de Psicología, Universidad de Almería.*

## **Resumen**

Con este estudio exploratorio cualitativo, donde se entrevistan usuarios diagnosticados y profesionales, se pretende conocer las experiencias de las personas que padecen algún tipo de trastorno mental grave en el ámbito laboral.

Conocer de primera mano las opiniones tanto de profesionales como de pacientes de este tipo de enfermedad. Tratar de buscar una idea general acerca de los problemas que tienen estas personas en afrontar socialmente sus dificultades cotidianas.

Conocer el día a día de los enfermos mentales graves en su trabajo o buscando un trabajo. Investigar la multitud de estigmas que el usuario percibe y observar los prejuicios que sufren diariamente.

**Palabras Clave:** Enfermedad mental Grave, entrevista, estigma, intervención sanitaria.

## **Abstract**

*This qualitative exploratory study, where diagnosed and professional users are interviewed, is intended to learn about the experiences of people with some type of serious mental disorder in the workplace. Know first-hand the opinions of both professionals and patients of this type of disease.*

*Try to find a general idea about the problems these people have in socially coping with their daily difficulties. Know the day-to-day lives of the seriously ill in their work or looking for a job. Investigate the multitude of stigmas that the user perceives and observe the prejudices they suffer daily.*

**Keywords:** Severe mental illness, interview, stigma, health intervention.

Según (Capellá, 2001), la enfermedad mental grave o prolongada no solo genera necesidades sanitarias, sino también sociales. Según (Godman y Cols, 1981) las personas con enfermedad mental grave y prolongada son aquellas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, psicosis, etc.) que conllevan un grado de desgaste en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc.), mantenido en el tiempo, y que se acompaña de un cierto nivel de minusvalía que le impide la integración en su entorno de forma normal (Godman y cols., 1981). Sin embargo, (Angermeyer *et al.* 2005) argumentan que es habitual en pacientes que presentan trastornos en el aspecto de los trastornos psicóticos (máxime la esquizofrenia y trastorno bipolar) pero también pueden incluirse

ocasionalmente otros trastornos que podrían ser considerados como menores pero que pueden provocar el mismo grado de limitaciones para la persona, como la depresión mayor o el trastorno obsesivo compulsivo.

Hay algunos autores como Anderson, M. (2003), Corrigan (1999) que definen como población enferma mental crónica a personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que inhabilitan el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autarquía económica. Así mismo muchas de estas personas han estado ingresadas en hospitales en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

### **Necesidades**

Se utilizan diversos instrumentos para evaluar dichas necesidades, tal como expone (Rosales, 2002) y que recoge 22 áreas de necesidades cubiertas y no cubiertas (alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información sobre el tratamiento, angustia, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales), tanto desde la visión del usuario, como de sus cuidadores o de los profesionales.

En esta línea, Lasalvia y cols. (2000) destacan que las personas con trastornos psicóticos tienen necesidades sociales y sanitarias amplias que se entremezclan y que requieren entonces un esfuerzo por cubrir las necesidades sociales ya que lo que habitualmente se tiene garantizado son las necesidades sanitarias. Y en esto, es importante que la necesidad sea integrada, de modo que en la atención sanitaria a las personas con enfermedad mental grave y prolongada se incorpore la atención social de una forma armónica. Y no solo sucede en los casos de personas con trastornos psicóticos, sino también en trastornos no psicóticos que también forman parte de lo que consideramos enfermedad mental grave y prolongada y que también tienen importantes necesidades sociales (Ruggeri y Tansella, 2002).

Si en realidad se pretende que los sistemas de cuidado comunitario estén accesibles y válidos para quien lo necesita y se **supere esa situación de discriminación en los derechos**, se tendrán que proporcionar al menos los siguientes servicios: vivienda, unos ingresos para subsistir (pensiones) y un apoyo social adicional a los cuidados sanitarios, y no solo la atención específica a la enfermedad (Stroup y Morrissey, 2001). Es decir, se requiere una buena actuación coordinada entre los servicios sociales y sanitarios. Los datos que se tienen de los estados miembros de la Unión Europea muestra que los grupos de personas que más a menudo sufren discriminación suelen experimentar las mayores dificultades para integrarse socialmente y, en especial, para acceder al mercado laboral, con lo que la actuación debe realizarse de forma decidida si se pretende que sea socialmente efectiva.

## **Estigmas, mitos y consecuencias**

La gran **estigmatización que las personas con enfermedad mental han padecido durante años** ha dado lugar a un abandono total de programas de intervención sobre ellos (OMS, 1999), lo que les ha llevado a ser unos auténticos “*parias*” tanto en los servicios sociales como en los servicios sanitarios. Es manifiesto el rechazo por parte de los servicios sociales y la baja prioridad en las mayoría de los sistemas de salud, que se pone de manifiesto en el presupuesto, la planificación sanitaria y el desarrollo de servicios y programas asistenciales (OMS, 2001). La información que se transmite sobre los trastornos mentales en la que se vinculan a que los enfermos son violentos o que son incurables agudiza y promueve este estigma (OMS, 2002).

Como destaca la OMS (1999), la estigmatización que padecen las personas con enfermedad mental conduce a consecuencias negativas tanto para el paciente como para la familia, que incluye la humillación, el aislamiento y el desempleo. Además, influye sobre el propio proceso de integración social ya que, como Wright y cols. (2000) destacan, el intento de insertar a las personas con enfermedad mental en comunidades hostiles influye negativa y directamente sobre el autoconcepto, estado mental de la persona y el éxito del programa de inserción. Sobre todo ello habrá que incidir en cualquier programa de intervención. Por otra parte, esta situación conlleva a que con frecuencia las personas con enfermedad mental no acudan ni a los servicios de salud ni a los sociales, optando por sufrir solos su problema (OMS, 2002). Esto obliga a que desde la administración se tenga que poner en marcha un programa de intervención eficaz siguiendo el mandato de la Comisión Europea (2001): “La lucha contra la exclusión social es ante todo responsabilidad de los estados miembros y de sus autoridades nacionales, regionales y locales, en conexión con el conjunto de agentes interesados, especialmente los interlocutores sociales y las organizaciones no gubernamentales”.

La alteración de la salud mental y con ello la aparición de la enfermedad mental da lugar a la aparición de un deterioro del bienestar individual y una importante alteración a todos los niveles: social, personal y familiar, todo lo cual va a afectar su capacidad de trabajo, sus relaciones sociales y su vida familiar. En consecuencia, provoca una gran invalidez y una pérdida de oportunidades de participación social (Byrne, 1999).

## **Metodología**

### **1. Participantes**

Se han realizado siete entrevistas, de las cuales, dos han sido a profesionales del ámbito al cual nos estamos refiriendo y cinco entrevistas a personas que sufren algún tipo de trastorno mental grave. Contactar con ellos, ha sido gracias al centro donde he realizado mis prácticas curriculares (FAAM), que me han ayudado a acceder a un usuario. El resto de las entrevistas han sido realizadas bajo mi búsqueda por internet de asociaciones que están relacionadas con trastornos mentales graves. Contactando con dos asociaciones conocidas como: Asociación El Timón, y ASEMEN.

Los participantes son:

- 2 usuarios 1, de 34 y 20 años con depresión desde los 18 años y padece trastorno mental grave desde los 21 años.
- 1 usuario, de 28 años. Padece trastorno bipolar.
- 2 usuarios de 23 años y 42 años que padecen esquizofrenia.
- 2 profesionales de la intervención en EMG.

Los resultados se van a dividir en tres apartados:

Primero, se analiza el día a día y los problemas que se encuentran, seguido a este apartado, se tratan las opiniones acerca de sus trastornos desde dos puntos de vista diferentes. Desde el punto de vista profesional y desde el punto de vista del usuario, viendo las semejanzas y las diferencias entre los dos puntos de vista.

Finalmente, hablaremos sobre los prejuicios y estereotipos acerca de las personas con trastorno mental grave.

## **Resultados**

### **Sobre la vida diaria**

En el primer apartado, como hemos planificado con anterioridad, hablamos de la vida diaria de los usuarios para saber sus inquietudes y de los obstáculos que se pueden encontrar con su tipo de trastorno. En general las cinco entrevistas que he realizado, tres usuarios exponen que en realidad la vida no le cambia ni le supone ningún tipo de problema el tener el tipo de trastorno incluso un usuario expone:

*“A mí en realidad, mi tipo de discapacidad, no me supone nada ni en mi vida laboral ni en mi día a día, porque si yo no digo nada no se me nota” (usuario 5, 42 años).*

Sin embargo los otros dos usuarios restantes explican que le supone un tipo de problema en su vida ya que al haber cambios emocionales y cambios en su vida, le supone una modificación en su conducta y en su comportamiento a la cual no saben cómo afrontarlo. Según un usuario:

*“Cuando por ejemplo hay que hacer muchas cosas me agobio, escucho noticias negativas, siento miedo, inseguridades, cuando hay que hacer muchas cosas y cuando hay cosas que no me agraden me pongo igual” (usuario 1, 34 años).*

*“Desde el principio me veo diferente ya que si te comparas con la gente normal, te notas que tienes algo diferente y es porque nosotros nos hemos quedado atrancados un poco en el tiempo por el tipo de trastorno” (usuario 3, 28 años).*

Es una situación, la cual los enfermos mentales graves no pueden afrontar de una manera cotidiana ya que en situaciones que se salgan de lo normal, ellos no pueden afrontarlo de una manera razonada al tener algún tipo de trastorno y necesitan un período de tiempo de adaptación más largo que otra persona.

Hay usuarios que por el grado de trastorno, necesitan más entrenamiento emocional, es decir, saber enfocar y ver de otra manera las adversidades y que no les perjudiquen en su vida.

Un usuario expone que trabajando día a día emocionalmente y con ayuda psicológica, ha sido capaz de poder dar talleres emocionales a gente de su mismo colectivo para poder enseñarles unas premisas, unas frases para que puedan tenerlas siempre en su mente para así cuando tengan estos usuarios problemas emocionales puedan recurrir a dichas premisas:

*“He sido la tutora del taller y he terminado un taller de salud emocional, unas pequeñas premisas para que cuando estén mal las lean y las tengan presentes”.*  
(usuario 34 años)

Sin embargo este mismo usuario explica que para ella muchas veces no le supone ningún inconveniente el padecer ese tipo de trastorno porque si no las cosas las vería de otra manera:

*“Inconveniente no, sino ayuda, a veces me domina el padecer la enfermedad. Doy las gracias porque si no sería de otra manera para afrontar las cosas”* (usuario, 34 años).

Pero sobre todo, en el día a día lo que más le afecta a este colectivo entrevistado son los cambios, el tener miedo a afrontarlos y como hacerles frente a dichos cambios y el qué pensarán sobre ellos la gente ya que un usuario explica que en la mayoría de ocasiones se evaden del mundo debido a lo que piensen la gente acerca de ellos y esto hace que también les crea un estado de nerviosismo y bache emocional:

*“Yo muchas veces no salgo de mi casa o no he salido porque me da vergüenza de lo que dijera la gente de mí”* (usuario 3, 34 años).

En cuanto a problemas laborales, el único usuario que trabaja actualmente, expone que no le supone ningún inconveniente debido a que su trabajo es muy “repetitivo”, tal y como dice él ya que es un trabajo que siempre hace lo mismo, pero que en realidad no le supone dificultad su trastorno excepto cuando hay algún cambio, al cual tiene que acostumbrarse a dicho cambio y puede suponerle algún tipo de dificultad:

*“Mi trabajo me encanta, porque me gusta mucho cuidar a las personas mayores y cuidarlos pero me pongo nerviosa cuando me modifican algo de mi día a día o cuando hemos tenido como ahora la mudanza, me he notado más nerviosa y he tenido que irme sola para no pagarlo con ellos”* (usuario 5, 42 años).

## **Opiniones**

A continuación, el siguiente punto al cual nos referimos sería desde dos puntos de vista: desde el profesional, en este caso, de un psicólogo y un trabajador social inmerso con dicho colectivo. Y desde el punto de vista del usuario para ver las semejanzas y diferencias que hay entre los dos puntos de vista.

Una de las cuestiones más importantes era de si el usuario que padezca algún tipo de trastorno mental grave necesitaría para su recuperación un tratamiento más en el aspecto farmacológico o en el aspecto social-laboral. Los dos profesionales llegan a una semejanza total. Deben de hacerse más proyectos destinados al fomento social e intentar recuperarlos en otros ámbitos distintos al hospitalario. Apuntan que no habría que ceñirse únicamente en el aspecto social, ya que este colectivo es como todos los demás, es decir, cada usuario tiene un grado de

trastorno distinto y un grado de dependencia diferente, por lo cual, habrá algunos en que le sea eficaz más uno que otro.

Uno de los profesionales argumenta que llevan también un tipo de trabajo coordinado con un nutricionista, el cual argumenta que el tipo de alimentación también repercute en este tipo de usuarios.

Este nutricionista explica que la recuperación debe de tratarse desde dentro, y eso conlleva que debe tratarse desde la alimentación.

*“Nuestro nutricionista dice que si el cuerpo lo tienes sucio, hay que desintoxicarlo, y una vez que lo desintoxicas de todos los alimentos perjudiciales es beneficioso para la recuperación” (Profesional 2).*

Para muchos usuarios, al estar medicados durante todo el día debido a su grado de enfermedad mental, pasan todo el día desubicados y sin ganas de hacer ninguna actividad ya que el aporte de esos medicamentos, le hacen que su día a día sea muy tranquilo y sin ningún estrés.

La idea de fomentar actividades para los usuarios con enfermedad mental grave es una idea que también nos aporta en la entrevista el psicólogo entrevistado, haciendo hincapié en el abordaje social y potenciar más otros aspectos antes de administrarles una medicación, la cual puede dejarles sin ganas de hacer ninguna actividad para fomentar su desarrollo a la enfermedad.

*“Tendríamos que fomentar más el abordaje ‘social’ y potenciar la recuperación funcional.” (Profesional 1)*

En una de las cuestiones realizadas a los profesionales, era sobre si el tener algún tipo de trastorno mental, tal como la esquizofrenia y el trastorno bipolar interfiere en la vida laboral y en no encontrar empleo. La respuesta de los dos profesionales más o menos viene a ser igual. No es imposible, debido a que depende mucho del tipo de trastorno que tenga y sobre todo del grado que tenga, de la evolución de ese paciente, del tratamiento que tenga prescrito y de otros factores que hacen que le sean más o menos difíciles a encontrar empleo o a acomodarse al ambiente laboral.

*“Difícil sí, pero no imposible. Depende de la evolución clínica del proceso de enfermedad, nivel formativo, apoyos con los que cuenta, etc.” (Profesional 1).*

El profesional que está trabajando con ellos de una manera más continua explica que depende de esos factores y del ánimo o de la mentalidad de los usuarios ya que por ejemplo hay algunos usuarios que por tener algún tipo de trastorno mental grave, no hace él mismo por tener un cambio tanto en su forma de ser como en su vida, tanto social, familiar, laboral, etc. Es una situación por la cual estos usuarios se “acomodan” a que padecen algún trastorno mental, le asignan una dependencia de forma económica y aun estando bajo el apoyo de numerosos especialistas, estando día a día al lado suyo para ir tratando su evolución, estos tipos de usuarios no dan más de sí para cambiar la situación y se quedan en un período de su vida, el cual no hacen más cosas porque no quieren ya que el nivel de vida en el que se encuentran, ven o sienten como si lo tuvieran todo solucionado.

*“Hay usuarios que evitan trabajar porque perciben que no pueden trabajar, pero bajo mi punto de vista, pienso que no tenían que haberle dado la incapacidad total porque percibo que se han acomodado al tener ese tipo de trastorno y no quieren trabajar” (Profesional 2).*

Uno de los argumentos que nos expone el profesional 2 entrevistado es que cada usuario tiene una historia de vida diferente para poder tratarlos y para poder ver si pueden reducir o ponerle algún tipo de medicamento o de actividades para mejorar el estado de las personas con trastorno mental grave. Argumenta que cada usuario tiene unas características diferentes y hay que hacer una intervención individual ya que cada usuario tiene un grado de trastorno diferente a otro, cada uno tiene una historia de vida y laboral diferente, cada usuario tiene unas características a las que hay que abordarlas de una manera individualizada.

*“Cada uno ha tenido una historia de vida, algunos han tenido una vida laboral y otros lo han tenido muy temprana y no le ha dado tiempo a trabajar, argumenta de nuevo que el grupo es muy variado, otros usuarios han tenido que dejar el trabajo por el tipo de trastorno mental grave debido a que van fallando ya en aspectos laborales” (Profesional 2).*

Hemos visto el punto de vista de este tipo de trastorno desde una visión profesional. A continuación, tenemos el punto de vista de los usuarios, ya que ellos son los que sufren este tipo de trastorno.

Uno de los puntos semejantes que tiene los dos ámbitos, tanto profesionales como usuarios, sería el de que habría que potenciar más el aspecto social y trabajar más con los usuarios para evolucionar su estado.

## **Estereotipos**

Por esta parte, decir que los estereotipos y prejuicios acerca de estos usuarios, según el profesional 1 expone de que está muy generalizado ya que la sociedad no lo ve de una manera acertada y sienten que son usuarios incapaces de hacer las mismas funciones que ellos o que van a tener más problemas y por ello, más tiempo de adaptación.

*“Los estereotipos o prejuicios están extendidos a todas las áreas de la persona y niveles de la sociedad, incluido el laboral.” (Profesional 1)*

Por parte del profesional 2, nos argumenta de nuevo que este colectivo es muy difícil, incluso para él mismo, ya que es un grupo muy heterogéneo, por ejemplo, hay usuarios que vienen con el problema desde el mismo ámbito familiar, es decir, la misma familia no acepta el estado de sus hijos, hermanos, primos, etc. Y no quieren aceptar de que tienen un problema y de que hay que ponerle una solución o tratarlo, sino el método más característico de dichas familias es de esconder la realidad, de ignorar el problema y no darle una solución, como por ejemplo, ponerse en contacto con los servicios especializados o ir a asociaciones destinadas a dicho trastorno para tratar a este tipo de personas con trastornos mentales graves.

*“La familia es la primera que no acepta esa realidad y lo esconden y no dejan ver que su familiar tiene esa realidad y evitan ponerlos en sociedad. Tiene*

*desconocimiento e ignorancia acerca del tema y de los usuarios con trastorno mental grave” (Profesional 2).*

La familia debe ser el primer punto de apoyo para ese tipo de usuarios y expone que desde su punto de vista, ya que coordina las actividades de dicho grupo, y sobre todo en una zona rural, ya que la asociación está en un pueblo, la mentalidad de los ciudadanos y de las familias en general cuando se les presenta este tipo de diversidad, es una mentalidad retrograda y las medidas y soluciones que aplican las familias no son ni las correctas ni las adecuadas para este tipo de usuarios con trastorno mental grave porque en ocasiones, a dicho colectivo, estas soluciones impuestas por la familia pueden afectar más al usuario y así empeorar su estado de salud y psicológico.

En el siglo en el que vivimos, hay muchos métodos, ayudas, asesoramientos para ayudar a las personas con diversidad y a dicho colectivo, ya que hay que cambiar la mentalidad de las personas para que el proceso de mejora y de ayuda a este colectivo, sea de una manera globalizada y que todos puedan solucionar los problemas de una manera conjunta y coordinada.

Uno de los argumentos que nos aportó el profesional 2 fue que en los últimos meses han registrado muchas visitas por parte de familiares de usuarios con trastorno mental grave pidiendo información y asesoramiento sobre las instalaciones de la asociación y sobre este tipo de discapacidad como tal, para tener un conocimiento acerca del trastorno mental grave, de cómo afecta a la persona, de los tratamientos más adecuados para el usuario y sobre todo reclaman más información sobre el cuidado del usuario o las pautas que hay que ir llevando a cabo para una mejor evolución de su familiar afectado con dicho trastorno.

*“Los pacientes que tenemos nosotros vienen derivados del hospital o de las mismas familias para informarles y ayudarles, principalmente esquizofrenia, trastorno bipolar, asociado algún tipo de consumo o trastorno de la personalidad” (Profesional 2).*

El argumento que nos proporciona el profesional 2 es que la sociedad tiene que modificar su mentalidad y posicionamiento acerca de dicho colectivo para una mejora psicológica y emocional para los usuarios con trastorno mental grave y para la sociedad también, ya que al desconocer muchos problemas, tenemos que asimilar a cada persona como es, tenga o no tenga algún tipo de diversidad y que podamos proporcionarle ese plus para poder así mejorar su día a día.

*“Es un trabajo de todos, el colectivo mismo tenemos que trabajar para cambiar el chip” (Profesional 2).*

Sabiendo ya el punto de vista por parte de los profesionales, cabe recordar que los usuarios con trastorno mental grave son los “protagonistas” de estos términos, ya que la gente los tachan así socialmente o incluso son ellos mismos se autodefinen con dichos términos.

Por parte de los usuarios, no difieren mucho sus ideas acerca de los prejuicios y estereotipos. El cambiar el chip de la sociedad para verlos y tratarlos como otro más es una idea que tienen ellos en su mente continuamente ya que una de las cosas por las cuales ellos se alteran mucho

psicológicamente es por ese tipo de conocimientos acerca de ellos. Argumenta que es como un círculo vicioso, ya que la mayoría de los usuarios que padecen trastornos mentales graves se ven de una manera diferente y no les ayuda el que la sociedad les etiquete de una manera desfavorable, ya que si ellos mismos se ven con unas características diferentes, es difícil que puedan evolucionar si la sociedad los define con términos expuestos con anterioridad.

*“Yo estoy de acuerdo de que tienen que quitarnos esos prejuicios y estereotipos, cuando te sucede esto, te sientes que no eres útil, tienes continuas depresiones, tienes un pensar muy malo cuando te ves así” (Usuario 3).*

Es una situación que tal y como argumenta el entrevistado 3, cuando la sociedad te mira con una visión con estereotipos y prejuicios, ellos se sienten peor y la mente puede hacer jugar malas pasadas.

Se sienten muy inferiores a la sociedad, tal y como él nos dice, es que cuando eres consciente de que tienes este tipo de trastorno mental grave, es una situación difícil, y es una situación en la cual tú sabes perfectamente que no vas al ritmo normal de la demás gente, pero tampoco ve normal que la gente no haga lo posible para eliminar esas barreras.

Cuando nuestro entrevistado, es consciente de que tiene ese tipo de trastorno, argumenta que es una situación de la cual quiere salir porque si no puedes recaer en cualquier situación desagradable.

*“Hay que intentar que tu conciencia se desarrolle y se limpie por así decirlo, te quedas encerrado y hay que salir de ahí, es un círculo vicioso” (Usuario 3).*

Como anteriormente he mencionado, el usuario entrevistado explica el sentimiento que tienen ellos mismos acerca de que se ven en un escalón más bajo psicológicamente y necesitan una ayuda, no solo profesional, sino también social para poder aportar conocimientos y habilidades. Una de las cosas que nos aporta este usuario es que no todas las personas tienen ese tipo de visión acerca de las personas con diversidad, y en concreto con las personas con trastornos mentales graves, sino que también hay personas, que no son usuarios profesionales, sino personas que están especializadas en otras disciplinas, las cuales pueden aportar aspectos beneficiosos a las personas con trastorno mental grave.

*“Ellos se ven desde el principio inferior a la gente debido a que ven a la gente más ágil que ellos y explica el usuario que es debido a que ellos han pasado algún tiempo con ese tipo de trastorno. Recomiendo me ha ayudado practicar el deporte y salir a la calle y disfrutar de la vida y sobre todo anima meditar y practicar yoga, que le ayudo mucho. Empezó a crecer junto con el yoga” (Usuario 3).*

En el caso de la usuaria entrevistada con 42 años nos proporciona su punto de vista acerca de los prejuicios, y expone más o menos los mismos argumentos que el anterior entrevistado. Tal y como dice ella, nadie tiene que mirarte diferente, porque en realidad eres igual que ellos aunque sea con algún tipo de diferencia. Ella por ejemplo, nos cuenta, como anteriormente expuesto en otro bloque, no se le nota su tipo de diversidad y por lo tanto no hay que ni que mirar diferente ni apartar de ningún ámbito. Aporta que desde su punto de vista y desde su

situación, ella tuvo problemas en trabajar en algunas empresas por su trastorno mental grave, ya que las empresas no le daban la facilidad y apoyo para poder empezar su etapa laboral.

*“No habría que tener ningún tipo de problema con nosotros porque somos personas iguales que otros. Yo he tenido suerte de encontrar una empresa que me ha dado la oportunidad de trabajar y me han tratado como una persona sin ningún tipo de diversidad. Eso hace mucho para mí, porque así me siento valorada y de esta forma tengo menos crisis al tener menos problemas por qué preocuparme”. (Usuaría 42).*

En los demás entrevistados en general, llegan a una conclusión similar. No les gusta que nadie los mire ni los trate de una manera distinta que a los demás, porque si no esas acciones hacen que ellos decaigan más en su tipo de trastorno. Ellos necesitan sentirse iguales y realizados aunque ellos mismos reconocen que en algunas etapas tienen baches emocionales pero que se podrían solventar con total eficacia si tuvieran más apoyo cercano.

Uno de los entrevistados argumentó que en su etapa laboral fue cuando empezó a darse cuenta que algo fallaba porque no rendía al mismo nivel que antes y tenía épocas de altibajos. Al final, le reconocieron trastorno mental grave y la sorpresa fue cuando uno de sus jefes le ayudo en todo lo que podía para seguir llevando su día a día con total normalidad.

*“Yo cuando trabajaba, sentía que había días que no estaba a mí mismo nivel. Cuando me dijeron lo que tenía y se lo comenté a mi jefe, él me ayudó mucho para seguir trabajando” (Usuario 23 años).*

Más o menos, esta fue una de las preguntas que les realizamos a los usuarios con trastorno mental grave para saber qué comportamiento o qué acciones tomarían ellos a causa de la discapacidad de una persona que fuera a buscar trabajo.

La mayoría nos argumenta lo mismo, es decir, todo el mundo debería de trabajar e intentaría ayudarlos, pero cada entrevistado tiene unos matices diferentes.

Dos de los usuarios entrevistados llegan a la misma conclusión, en que hay que insertarlos en el mundo laboral sí o sí. Ellos, al ponerse en el papel del empresario no dudarían en meterlos en la empresa e ir ayudándolos en todo lo necesario para así hacerlos sentir iguales al resto de los empleados.

*“Nosotros rotundamente lo meteríamos en la empresa. Sin ninguna duda le haría un contrato y le ayudaría en todo lo que necesitará” (Usuario 20 y 23 años).*

Otra de las entrevistadas, argumenta que ella le daría trabajo, pero enfocándose en el aspecto psicológico en caso de algún problema, es decir, ella misma ayudaría al trabajador con trastorno mental grave en las situaciones relacionadas a su discapacidad e intentaría tranquilizarla y darle en algunas ocasiones otras funciones.

*“Intentaría tranquilizarla, que no llevara a cabo todo el trabajo al completo, que no se preocupara. Hay que ser positivo y tomárselo todo con tranquilidad” (Usuario 34 años).*

## Conclusiones

Para concluir es necesario diferenciar los distintos objetivos que se han planteado en la investigación para obtener una conclusión. En primer lugar, se quiso conocer los problemas y los hábitos que tienen en el día a día los usuarios con trastorno mental grave. En general, por lo que se ha podido ver en las diferentes entrevistas, no les supone ningún tipo de problema en el día a día su tipo de trastorno. A no ser que exista algún tipo de cambio o de modificación en su rutina, la cual provoca un estado de alteración de sus emociones. También se ha podido observar, que en el número de entrevistas que realicé, es un número reducido quien se encuentra integrado en el mundo laboral, por lo que considero que las personas con trastorno mental grave no están integradas en el ámbito laboral.

En segundo lugar, se ha conocido los dos puntos de vista acerca del tema planteado. Se ha podido conocer que el principal objetivo es el abordaje funcional y que se fomenten proyectos y actuaciones más relacionadas con lo social. Considero que el enfoque de trabajar con dicho colectivo desde distintos ámbitos, tales como el deportivo, nutricionista y social, son más importantes y relevantes para mejorar la calidad de vida de estas personas y así no someterlos a un tratamiento médico de por vida. También me ha parecido relevante la idea de que hay un porcentaje de usuarios que no apuestan por un cambio en su estado de salud, y quedan relegados y estancados en un estado por el cual no le ponen ningún tipo de solución.

En tercer lugar, acercarse a un apartado dedicado a los prejuicios y estereotipos acerca de este colectivo. Una de las cosas más comunes es que desde el principio, los usuarios con trastorno mental grave, quedan en un estado del cual no saben salir, una situación de ahogo y no quieren salir de su hogar por el qué dirán. Pero bajo mi punto de vista, lo más relevante en este apartado es que muchos no tienen apoyo desde su ámbito familiar. Es un problema que puede afectar a muchos usuarios y puede agravarles su situación. Ellos mismos son conscientes de que tienen un problema o que son más sensibles a los cambios y situaciones que se producen en el día a día pero desean que la sociedad tenga un punto de vista diferente acerca de ellos y no los tachen de "locos del pueblo".

## Referencias bibliográficas

- Anderson, M. (2003). One flew over the psychiatric unit: Mental illness and the media. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(3), 297-306.
- Angermeyer, M. C., Dietrich, S., Pott, D., y Matschinger, H. (2005). Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 20(3), 246-250.
- Byrne, D. European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion. Conference of the Commissioner for Health and Consumer Protection. *Tampere*, 10-13 October 1999
- Capellá A. La reforma de la salud mental en Cataluña. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2001; XXI(79): 101-128
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., y Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 53(3), 231-239

Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A. and Tanbe, C.A. (1981): "Defining and counting the chronically mentally ill". In *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22

Lasalvia, A., Ruggeri, M., Mazzi, M. A., y Dall'Agnola, R. B. (2000). The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services: The SouthVerona Outcome Project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (5), 366-375.

Rosales, C., Torres, F., Luna, J., Baca, E., y Martínez, G. (2002). Evaluación de necesidades de personas con enfermedad esquizofrénica (CAN). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (3), 182-188.

Ruggeri, M., Gater, R., Bisoffi, G., Barbui, C., & Tansella, M. (2002). Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 131–140.

Stroup TS, Morrissey JP. Systems of care for persons with schizophrenia in different countries. En: JA Lieberman, RM. Murray (Eds) *Comprehensive care of Schizophrenia*. 315-325. London, Martin Dunitz, 2001.

# AFRONTAMIENTO ACTIVO EN EL DOLOR CRÓNICO DE LA ESPALDA. UN ACERCAMIENTO A SU ESTUDIO.

**Ahmed José Pomares Ávalos.**

*Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba.*

**Dionisio Félix Zaldívar Pérez.**

*Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.*

## **Resumen**

El tema del dolor crónico de la espalda se ha convertido en un área de especial interés para los servicios de salud a nivel universal; su carácter de cronicidad e incierta etiología lo convierten en un complejo tema de investigación e intervención, donde parecen jugar un papel importante los factores psicológicos, en particular, el afrontamiento. El presente trabajo tiene como objetivo la sistematización teórica acerca del papel del afrontamiento activo en pacientes con dolor crónico de la espalda, lo que contribuye al enriquecimiento de este constructo. A la vez, se aporta un conjunto de indicadores que penetran en los mecanismos del afrontamiento activo al dolor, y posibilitan una mejor comprensión de este constructo psicológico en sus diferentes niveles de expresión en el comportamiento. Para ello se consultó la bibliografía especializada, entre ellas artículos de revistas, libros y otras, accedidas a través de los principales gestores de información.

**Palabras clave:** dolor crónico, dolor de espalda, afrontamiento.

## **Abstract**

*The issue of chronic back pain has become an area of special interest for health services at a universal level; its chronic nature and uncertain etiology make it a complex subject for research and intervention, where psychological factors, particularly coping, seem to play an important role. The objective of this work is the theoretical systematization about the role of active coping in patients with chronic back pain, which contributes to the enrichment of this construct. At the same time, a set of indicators is provided that penetrate the mechanisms of active coping with pain, and allow a better understanding of this psychological construct in its different levels of expression in behavior. For this, the specialized bibliography was consulted, including magazine articles, books and others, accessed through the main information managers.*

**Keywords:** chronic pain, back pain, coping.

## **Introducción**

El dolor crónico de la espalda está considerado como un grave problema de salud, no solo por su alta prevalencia en la población, la cual se estima entre el 5% y un 40% (Fatoye *et al.*, 2019), sino también por las múltiples alteraciones funcionales que genera (Nima y Ruíz, 2019). De acuerdo a un estudio publicado por *The Lancet* (2017), el dolor crónico de la espalda

representa desde el año 1990 la primera causa a nivel global de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), cifra que ha aumentado en un 54% en 25 años y se prevé que continúe creciendo (Hay *et al.*, 2017).

Algunas investigaciones demuestran, que las personas que padecen este tipo de dolor sufren reiterados fracasos terapéuticos, que conducen a la depresión, frustración e ira (Konietzny *et al.*, 2016; Pomares *et al.*, 2018), por lo que es posible señalar que supone una fuente considerable de estrés que afecta el bienestar físico y psicológico del individuo (León, 2019).

Ante esta situación, la persona tendrá que realizar un esfuerzo de adaptación, que dependerá en gran medida de las estrategias que utilice para su manejo, si son efectivas conseguirá el bienestar emocional y personal, pero si fracasan, aumentará el nivel de malestar y el distrés (Cantero *et al.*, 2019).

Por tanto, el proceso de afrontamiento cobra vital importancia. A través de este, la persona intentará manejar las discrepancias entre las demandas que impone el dolor y los recursos de los que dispone; valorando y poniendo en marcha una serie de acciones cognitivas, afectivas y conductuales, con el fin de reducir el estrés o evitar su incremento (Cantero *et al.*, 2019). Sin embargo, no todas las acciones o estrategias son exitosas, en ocasiones suelen ser desadaptativas e ineficaces (Moix, 2005; Cifuentes *et al.*, 2018)

En este sentido, la literatura científica reconoce el papel del afrontamiento activo en el manejo del dolor (Pascual y Caballo, 2017). Esta forma de afrontar, se distingue por la implicación activa del sujeto, su capacidad de regular y autorregular las emociones y el comportamiento en función de transformar su realidad. Implica la forma en la cual el individuo logra manejar las demandas psicológicas que impone el dolor y llevar a cabo comportamientos que favorezcan el conocimiento y desarrollo de habilidades para prevenir o aliviar el impacto físico y psicológico provocado por este.

## **1. Afrontamiento activo al dolor crónico de la espalda. Enfoques explicativos. Definición.**

El estudio del afrontamiento al dolor crónico está en íntima relación con el estudio del afrontamiento a la enfermedad. Su abordaje se ha realizado desde dos enfoques teóricos bien definidos: el estructural y el procesual (Kardum y Krapic, 2001).

El enfoque estructural se deriva de las concepciones psicoanalíticas, en las cuales el afrontamiento se conceptualiza en términos de diferencias individuales relativamente estables, generalizadas y donde las variaciones en situaciones estresantes ejercen poca influencia, por tanto, los estilos de afrontamiento derivan de las características de la personalidad. Desde este enfoque se consideran dos estilos principales de afrontamiento: dirigido a la planificación de soluciones ante la situación problema y orientado a evitar la situación estresante y retrasar su resolución, también llamado evitativo (Jorques *et al.*, 2015).

Aunque esta concepción del afrontamiento como una forma relativamente estable de actuar y pensar ofrece poca esperanza para la intervención terapéutica, puede contribuir a la predicción de algunos comportamientos a largo plazo como sucede en con los comportamientos

relacionados con la prevención de la salud y en las situaciones de estrés crónico (Jorques *et al.*, 2015).

Desde el enfoque procesual, se destaca la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1986), si bien es cierto que estos autores no fueron ni los primeros ni únicos investigadores en proponer una teoría transaccional en relación con el estrés, sí fueron los máximos difusores de esta visión a nivel internacional. En correspondencia con ellos, el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Según este enfoque, cuando un individuo valora una situación como estresante por exceder sus recursos, el individuo realiza una serie de acciones para manejar las demandas internas o externas con el fin de reducir o evitar el incremento del estrés y poder así recuperar el equilibrio previo (Lazarus, 1993). Este proceso de elaboración mental es conocido como afrontamiento y su resultado será considerar la situación como un reto o desafío si valora que le puede aportar consecuencias deseables o por el contrario como una amenaza o pérdida si considera que le puede aportar consecuencias dañinas (Martín, 2002).

Desde esta perspectiva Lazarus y Folkman (1986) destacan que el afrontamiento tiene dos funciones fundamentales: el afrontamiento focalizado en el problema, dirigido a modificar los eventos ambientales causantes del estrés, se intenta de alguna manera solucionar el problema o disminuir su impacto y el afrontamiento focalizado en las emociones, encaminado a reducir o eliminar los sentimientos negativos causados por las condiciones estresantes. Aunque precisaron, que ambos tipos de estrategias no deben ser excluyentes, puesto que una misma estrategia puede estar cumpliendo dos funciones a la vez (Martínez y Goma, 2018).

Posteriormente el modelo transaccional hace énfasis en el papel de las emociones durante el proceso de estrés. En este sentido Folkman (2010) sostiene, que el estrés es un fenómeno contextual, que se trata de una transacción o proceso entre la propia persona y el entorno, por lo que, la eficacia de las estrategias de afrontamiento y los resultados asociados a ella dependen tanto de aspectos estables (características personalológicas, valores y creencias personales) como, sobre todo, de elementos inherentes a la propia situación (Ortega y Salanova, 2016).

El enfoque transaccional del estrés ha sustentado teórica y metodológicamente la mayor parte de las investigaciones sobre el afrontamiento en pacientes con dolor crónico (Soriano y Mosalve, 2002; Truyol *et al.*, 2008). Relación que se justifica teniendo en cuenta, que el enfoque transaccional brinda una explicación del estrés, y el dolor se considera una de las fuentes de estrés más importantes en el ámbito de la salud. Además, tanto los modelos actuales del dolor como el enfoque transaccional del estrés tienen un carácter multidimensional e incorporan variables cognitivas, emocionales y conductuales (Mehta, 2018).

Siguiendo esta línea de pensamiento el afrontamiento al dolor ha sido definido en términos de respuestas cognitivas, conductuales y emocionales (Orozco *et al.*, 2016; Baastrup *et al.*, 2016), comportamientos adaptativos, de capacidad de control, manejo y resolución de problemas (Pascual y Caballo, 2017), que llevan a cabo los pacientes con el fin de salvaguardarse, reducir

o asimilar la demanda estresante que supone el dolor crónico, que les permita el mayor funcionamiento posible.

En este sentido las investigaciones se han orientado a determinar las formas de afrontamiento más efectivas en la adaptación al dolor crónico. Algunos autores evalúan los resultados por su influencia en los parámetros sensoriales, en especial la intensidad del dolor (Sahar *et al.*, 2016), otros se basan en la relación con los estados emocionales o el nivel de actividad que mantiene el sujeto (Ugarte, 2017). La mayor limitación de estos estudios radica precisamente en la multiplicidad y falta de integración de los elementos que son tomados en cuenta para evaluar la efectividad del afrontamiento, lo que no permite determinar con claridad los indicadores de expresión de este proceso.

No obstante, los resultados de estas investigaciones muestran dos formas fundamentales de afrontamiento al dolor crónico, nombradas por Nicassio y Brown (1987) afrontamiento activo y pasivo. El afrontamiento activo está conformado por estrategias que reflejan la implicación activa del sujeto en el manejo y control del dolor, como la práctica de ejercicios físicos, la distracción a través de actividades placenteras que permiten desplazar el foco de atención, entre otras. En el afrontamiento pasivo se utilizan estrategias que no modifican la fuente de estrés y evaden la situación que provoca el dolor (Soriano y Monsalve 2002).

Si bien estos estudios aportan una diferenciación entre las formas de afrontar el dolor, no describen cómo transcurre el proceso de afrontamiento, ni cómo se expresan los elementos que lo integran, reducen el éxito del afrontamiento solo a las estrategias empleadas, obviando otros elementos que intervienen en dicho proceso como las emociones. El afrontamiento activo, tal y como lo describen estos autores, hace alusión más a una acción que conlleva mayor o menor esfuerzo, que a un proceso verdaderamente activo, donde el sujeto asume un rol consciente, orientado que participa en la regulación y autorregulación del comportamiento en función de asimilar y transformar su realidad.

Una propuesta interesante, que supera en buena medida las limitaciones identificadas en los estudios anteriores, se puede encontrar en la investigación sobre afrontamiento activo en mujeres con cáncer de mama (Montiel, 2016). Esta autora concibe el afrontamiento como un proceso dinámico, activo y personalizado, cuyos indicadores de expresión son: la valoración, las estrategias de afrontamiento, las emociones y el autocuidado, los cuales enriquecen desde la mediatización personológica y el enfoque histórico-cultural.

En cambio, el dolor crónico de la espalda constituye una vivencia emocional desagradable, que representa una fuente considerable de estrés, genera limitaciones en las diversas actividades de la vida cotidiana y requiere de continuos esfuerzos que permitan su manejo y ajuste. Por tanto, el proceso de afrontamiento adquiere regularidades y manifestaciones propias y no solo debe incorporar la vivencia emocional que genera dicha dolencia, sino también todas las conductas de autocuidado, desarrolladas por la persona con el fin de prevenir o aliviar los síntomas del dolor, así como mantener o recuperar, al menos parcialmente, la capacidad de funcionamiento.

Por lo que se puede definir el afrontamiento activo al dolor crónico como un proceso dinámico, intencionado y activo en el cual el sujeto despliega un conjunto de estrategias de afrontamiento

que le permiten manejar, superar y disminuir las demandas psicológicas impuestas por el dolor y llevar a cabo conductas de autocuidado que favorezcan el conocimiento y desarrollo de habilidades para prevenir o aliviar los síntomas del dolor, reducir las alteraciones emocionales asociadas a este y la discapacidad funcional en las diferentes esferas de la vida cotidiana. Son indicadores de expresión de este proceso: las estrategias de afrontamiento, el autocuidado, las alteraciones emocionales y la discapacidad funcional.

Desde la perspectiva abordada, se entiende que el afrontamiento activo al dolor crónico de la espalda, no siempre se encuentra en su máxima expresión, ni es algo que una vez que se consigue se tiene para toda la vida, sino que transita por períodos de adelantos y retrocesos, en el que cada uno de los indicadores que lo integran tiene una función específica dentro del proceso y no deciden de manera individual, sino que los resultados se obtienen desde su integración.

## **2. Estrategias de afrontamiento, autocuidado, alteraciones emocionales y discapacidad funcional. Su significado para el afrontamiento activo.**

La literatura científica reconoce que mediante las estrategias de afrontamiento las personas hacen uso de todas sus capacidades y recursos disponibles para poder dar solución a las problemáticas que se presentan en la vida o al menos para sobrellevarlas de la mejor manera posible. Las estrategias de afrontamiento han sido abordadas a partir de los modelos teóricos del afrontamiento que las sustentan, lo que ha llevado a definir las de dos formas fundamentalmente: como estilos o como estrategias (Fernández Abascal, 1997) –citado por (Encinas, 2019).

En correspondencia con lo anterior se consideran estilos de afrontamiento aquellas características personales para hacer frente a las situaciones y responsables de las preferencias individuales en la elección de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional, mientras las estrategias de afrontamiento constituyen los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones que las desencadenan (González, 2014).

Mientras que algunos autores encuentran diferencias entre estos dos conceptos, otros los consideran complementarios. Planteando que, si bien las estrategias representan la dimensión dinámica, en ellas se integra el estilo de afrontamiento, entendido como las formas estables de afrontar el estrés (Montiel, 2016). De este modo, se coincide con Roca (2003), al plantear que los recursos de afrontamiento se caracterizan por su diversidad e interpenetración y no deben verse, en modo alguno, como una suma de recursos aislados, sino que es deseable comprenderlos en una visión sinérgica (Roca, 2003).

Por tanto se consideran los estilos de afrontamiento como parte de los recursos personológicos, o sea, aquellas particularidades de la subjetividad individual que posibilitan una interrelación productiva, un afrontamiento constructivo de la realidad. Tales recursos, elevan el carácter activo del sujeto, su capacidad de autodeterminación, de asumir decisiones y responsabilizarse con sus acciones. Dotan al sujeto de cierta flexibilidad para reconceptualizar diversos contenidos psicológicos, sus alternativas y estrategias de

comportamiento, en una coherencia a partir de los elementos que pueden afectar la personalidad (Fernández, 2006).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), existen dos funciones generales de las estrategias de afrontamiento, las centradas en el problema y las centradas en la regulación emocional. Por su parte, Crespo y Cruzado (1997), añaden las estrategias centradas en la evitación, orientadas a la regulación emocional, al escape, la huida, o el bloqueo de la situación que genera malestar. Posteriormente, Folkman y Moskowitz (2004) señalaron, que la distinción entre tales tipos de estrategias no era suficiente y recomendaron estudiar otras dimensiones, a partir de lo que definieron como afrontamiento centrado en el significado (Martínez, 2017).

Por su parte Soriano (2002) les adjudica tres funciones fundamentales a las estrategias de afrontamiento: efecto restaurador, preventivo e intermediario. Laux y Weber (1991) le atribuyen una función emocional, instrumental y social mientras que Páez, Fernández, Ubillas y Zubieta (2004), plantean que tiene funciones de conocimiento o aprendizaje, de construcción de sentido, de desarrollo personal y de adaptación (Montiel, 2016).

En el ámbito del dolor crónico la literatura científica recoge diversas formas de categorizar las estrategias de afrontamiento. Su efectividad es el elemento más valioso y que mayor connotación práctica ha tenido, tanto para manejar la situación problemática como para regular las emociones displacenteras. En este sentido se hace referencia a las estrategias adaptativas o no adaptativas, activas y pasivas, efectivas o no efectivas (Soriano y Mosalve, 2002; Truyols *et al.*, 2008).

En el caso específico del dolor crónico de la espalda, el paciente debe aprender a convivir con su dolencia, con el fin de preservar su integridad física y psicológica, en un intento de recuperar las funciones deterioradas o compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. Lo anterior supone que las estrategias de afrontamiento deben transformar la forma de pensar, sentir o actuar del individuo en función de lograr una interacción armónica con su medio (Montiel, 2016), debe permitir al sujeto trascender desde la actividad adaptativa a la actividad propositiva, toda vez que posibilita al sujeto dar cuenta de sí mismo, del entorno y anticipar las consecuencias del comportamiento (Fernández, 2006).

En este proceso de transformación y readecuación el sujeto debe asumir un rol protagónico en el cuidado y mantenimiento de su estado de salud y bienestar con el fin de alcanzar el mayor nivel de adaptación y funcionamiento posible a pesar del dolor. De esta forma, el autocuidado cobra vital importancia para el cuidado integral del ser humano, quien se convierte en gestor de su propio cuidado, gana en autonomía y control, fomenta y conserva su salud (Montiel, 2016; Cancio *et al.*, 2020).

El autocuidado se erige como una estrategia que permite al individuo desarrollar conductas que favorecen el conocimiento y habilidades para convivir con el dolor crónico de la espalda y asumir un rol activo en los cuidados básicos de la salud como la práctica de ejercicios físicos, la higiene postural, el control del peso corporal, el control elemental de las emociones, el desarrollo de actividades placenteras que permitan su integración social y su crecimiento espiritual (Álvarez *et al.*, 2019; Chávez, 2019).

El autocuidado ha sido abordado desde diferentes ámbitos, desde las ciencias antropológicas se ubica dentro de un contexto amplio, llamado autoatención, que incluye no solo el proceso de diagnóstico y atención de una enfermedad y/o daño a la salud realizado por la propia persona o su familia, sino también una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social (Shye *et al.*, 1991). Si bien desde esta perspectiva se destaca el rol activo del sujeto, centran el autocuidado en las acciones dirigidas a restaurar los daños producidos por la enfermedad y obvian las acciones centradas en los aspectos preventivos y de promoción de la salud.

Desde las ciencias biomédicas y en especial la enfermería, se destacan los aportes de Orem (1969), al definir el autocuidado como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas, los demás o el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida y su salud. Este modelo no solo asume el carácter activo del sujeto, sino que resalta la función reguladora y autorreguladora del proceso de autocuidado, a partir de un sistema de acciones que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su estado de salud, desarrollo y bienestar (Naranjo *et al.*, 2017).

En estrecha relación con el modelo anterior se encuentra el Modelo Promotor de Salud de Pender (1982), que refleja el autocuidado con un enfoque preventivo y promotor de salud. El cuidado del individuo parte de la práctica de estilos de vida saludables en personas responsables de sí, que se deben cuidar previniendo enfermedades y que deben llegar a un mayor grado de bienestar a través de los comportamientos promotores de salud (Prende, 1982). Ambas teorías coinciden al destacar el carácter activo del sujeto, la necesidad que las personas comprendan su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones, para que elijan un curso de acciones apropiadas.

Finalmente, desde la psicología, las investigaciones sobre el autocuidado se han llevado a cabo por un lado a través del análisis de las variables psicológicas, tales como el autoconcepto, la autoeficacia y el locus de control y por otros, en el estudio de algunos procesos psicológicos que pueden tributar al autocuidado psicológico, tales como: las estrategias de afrontamiento, el optimismo, la resiliencia y el autocontrol, entre otros (Cancio *et al.*, 2020).

Por otra parte, en el proceso de afrontamiento activo es importante considerar el papel de las emociones en la respuesta del individuo a las demandas que impone el dolor crónico de la espalda. Si las estrategias que se utilizan no producen conductas adaptativas, que permitan el manejo y control de dichas demandas, pueden aparecer las alteraciones emocionales, consumo excesivo de psicofármacos u otras sustancias nocivas, aislamiento y conflictos interpersonales con quienes rodean al paciente, en especial la familia.

La investigación sobre emoción y salud ha avanzado y se ha centrado en dos grandes aspectos. En primer lugar, en establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, al intentar relacionar la aparición de determinadas emociones (ansiedad, ira, depresión, etc.) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, del sistema inmunológico, alteraciones gastrointestinales, entre otros). En segundo lugar, en el papel que tiene la expresión o inhibición de las emociones en la salud (Pérez y Pérez, 2018).

La literatura científica recoge un número significativo de teorías sobre la emoción dentro de las que se destacan: la línea evolucionista, la psicofisiológica, la neuropsicológica, la psicodinámica y la cognitiva (Cano, 1997) –citado por (Montiel, 2016). No obstante las diferencias entre sí, la mayoría reconoce la función adaptativa de las emociones, determinante en el nivel de bienestar o malestar y su rol dinamizador de la conducta, generando una activación psicobiológica que permite al individuo optimizar su relación con el medio (Moleiro, 2004).

Mientras que algunos autores establecen la distinción de las emociones de acuerdo con la experiencia hedónica en: emociones positivas y negativas, otros lo hacen atendiendo a su contenido y el significado atribuido a la situación en: placenteras y displacenteras (Montiel, 2016).

En correspondencia con lo anterior, las emociones negativas han sido consideradas como una de las dimensiones que configuran la experiencia del dolor. El estado emocional no solo predice el dolor, sino también la discapacidad funcional, el éxito de técnicas médicas y psicológicas en el tratamiento e incluso la frecuencia de uso del sistema sanitario y los costes asociados (Castroman *et al.*, 2018). Lo anterior se justifica por el estrecho vínculo entre el sistema de modulación nociceptiva y el sustrato neuroquímico de las emociones y su papel en el sistema natural de regulación o modulación del dolor (Vernaza *et al.*, 2019).

Por tanto se considera la reducción de las alteraciones emocionales como un indicador del afrontamiento activo, ya que en la medida que este proceso alcanza su máxima expresión, el individuo debe ganar herramientas que le permitan regular las experiencias emocionales en un intento de mitigar las tensiones que pueden estar relacionadas a las demandas que impone el dolor.

Lo anterior subraya la importancia del autocontrol emocional y se expresa en la capacidad del individuo de autorregular de manera consciente y activa el proceso emocional. No significa la represión de emociones, ni la ausencia total de estas, sino su evaluación, afrontamiento y expresión de acuerdo con el significado que la situación alcanza para el sujeto, de la manera más constructiva y saludable, lo que posibilita una mejor adaptación del individuo al medio.

Desde esta perspectiva se tiene en cuenta el valor otorgado por Vygotsky a la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en la regulación consciente de la personalidad (Vygotsky, 1987), también defendido y argumentado por González (1997) quien señala que: los procesos cognitivo y afectivo se interpenetran funcionalmente y se constituyen en diversas formas a nivel subjetivo a través de la actividad reflexiva del sujeto, aunque en esta no se agotan las vías de desarrollo de las complejas unidades funcionales de la personalidad (Rodríguez, 2007).

En otro orden, varios autores reconocen la discapacidad dentro de las principales consecuencias del dolor crónico de la espalda y su influencia negativa en el desarrollo de las actividades básicas del autocuidado, las tareas del hogar, las funciones en el trabajo y las interacciones sociales (Moix 2005; Santiago *et al.*, 2018).

La literatura científica registra dos grandes modelos teóricos para el abordaje de la discapacidad: el individualista y el social. Desde una perspectiva individualista se destacan los modelos tradicionales, moral o religioso y el médico, rehabilitador o individual, que consideran

la discapacidad como una tragedia personal o deficiencia individual. De acuerdo con estos modelos, las personas con discapacidad son consideradas biológica y psicológicamente inferiores (Pérez y Chhabra, 2019). Aspectos con los que no coincide el autor.

Desde el modelo social, se destacan el modelo social británico y el modelo minoritario norteamericano, que definen, interpretan y tratan la discapacidad en relación con la sociedad, asumen que la sociedad es la discapacitada, puesto que sus políticas y contextos socio-culturales prolongan la discriminación de las personas con impedimentos. Si bien, este enfoque constituye un paso de avance en el abordaje de la discapacidad, reducen la experiencia de ser discapacitado a un fenómeno macrosocial, desconocen cualquier concepción derivada de las normas biológicas, rechazan la posibilidad de prevenir, rehabilitar o curar a la persona (Pérez y Chhabra, 2019).

En un intento por integrar ambos modelos y a partir de una concepción biopsicosocial del individuo, la OMS (2001), en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) concibe la discapacidad como las deficiencias en las funciones y/o estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona que tiene una condición de salud en interacción con factores ambientales y personales (OMS, 2001).

Desde esta perspectiva se asume un cambio en la concepción de la discapacidad, desde una postura proteccionista y asistencialista a un modelo centrado en el individuo, que promueve la autonomía personal y resalta el carácter activo del sujeto en el proceso de rehabilitación.

En otro orden, Moix (2005) propone abordar la discapacidad desde el modelo transaccional del estrés. Asume que la discapacidad y el dolor no necesariamente confluyen dentro de un mismo cuadro, sino que el dolor provocará mayor o menor discapacidad según cómo se evalúe y afronte (Moix, 2005).

Esta línea de pensamiento resalta el carácter plurideterminado de la discapacidad, dado por la influencia de la magnitud del daño tisular y de factores cognitivos, conductuales y emocionales. Permite asumir la discapacidad como un indicador de expresión del afrontamiento, en tanto reconoce el carácter activo del sujeto, responsable del mantenimiento y recuperación de las funciones afectadas.

De acuerdo con esta idea, en la medida que el proceso de afrontamiento favorezca el desarrollo de conductas adaptativas y de ajuste a las demandas que impone el dolor crónico de la espalda, el individuo debe incorporar recursos que le permitan mantener, recuperar o potenciar las competencias y habilidades para realizar con la mayor independencia y autonomía posible las actividades de la vida cotidiana y reducir la discapacidad funcional.

## **Conclusiones**

Se puede concluir diciendo que el afrontamiento activo se distingue por la implicación activa del sujeto, su capacidad de regular y autorregular las emociones y el comportamiento en función de transformar su realidad. El mismo constituye un proceso que no siempre se encuentra en su máxima expresión, ni es algo que una vez que se consigue se tiene para toda la vida, sino que transita por períodos de adelantos y retrocesos, en el que cada uno de los

indicadores que lo integran tiene una función específica dentro del proceso y no deciden de manera individual, sino que los resultados se obtienen desde su integración.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, N. S. (2019). Variables predictoras del déficit de autocuidado asociado a condiciones sociales, culturales y de salud en gestantes con y sin anemia en la red de salud Puno-2018. [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF\\_eebefe666136e776d4b06079feab0576/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_eebefe666136e776d4b06079feab0576/Details)
- Baastrup, S., Schultz, R., Brødsgaard, I., Moore, R., Jensen, T. S., Vase Toft, L., & Gormsen, L. (2016). A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(6), 516-522. <https://doi.org/10.1111/sjop.12325>
- Cancio, C., Lorenzo, A., & Alarcó, G. (2020). Autocuidado: Una aproximación teórica al concepto. *Revista INFORMES Psicológicos*, 20(2), 32-41. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200>
- Cantero, M. A., Cabrera, A., López, M. A., & Saúl, L. A. (2019). Intervención grupal desde un enfoque sensoriomotriz para reducir la intensidad del dolor crónico. *Atención Primaria*, 51(3), 162-171. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717303608>
- Chávez, G. E. (2019). Nivel de conocimiento de higiene postural y su relación con el dolor de espalda, en docentes de centros de educación básica especial de los distritos de Magdalena del Mar y Jesús María, Lima 2018. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10436>
- Cifuentes, D. C. T., Ramírez, D. C., & Betancurt, L. N. (2018). Creencias y calidad de vida en el dolor crónico. *Textos y Sentidos*, 4(17), 33-58. <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/textosysentidos/article/view/68>
- Encinas, M. J. (2019). Afrontamiento al estrés, una revisión teórica. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6097>
- Fatoye, F., Gebrye, T., & Odeyemi, I. (2019). Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. *Rheumatology international*, 39(4), 619-626. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04273-0>
- Fernández, L. (2006). El enfoque histórico cultural. Intentando la integración. En: *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas*. La Habana: Ciencias Médicas. pp. 210-230.
- González, I. (2014). Recursos de afrontamiento. Una aproximación a su clasificación. Importancia de su potenciación. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 17(3), 23-31. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70216>
- Hay, S., Abajobir, A.A., Abate, K.H., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abda, A., et al; GBD 2016 Dalys y HALE Colaboradores. (2017). Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) mundiales, regionales y nacionales para 333 enfermedades y lesiones y esperanza de vida saludable (HALE) para 195 países y territorios, 1990-2016: un análisis sistémico para el Estudio Global de la Carga de Enfermedades 2016. *The Lancet*, 390(10100), 126-344. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32130-Xpmid:28919118](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-Xpmid:28919118)
- Jorques, M. J. (2015). Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=76825>

- Kardum, I., & Krapić, N. (2001). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and individual differences*, 30(3), 503-515. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886900000416>
- Konietzny, K., Suchan, B., Kreddig, N., Hasenbring, M. I., & Chehadi, O. (2016). Emotion regulation and pain: behavioral and neuronal correlates: a transdiagnostic approach. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 30(5), 412-420. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27658393/>
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues. pp. 366-388.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- León, A. V. D. (2019). Ansiedad, depresión, afrontamiento e impacto de la fibromialgia (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v4.1542>
- Martín, M. (2002). *La evaluación psicológica del dolor. Estrategias para nuestro medio* (Tesis doctoral). ISCMH. <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=730>
- Martínez, Y. (2017). Rasgo de la Personalidad y estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología. (Tesis Doctoral)
- Martínez, Y., Gomà, M., & Fornieles, A. (2018). Versión española del COPE-48: Evaluación del afrontamiento en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Terapia psicológica*, 36(1), 13-18. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-962790>
- Mehta, M. (2018). New Advances in Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health*, 14(2), 12-30. [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/138105/TFG\\_MedranoCallejo\\_ActividadFisicaTeoriaCognitivoConductualFibromialgia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/138105/TFG_MedranoCallejo_ActividadFisicaTeoriaCognitivoConductualFibromialgia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología*, 36(1), 37-60. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8609>
- Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial* (Tesis doctoral). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. <https://1library.co/title/programa-para-el-autocontrol-emocional-en-pacientes-con-hipertension-arterial-esencial>
- Montiel, V.E. (2016). Programa psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad (Tesis doctoral). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. <https://dspace.uclv.edu.cu/handle/123456789/8271?show=full>
- Naranjo, Y., Concepción, P., & Rodríguez, M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus, Cuba. <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>
- Nima, K. D. J., & Ruíz, S. A. (2019). Relación entre discapacidad funcional por dolor lumbar crónico y alteración del ritmo lumbo-pélvico en el personal de enfermería de la Clínica Internacional. Lima, Perú. [https://gruposdetrabajo.sefh.es/dolor/images/documentos/Abordaje\\_Dolor\\_Lumbar\\_Cr%C3%B3nico.pdf](https://gruposdetrabajo.sefh.es/dolor/images/documentos/Abordaje_Dolor_Lumbar_Cr%C3%B3nico.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra, Suiza: OMS. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;sequence=1)

- Orozco, A. M., Villamil, V., Mateus, L. M., Morales, C., & Osorio, R. (2016). Pain characteristics, coping strategies and its relation with the quality of life in patients with chronic pain diseases. *Salud & Sociedad, 7*(3), 240-252. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439749582001>
- Ortega, A., & Salanova, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el *coping* positivo. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000600002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002)
- Pascual, A., Caballo, C. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería global, 16*(46), 281-294. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.243031>
- Pérez, Y., & Pérez, M. M. (2018). Los factores psicosociales en el dolor crónico. Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. <https://ebuah.uah.es/xmlui/handle/10017/33092>
- Pérez, M. E. y Chabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad, 7* (1), 7-27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6955448>
- Pomares, A. J., Rodríguez, T., Pomares, J. A. (2018). Factores de riesgo emocionales en pacientes que sufren dolor crónico de espalda. *Revista Finlay, 8*(4), 310-320 <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/5577>
- Roca, M. (2003). *Los recursos con que contamos –¡o no!– para hacer frente al estrés*. Temas de Psicología. <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6077>
- Rodríguez, T. (2007). Estrategia de atención psicológica en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio en fase hospitalaria (Tesis doctoral). Universidad Central “Marta Abreu”. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/rt/prinFRIENDLY/387/1498>
- Sahar, K., Thomas, S. A., & Clarke, S. P. (2016). Adjustment to fibromyalgia: The role of domain specific self-efficacy and acceptance. *Australian Journal of Psychology, 68*(1), 29-37. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1111/ajpy.12089?journalCode=raup20>
- Santiago, C., Pérez, K. J., & Castro, N. L. (2018). Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación. *Revista Científica Ciencia Médica, 21*(2), 13-20. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332018000200003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332018000200003&script=sci_abstract)
- Shye, D., Javetz, R., & Shuval, J. T. (1991). Lay self-care in health: The views and perspectives of Israeli lay people. *Social science & medicine, 33*(3), 297-308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1925694/>
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor, 9*(1), 13-22. [http://revista.sedolor.es/pdf/2002\\_01\\_03.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_01_03.pdf)
- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A., & Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud, 19*(3), 295-320. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003)
- Ugarte, V. F. (2017). Comparación de las estrategias de afrontamiento ante el dolor entre adolescentes y adultos con enfermedades reumáticas de un Hospital de Lima Metropolitana (tesis). <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/622199>
- Vernaza, P., Posadas, L., & Acosta, C. (2019). Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. *Duazary, 16*(1), 145-155. <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2639>

# EVALUACIÓN DEL AMBIENTE ORGANIZATIVO Y CLIMA SOCIAL DE UNA CASA DE ABUELOS EN SANTA CLARA

**Dunia Gladys Silverio González**

**María de los Ángeles Arrabal Guzmán**

*Policlínico “Santa Clara”*

**Diana Rosa Rodríguez González<sup>11</sup>**

*Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara, Cuba*

## **Resumen**

Los estudios sobre envejecimiento demográfico han adquirido un lugar relevante en la investigación y en las agendas sociales y gubernamentales, tanto a nivel mundial, como en la sociedad cubana actual. Se han colocado en el centro de los debates temas como la calidad de vida, el bienestar psicológico y el impacto del ambiente en estas variables. La investigación tuvo como objetivo evaluar los ambientes físicos y organizativos, el clima social y el personal de una casa de abuelos en Santa Clara. Siguió un enfoque mixto y un diseño anidado concurrente de modelo dominante cualitativo. Se trabajó con toda la población de adultos mayores asistentes a la casa de abuelos. Se aplicó el Sistema de Evaluación para Residencias de Ancianos. Como principales resultados se identificaron nueve áreas que requieren mejoras: características físicas y arquitectónicas, actividades de tiempo libre, culturales, sociales y programadas por la institución, relaciones entre adultos mayores y de estos con el personal, servicio de alimentación, organización del centro, servicios médicos, servicios de limpieza y normas para las visitas. Los adultos mayores participantes valoraron favorablemente su condición de beneficiarios de los servicios brindados por esta casa de abuelos.

**Palabras clave:** ambiente físico, ambiente organizativo, clima social, casa de abuelos

## **Abstract**

*Studies on demographic aging have acquired a relevant place in research and in social and governmental agendas, both worldwide and in Cuban society today. Issues such as quality of life, psychological well-being and the impact of the environment on these variables have been placed at the center of the debates. The research aimed to evaluate the physical and organizational environments, the social climate and the staff of a grandparents' home in Santa Clara, Cuba. It followed a mixed approach and a concurrent nested design with a qualitative dominant model. We worked with the entire population of older adults attending the grandparents' home. The Evaluation System for Elderly Homes was applied. As main results, nine areas requiring improvement were identified: physical and architectural characteristics, leisure, cultural, social and programmed activities of the institution, relations among older adults and between them and the staff, food service, organization of the center, medical services, cleaning services and rules for visitors. The older adults who participated in the study were highly appreciative of their status as beneficiaries of the services provided by this grandparents' home.*

**Keywords:** *physical environment, organizational environment, social climate, grandparents' home*

---

<sup>11</sup> Revisión de la literatura especializada, análisis de resultados, redacción y revisión del manuscrito.

## Introducción

El aumento de la esperanza de vida en muchas naciones es, sin lugar a dudas, un logro; especialmente en el caso cubano como país en vías de desarrollo donde, desde el triunfo de la Revolución, se ha priorizado la atención al adulto mayor con políticas sociales de apoyo a las familias y en marcos comunitarios (Muñoz *et al.*, 2020). Sin embargo, el envejecimiento poblacional está asociado con un nivel de fecundidad inferior al de remplazo, lo cual impacta en el cambio de la estructura por edades de la población. Si a ello se le suma el impacto de una migración de saldo negativo, se tienen explicitadas las condiciones que explican el envejecimiento demográfico de la sociedad cubana. En diciembre de 2019 había 2 328 344 personas con sesenta años o más, lo que representa el 20,8% del total de población (Menéndez *et al.*, 2020). Villa Clara (23,7%) resultó la provincia más envejecida, seguida por La Habana (21,7%) y Sancti Spíritus (21,4%) (Mora *et al.*, 2020).

Los estudios sobre envejecimiento demográfico han adquirido un lugar relevante en la investigación y en las agendas sociales y gubernamentales, tanto a nivel mundial, como en la sociedad cubana actual (Durán *et al.*, 2020; Fuentes *et al.*, 2020; Martín *et al.*, 2020; Menéndez *et al.*, 2020; Mora *et al.*, 2020; Muñoz *et al.*, 2020; Verdejo *et al.*, 2020). La ruptura con la noción tradicional de vejez asociada al deterioro ha colocado en el centro de los debates temas como la calidad de vida del adulto mayor y su bienestar psicológico (Acosta *et al.*, 2017; Carmona, 2015).

El cuidado, no solo en Cuba, se ha posicionado como una categoría para mirar la adultez mayor desde el marco de las políticas públicas. No obstante, es posible invertir la relación entre cuidados y personas mayores si se considera el tiempo dedicado por estas a cuidar de los demás; así como su participación activa en la sociedad (Destremau, 2020).

Las demandas en torno a cuidados y personas mayores se han manifestado en tiempos de pandemia generada por el nuevo coronavirus SARS-COV-2. En Cuba se logró cubrir parcialmente, en un breve tiempo, las necesidades de atención de los adultos mayores que trascendieron el ámbito de la salud (mensajeros para víveres y medicinas, facilitación de trámites) (Menéndez *et al.*, 2020). La principal lección aprendida ha sido la necesidad de trabajar en una política nacional sobre envejecimiento activo y saludable sustentada en el trabajo intersectorial de organismos, instituciones y sociedad civil (Menéndez *et al.*, 2020).

Desde este marco, emergen nociones como “ciudades amables con las personas mayores” que ubica la mirada en lo espacial y ambiental desde un enfoque de accesibilidad universal (Durán *et al.*, 2020; Sánchez-González & Cortés, 2016). La perspectiva ambiental en el estudio de la vejez no resulta de tan reciente data, sino que tiene sus orígenes en la década de 1960 con la realización de estudios sobre efectos negativos de la institucionalización (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

De los modelos teóricos sobre relaciones persona-ambiente en la vejez primigenios, se transitó a modelos más recientes de menor complejidad teórica. Estos, a partir de una mayor operativización de sus componentes, han favorecido el desarrollo de la tecnología de

evaluación ambiental en función de conducir intervenciones para proporcionar un ambiente más favorable (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

En Cuba funciona el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor integrado por 3 subprogramas: el de atención comunitaria, el de atención institucional y el hospitalario. Desde este programa se prevén servicios de cuidado a partir de la existencia de casas de abuelos, que ofrecen atención diurna y ciclos de alimentación a adultos mayores que lo requieran (Fuentes *et al.*, 2020).

A partir de la revisión de la literatura especializada, se apreció una carencia de estudios en el contexto cubano dirigidos a la evaluación del servicio de casas de abuelos que contemple los ambientes físicos y organizativos, el clima social y las características del personal como variables con impacto en la calidad de vida de los adultos mayores. Esta investigación se propuso como objetivo evaluar los ambientes físico y organizativo, clima social y características del personal en la casa de abuelos no. 1 en Santa Clara.

### **Métodos**

La investigación se desarrolló a partir de un enfoque mixto de investigación con alcance exploratorio y un diseño anidado concurrente de modelo dominante cualitativo (CUAL/cuan) (Hernández-Sampieri *et al.*, 2014). El estudio fue realizado en la casa de abuelos no. 1 “Antonio Lorda Ortega”. El trabajo de campo se realizó en el período comprendido entre septiembre del 2015 y mayo del 2017. Se seleccionó como población a estudiar los 38 adultos mayores y 10 trabajadores pertenecientes a la institución. La muestra se correspondió con el total de la población de adultos mayores que hacen uso del servicio. Una submuestra fue conformada mediante un muestreo intencional para la aplicación de técnicas específicas. Esta submuestra contó con 27 adultos mayores y 4 trabajadores (psicóloga, trabajadora social, administradora y cocinera).

Los criterios de inclusión fueron obtener el consentimiento informado y voluntariedad para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron presentar deterioro cognitivo o limitaciones sensoriales y no asistir a la institución durante el período de realización del estudio. Los criterios de salida considerados fueron presentar baja temporal y definitiva del centro por diferentes motivos (certificados médicos, licencias, vacaciones, etc.) y el deseo manifiesto de salir de la investigación.

La investigación aplicó el Sistema de Evaluación para Residencias de Ancianos (SERA), un procedimiento multidimensional (Fernández-Ballesteros, 1996). El SERA se sometió a juicio de profesionales (Corzo *et al.*, 2011) con el objetivo de valorar su pertinencia para la evaluación de las instituciones geriátricas cubanas denominadas casas de abuelos. Los criterios para la selección de profesionales fueron ofrecer el consentimiento informado y contar con cinco o más años de experiencia profesional vinculados a la atención geriátrica. El criterio de salida fue no desear participar en la investigación. Participaron en la valoración 11 profesionales con un rango de tiempo de experiencia de 7 a 21 años.

Las variables estudiadas y su operacionalización se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Variables estudiadas y operacionalización

Variable	Operacionalización
Ambiente Físico	Se refiere a las características del ambiente físico y diseño arquitectónico en relación con el comportamiento y funcionamiento de los adultos mayores. Integra las dimensiones: accesibilidad a la comunidad, confort físico, ayudas socio-recreativas, ayudas protésicas, ayudas de orientación, características de seguridad, salas de personal, disponibilidad de espacio y módulos psicogerítricos.
Organización	Aborda el funcionamiento interno. Integra las dimensiones: expectativas de funcionamiento, tolerancia, elección organizativa, control por los ancianos, claridad organizativa, disponibilidad de servicios de salud, disponibilidad de actividades socio-recreativas, disponibilidad de servicios psicogerítricos y sistemas de evaluación y protocolización.
Características del personal y adultos mayores	Incluye características del personal y los adultos mayores que asisten a la institución. Integra las dimensiones: características del personal, habilidades funcionales de los ancianos y nivel de actividad de los ancianos.
Clima Social	Se refiere a aspectos relacionados con las dimensiones que entraña el clima social: relaciones interpersonales (cohesión y conflicto), desarrollo personal (independencia y expresividad), mantenimiento y cambio del sistema (organización, influencia de los ancianos y confort físico).

Fuente: Elaboración propia.

El SERA está compuesto por 8 instrumentos que pueden usarse de manera conjunta o separada (ver tabla 2) y comprenden procedimientos de análisis cualitativo de los datos y estadística descriptiva. La información desprendida de las entrevistas *re-tests*, a partir de los diversos instrumentos, se procesó mediante análisis de contenido y se realizó la triangulación entre técnicas.

Tabla 2. Forma de aplicación y adecuaciones al Sistema de Evaluación para Residencias de Ancianos (SERA) para el contexto de las casas de abuelos en Cuba.

Instrumento	Forma de aplicación y adecuaciones
Inventario de Características Arquitectónicas y Físicas (ICAF)	Se realizó una entrevista a la trabajadora social, abordando las dimensiones que contiene y una Guía de Observación.
Inventario de Características Organizativas y de Funcionamiento (ICOF)	Se realizó una consulta de archivos y documentos, así como el llenado de un protocolo para registrar los sistemas de evaluación y protocolización. Se aplicó una entrevista a la trabajadora social y a la psicóloga. Se excluyó la dimensión "Intimidad" y "Disponibilidad de asistencia a la vida diaria" por no estar acorde a las características del centro.
Inventario de Características de Personal y Ancianos (ICPR)	Se recogieron datos de documentos oficiales (historias clínicas, expediente social, registros y documentos sociales), entrevistas a la trabajadora social, a la psicóloga y a los adultos mayores.

	No se aplicó la recogida de datos perteneciente a la dimensión “Integración de los ancianos a la comunidad” (sección III: Participación en actividades fuera del centro) ni la dimensión “Utilización de los servicios de salud” por tratarse de una institución diurna.
	Se decidió abordar la dimensión “Utilización de actividades socio-recreativas y “Nivel de actividad de los ancianos” en una sola por estar interrelacionadas.
Escala de Clima Social (ECS)	El cuestionario fue aplicado a 4 trabajadores (psicóloga, trabajadora social, administradora y cocinera), realizando el <i>re-test</i> de la información, y a los 27 adultos mayores en forma de entrevista individual.
Listado de Necesidades (LN)	Fue aplicado a los 4 trabajadores y los 27 adultos mayores; realizando el <i>re-test</i> de la información.
Cuestionario de Satisfacción (CS-A)	Fue aplicado a los 27 adultos mayores en forma de entrevista.
Cuestionario de Satisfacción (CS-P)	Fue aplicado a los 4 trabajadores.
Escala de Valoración (EV)	El instrumento fue aplicado a los 4 trabajadores del centro y a un investigador externo y se procedió al <i>re-test</i> de la información.  Se excluyó la Sesión I: “Evaluación del recinto en general” y Sección II: “Evaluación de las habitaciones o departamentos de los residentes”, teniendo en cuenta que es un centro diurno. En la Sección II: “Evaluación de características ambientales”, Parte I: “Evaluación de las cuatro áreas principales”, el término de habitaciones consideramos pertinente acorde al centro, hacer referencia a los espacios habitables de uso común como los salones, departamento de trabajo, cocina y baño.

---

Fuente: Elaboración propia.

Se establecieron procedimientos para garantizar los principios éticos de la investigación. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba. Contó con la autorización de la directiva de las instituciones de Salud Pública en las que se realizó. Se contó con el consentimiento informado de las entidades pertinentes y de los participantes.

## Resultados

Los profesionales valoraron el SERA a partir de una propuesta de adecuaciones para el contexto cubano como satisfactorio, con buena calidad en su elaboración, eficaz para el logro de los objetivos propuestos y factibles a las instituciones geriátricas. Se realizaron las adecuaciones aprobadas por los profesionales.

### **Ambiente Físico**

Respecto a la primera dimensión de la variable ambiente físico, accesibilidad a la comunidad, se apreció que la ubicación de la Casa de Abuelos en el centro urbano de la ciudad facilita la accesibilidad a diferentes servicios y vías de transportación. Los adultos mayores a los que queda distante de su hogar prefieren asistir a esta institución ante la propuesta de traslado hacia el servicio semi-interno de Hogares de Ancianos.

En cuanto al confort físico se evaluaron afectaciones asociadas al estado constructivo del inmueble adaptado a institución geriátrica. Los adultos mayores tienen a su disposición un refrigerador en el comedor y ventiladores en los salones.

Las ayudas socio-recreativas observadas consistieron en sala para la televisión y equipo para escuchar música. Cuenta, además, con juegos de mesa (dominó, dama, lotería, cartas). Una de las ocupaciones fundamentales en este tipo de institución lo constituyen las actividades de ergoterapia, sin embargo no se cuenta con materiales de trabajo.

Como ayudas protésicas solo se percibió un pasamano en la puerta de entrada de la institución. La disponibilidad del mobiliario se apreció colocada de forma que facilita el tránsito. Se observaron barreras arquitectónicas. En cuanto a las ayudas de orientación, no se apreciaron ayudas visuales que faciliten la orientación de los adultos mayores (ni carteles, ni reloj de pared). Las características de seguridad se observaron en relación con la presencia de custodios en horarios diurno y nocturno. Se observó la ausencia de iluminación en los baños.

Referente a las salas de personal, se constató que el centro no cuenta con despachos independientes para la realización de las diferentes funciones del personal de trabajo. La disponibilidad de espacio obtuvo una evaluación deficiente en función con la cantidad de adultos mayores que hacen uso del servicio (38 de las 40 plazas que oferta). La institución no tiene condiciones físicas existentes respecto a módulos psicogerriátricos.

### **Organización**

En cuanto a las expectativas de funcionamiento, se constató que los 38 adultos mayores que asisten al centro presentan autonomía. Aunque 7 de ellos presentaron deterioro cognitivo, se mantenía conservada su auto-validez en función de las expectativas del centro para ofertarles sus servicios.

En la dimensión tolerancia se constataron afectaciones debido a altercados en las interacciones entre adultos mayores. Ante estos casos intervienen, mediante llamados de atención y métodos educativos, la psicóloga, la trabajadora social, la doctora y el Consejo de Ancianos.

Respecto a la elección organizativa, se apreció que no transcurre como proceso, sino que las normas y reglas se encuentran estipuladas. El control por los ancianos se valoró a partir del funcionamiento del Consejo de Ancianos. Se apreció que se reúnen mensualmente y estos espacios permiten el intercambio con el personal para canalizar inquietudes y preocupaciones.

La claridad organizativa se evaluó a partir de los análisis de los espacios para la difusión de la información. Estos espacios resultaron el matutino diario y la reunión mensual del Consejo. Además, se observó la realización de la reunión de evaluación de actividades metodológicas y administrativas, ejecutada una vez al mes por el personal y a la que es invitado el presidente del Consejo de Ancianos. Asimismo, fue constatada la realización de la comunidad terapéutica una vez al mes y del Consejo de Familias trimestralmente.

Se constó la oferta de los servicios de podología, estomatología y dietético. Acerca de la disponibilidad de servicios psicogerriátricos, el centro es visitado una vez a la semana por

psicólogos que realizan los entrenamientos y los programas de psicoestimulación. Se observó la carencia de conducción de terapias cognitivas, terapias psicoafectivas y rehabilitación neuropsicológica específica.

En cuanto a la disponibilidad de actividades socio-recreativas, la gimnasia es una de las más estables. La terapia ocupacional resulta imposible realizarlas por no contar con los recursos necesarios. Se llevan a cabo las actividades socioculturales como bailes, canto con frecuencia mensual, cada 3 meses se celebran cumpleaños colectivos, así como fechas significativas.

Como protocolos de evaluación y valoración se constaron valoración médica, valoración psicológica y valoración social. Los instrumentos utilizados para la valoración de los ancianos fueron: Índice de Katz y Lawton para la evaluación funcional; Mini-mental State Examination, de Folstein para la evaluación de funcionamiento cognitivo; Escala Psicoafectiva y Test de Yesavage para la evaluación de funcionamiento afectivo. Los programas de intervención que se realizan en el centro son la estimulación neurocognitiva, gimnasia, terapia ocupacional y animación-sociocultural.

### ***Características del personal y de los adultos mayores***

El personal de la Casa de Abuelos se compone de 1 trabajadora social, 2 psicólogos, 1 administrador, 1 cocinero, 1 ayudante de cocina, 1 empleado de limpieza, 3 custodios. El 40% de ellos llevaba laborando en el centro menos de un año, el 10% entre 1 y 2 años, el 20% entre 3 y 5 años, el 10% entre 6 y 10 años y el 20% más de 10 años. Se apreció la carencia de un programa de formación para el trabajo con personas de la tercera edad; así como la inexistencia de un procedimiento para examinar la aptitud del personal para ejercer sus funciones.

Se estudiaron las características biográficas de los adultos mayores considerando como indicadores el sexo, la edad, el nivel de instrucción, ocupaciones a lo largo de la vida, clasificación económica, el estado civil. Además, se exploraron las relaciones de convivencia, el estado de la vivienda, motivos de ingreso al servicio de la Casa de Abuelos, tiempo que llevan siendo usuarios del servicio, motivos de abandono del servicio (ver tabla 3).

Los motivos de ingreso al centro referidos fueron: un 32% (12) por encontrarse en la condición de "ancianos solos", un 26% (10) por convivir con ancianos enfermos y el 42% (16) debido a que conviven con familiares que trabajan. En cuanto al tiempo que llevan siendo usuarios, ningún adulto mayor llevaba menos de un mes. El abandono del servicio se da, principalmente, debido a problemas de salud y, en algunos casos por la lejanía del hogar. Durante la realización del estudio no se observó ningún abandono ni fallecimientos.

En la evaluación de las habilidades funcionales de los adultos mayores se consideraron las actividades de la vida diaria, el estado de salud y actividades socio-recreativas. Se constaron la presencia de validismo y dificultades en el estado de salud que se encuentran recogidas en los documentos oficiales del centro.

Las actividades que fueron señaladas por los adultos mayores son: estimulación neurocognitiva (95%); ver la televisión (87%); escuchar música (55%); leer periódicos, libros y revistas (53%); visitar amistades (47%); juegos de mesa (44%); manualidades, tejido y costura

(34%); escribir cartas y poemas (31%); dibujo y pintura (28%); jardinería (26%); crucigramas y sopa de letras (11%). El nivel general de actividad fue evaluado como bajo en el transcurso del estudio. La mayor parte del tiempo, los adultos mayores se percibieron sentados en la sala de estar.

Se identificaron nueve áreas de mejora, a partir de los resultados del listado de necesidades de adultos mayores y 4 trabajadores, entre paréntesis se reflejan los porcentajes correspondientes al total de 27 adultos mayores a los que se aplicó el instrumento: Características físicas y arquitectónicas (100%), Actividades de tiempo libre, culturales, sociales y actividades programadas por la institución (77%); Relaciones entre ancianos (70%), Relaciones entre el personal y los ancianos (37%); Servicio de comida (30%), Organización del centro (26%); Servicios médicos (14%); Limpieza de las instalaciones (11% 3); Normas para las visitas (3%).

### **Clima Social**

En la primera dimensión de esta variable se encontraron afectaciones en la cohesión y presencia de conflictos entre los adultos mayores y entre miembros del personal. El papel de la trabajadora social fue reconocido como clave en la mediación para solventar las desavenencias. En cuanto al desarrollo personal se apreció que se favorecen los niveles de independencia de los adultos mayores. Respecto a la expresividad se constató que los adultos mayores hablan abiertamente sobre los problemas personales que conciernen a la institución. A continuación, se presentan algunas expresiones que reflejan el estado emocional-afectivo con relación a la asistencia al centro: *“a mí el centro me hace bien”, “esta es mi única motivación todos los días”, “este lugar ha cambiado mi vida”, “desde que estoy aquí soy otro”, “yo no quisiera salir nunca de aquí”, “vivo solo, a veces me quedaba sin comer, aquí soy feliz, tengo amigos y converso con otros”, “me siento muy bien aquí”.*

### **Discusión**

Para la evaluación de los ambientes físico y organizativo, clima social y características del personal en la casa de abuelos no. 1 en Santa Clara, el SERA resulta pertinente a partir de las adecuaciones efectuadas mediante el juicio de profesionales. La primera fuente para realizar la discusión es el Reglamento general de casas de abuelos. Las reuniones, servicios de salud y actividades socio-recreativas resultan acordes a lo establecido en este reglamento. No obstante, su frecuencia y estabilidad en el tiempo resulta limitada.

La ocupación de plazas se ajusta a lo reglamentado en el Capítulo IV: de la estructura, en su capítulo 11. Se considera oportuno la inclusión de un procedimiento para examinar la aptitud y programas de formación para el trabajo con personas de la tercera edad que mejoren la calificación del personal con impacto en el perfeccionamiento del servicio que se brinda. Si bien durante el período de trabajo de campo no falleció ningún adulto mayor dentro del centro, resulta necesario señalar las necesidades formativas en el personal para el manejo del dolor, acompañar procesos de duelo y la comunicación sistemática para un buen proceso de fin de vida (Guerrero *et al.*, 2016).

Se aprecian, especialmente, dificultades en el cumplimiento de los artículos 9 y 16, así como lo estipulado en su Capítulo II: De La Distribución y Funciones de los Inmuebles. Dicho

reglamento no contempla las ayudas de orientación, cuestión que se considera necesario contemplar. Además, adolece de la ausencia de un acápite para definir los deberes y derechos de los usuarios del servicio.

Los resultados emanados del proceso investigativo coinciden con los obtenidos en un estudio de determinantes de la calidad de vida percibida en ancianos institucionalizados, realizado en el Hogar de Ancianos “13 de Marzo” del municipio de Guanabacoa, provincia La Habana, en cuanto a dificultades en el estado constructivo del inmueble, carencia de ayudas protésicas y presencia de barreras arquitectónicas (González, 2006). Carencias que, aun siendo patentes, no tienen un impacto negativo en la expresión de satisfacción de los adultos mayores con el servicio, en ambas investigaciones.

En un estudio sobre calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces se encontró que la totalidad de los ancianos experimenta una calidad de vida baja, sin asociación significativa con las variables; siendo la dimensión satisfacción por la vida la que más tributó a los resultados desfavorables (Corugedo *et al.*, 2014). Estos resultados indican limitaciones de la institucionalización para suplir carencias en el orden de afectivo, relacional y socioeconómico de las personas mayores. Lo cual no resulta solo apreciable para el contexto cubano, sino que ha sido descrito en el plano internacional (Guerrero *et al.*, 2016; Muñoz, 2015).

Las nueve áreas de mejora en la casa de abuelos estudiada, identificadas por adultos mayores y trabajadores, coinciden con los resultados de las observaciones y análisis de las investigadoras. Cuestiones como la disposición del mobiliario han sido señaladas como mediadoras en las interacciones comunicativas (Fernández-Ballester, 1996). El papel de la trabajadora social en la institución pone de manifiesto los retos y oportunidades de este rol en el trabajo con las personas mayores (Pérez *et al.*, 2020). Especialmente, se requiere potenciar la participación de los adultos mayores que asisten al servicio y que lo reconocen como espacio de integración social, superando visiones asistencialistas y salubristas para contribuir a un pensamiento de país en torno a la promoción del enfoque de envejecimiento activo (Destremau, 2020; Fuentes *et al.*, 2020).

## Conclusiones

Se identificaron nueve áreas susceptibles de mejoras en los ambientes físico y organizativo, el clima social y las características del personal en la casa de abuelos estudiada. Se destacó el papel de este tipo de instituciones para promover la integración y participación social de las personas mayores; así como su rol en la promoción del envejecimiento activo.

## Referencias bibliográficas.

- Acosta, C., Tánori, J., García, R., Echeverría, S., Vales, J., & Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 178-188. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>
- Carmona, S. E. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias*, 3(8), 393-401. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457644946010>

- Corugedo, M. C., García, D., González, V., Crespo, G., García, G. G., & Hernández, M. C. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006&lng=es&tlng=es)
- Corzo, L., Guerra, V., López, J., Díaz, N., & Alonso, D. (2011). Valoración de una guía psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes con enfermedades renales crónicas en tratamiento hemodialítico. *Acta Méd Centro*, 5(3). <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/597>
- Destremau, B. (2020). Cuidar y cuidarse en comunidad. ¿Invertir la relación cuidados-envejecimientos? *Temas. Cultura Ideología Sociedad*(100-101), 104-110. <https://bit.ly/3vmqDm0>
- Durán, G., Fernández, M. d. C., Díaz, C., & Ricoy, A. J. (2020). Ciudades amables con las personas mayores. Experiencia comparada España-Cuba. *Novedades en Población*(Número Especial), 129-141. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/448>
- Fernández-Ballester, R. (1996). *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos*. Inerso.
- Fuentes, V., Azcuy, L., & Cano, L. (2020). Los cuidados de los adultos mayores: una perspectiva comparada entre España y Cuba. *Novedades en Población*(Número Especial), 82-90. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/444>
- González, M. (2006). *Determinantes de la calidad de vida percibida en ancianos institucionalizados*. Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Interpsiquis), <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/determinantes-de-la-calidad-de-vida-percibida-en-ancianos-institucionalizados/>
- Guerrero, M., Gómez, R., Sánchez, M. R., Rodríguez, E., & Montoya, R. (2016). Fin de vida en residencia de ancianos desde la perspectiva de los residentes: revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 27(2), 63-68. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000200006&lng=es&tlng=es).
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). Mc Graw Hill.
- Izal, M., & Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6(2), 181-198 [http://www.um.es/analesps/v06/v06\\_2/07-06\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf)
- Martín, M. d. C., Roque, Y., & de-la-Fuente, Y. M. (2020). Manifestaciones de la soledad en el envejecimiento en España y Cuba. Propuestas de actuación desde la óptica de la accesibilidad. *Novedades en Población*(Número Especial), 18-28. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/439>
- Menéndez, J., González, A., & Rodríguez, L. (2020). Cuidados de las personas mayores en Cuba: lecciones de la pandemia. *Temas. Cultura Ideología Sociedad*(100-101), 92-97. <https://bit.ly/3vmqDm0>
- Mora, A. R., Martín, M. d. C., & González, E. (2020). Aproximaciones sociodemográficas a las poblaciones de Cuba y España. *Novedades en Población*(Número Especial), 1-17. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/438>
- Muñoz, M. D., Serrano, Y., & Rodríguez, D. R. (2020). Las familias en un contexto envejecido poblacionalmente, roles y funciones. Políticas sociales de apoyo. *Novedades en Población*(Número Especial), 39-51. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/441>
- Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos*, 26(2), 45-47. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200002>

Pérez, J., Muñoz, M. D., & Serrano, Y. (2020). El rol del profesional de trabajo social en el envejecimiento. *Novedades en Población*(Número Especial), 142-155. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/449>

Sánchez-González, D., & Cortés, M. B. (2016). Espacios públicos atractivos en el envejecimiento activo y saludable. El caso del mercado de Terán, Aguascalientes (México). *Revista de Estudios Sociales*(57), 52-67. <https://doi.org/https://doi.org/10.7440/res57.2016.04>

Verdejo, M. Á., Leyva, A., & Doval, Y. R. (2020). La Agenda 2030, las estrategias energéticas en España y Cuba. Calidad de vida de los adultos mayores. *Novedades en Población*(Número Especial), 66-81. <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/443>

# LA ORIENTACIÓN SOCIOSEXUAL Y SU RELACIÓN CON LAS ACTITUDES ANTE LA NO MONOGAMIA CONSENSUADA (NMC)

Giovanna Escobar Mota  
Hugo Adair Torres Reynoso  
Natalia Aguilar Carrillo  
Fernanda Eguiarte Olvera  
Cristina Portilla Rodríguez  
Mariana Villa Brunel  
Georgina García

*Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac, México*

## Resumen

En la actualidad, nuevas construcciones defienden la posibilidad de relaciones amorosas y/o sexuales con más de una persona al mismo tiempo (Matsick, Conley, Ziegler, Moors, & Rubin, 2014) sin embargo, aun cuando la visibilidad de las relaciones no monógamas consensuadas ha aumentado en los últimos años, todavía hay una falta de información y un aumento en la información errónea sobre la dinámica de este tipo de relaciones (Conley, Moors, Matsick y Ziegler, 2012; Conley, Ziegler, Moors, Matsick, Y Valentine, 2012). El presente estudio explora la relación existente entre el rasgo de orientación sociosexual y las actitudes ante la No Monogamia Consensuada (NMC), esperando que la sociosexualidad debiese correlacionar con actitudes más positivas ante la CNM en 218 individuos, mostrando que existe una relación significativa y positiva entre individuos no restringidos y una mayor apertura a modelos menos restrictivos que el monógamo.

**Palabras clave:** Actitudes, no monogamia consensuada, orientación sociosexual, escala, validación, correlación.

## Abstract

*Currently, new constructions defend the possibility of love and/or sexual relationships with more than one person at the same time (Matsick, Conley, Ziegler, Moors, & Rubin, 2014), however, even when the visibility of consensual non-monogamous relationships has increased in recent years, there is still a lack of information and an increase in misinformation about the dynamics of these types of relationships (Conley, Moors, Matsick, & Ziegler, 2012; Conley, Ziegler, Moors, Matsick, & Valentine, 2012). ). The present study explores the relationship between the sociosexual orientation trait and attitudes towards Consensual Non-Monogamy (NMC), expecting that sociosexuality should correlate with more positive attitudes towards CNM in 218 individuals, showing that there is a significant and positive relationship between unrestricted individuals and a greater openness to models less restrictive than the monogamous.*

**Keywords:** Attitudes, consensual non-monogamy, sociosexual orientation, scale, validation. Correlation.

El concepto de amor se construyó históricamente basado en el del amor romántico y patriarcal, heteronormativo (Pascual Fernández, 2016), por lo que la investigación empírica en torno a este, a menudo se basa en conceptualizaciones de occidente, que dan por hecho la monogamia como el modelo predominante y obligatorio (Ryan & Jethá, 2010). Tan solo en México, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2021), más de la mitad de la población vive en pareja (38% está casada y 20% vive en unión libre). Sin embargo, la trayectoria en el tiempo indica que de 2000 a 2020, el porcentaje de la población casada ha disminuido 11 puntos (de 49 a 38%), en tanto que la población en unión libre aumentó nueve puntos porcentuales (pasó de 11 a 20%). Es decir, que las personas siguen buscando compartir su vida en pareja, apostando al compromiso entendido de diversas maneras, pero en su mayoría exclusivamente monógamo, a pesar de estar en un momento cultural donde la modernidad, y sus contrastantes cambios, promueven la ligereza y transitoriedad, proponiendo nuevas formas de relacionarse (Blandón-Hincapié & López-Serna, 2016).

Sin embargo, todas estas comprensiones de las relaciones están hoy bajo escrutinio, ya que la mayoría de las personas no están viviendo sus vidas relacionales en formas que cumplen con estos supuestos: Alrededor de la mitad de los matrimonios terminan en divorcio y como consecuencia adoptan familias extendidas, cada vez más parejas viven separados estando en una relación (LAT, *Living Apart Together*) por elección y/o circunstancias, entre una cuarta parte y la mitad, de las relaciones en las que las personas acuerdan ser monógamos son en realidad en secreto –no monógamos– (amoríos e infidelidades), y alrededor del cinco por ciento de las relaciones son abiertamente no monógamas, y cada vez más personas no experimentan atracción romántica y/o priorizan relaciones platónicas en sus vidas. (ver Barker, 2018b; Barker y Gabb, 2016).

Bajo los actuales entendimientos culturales interconectados (de género, sexualidad y relaciones), en general se asume que es el vínculo exclusivamente monógamo el normal, natural y saludable, para que las personas formen un vínculo de pareja romántico. Este modelo de relación se prioriza sobre otras relaciones en la vida y a menudo se espera que las parejas se comprometan entre sí en forma de matrimonio o cohabitación y que formen un núcleo de familia biológica unida (Nina-Estrella, 2011).

Al presente, nuevas construcciones defienden la posibilidad de relaciones amorosas y/o sexuales con más de una persona al mismo tiempo (Matsick, Conley, Ziegler, Moors, & Rubin, 2014) sin embargo, aun cuando la visibilidad de las relaciones no monógamas consensuadas ha aumentado en los últimos años, todavía hay una falta de información y un aumento en la información errónea sobre la dinámica de este tipo de relaciones (Conley, Moors, Matsick y Ziegler, 2012; Conley, Ziegler, Moors, Matsick, Y Valentine, 2012).

Los beneficios de diferentes modelos relacionales no han sido ampliamente explorados dado que la mayoría de las investigaciones realizadas sobre el amor y la intimidad en los campos de la psicología y el asesoramiento matrimonial / familiar se han centrado en personas en relaciones monógamas, aunque las personas involucradas en la no monogamia consensuada puedan experimentar algunos de los mismos beneficios y otros adicionales, que las personas involucradas en la monogamia (Escobar-Mota & Sánchez-Aragón, 2014). Es decir, todas las relaciones pueden proporcionar beneficios similares hasta cierto punto, pero las características

definitorias de cada tipo de relación quizás brinden un conjunto único de beneficios a los involucrados.

Sin embargo, estos nuevos modelos relacionales no-monógamos consensuados, implican estigmas sociales a pesar de brindar diversos beneficios a sus participantes, mayormente a las mujeres, como: diversidad sexual, aumento en la satisfacción sexual de los integrantes, la promoción la igualdad entre los participantes, menor efecto negativo de celos y mayor probabilidad de experimentar un grado de felicidad mientras otro participante se siente feliz y pleno con otra persona con la que también lleva una relación (T. D. Conley, Ziegler, Moors, Matsick, & Valentine, 2012). Incluso, recientes propuestas de investigación, han identificado nuevos beneficios como el aumento de la agencia, los recursos financieros y el apoyo social extendido (Ziegler, Matsick, Moors, Rubin, & Conley, 2014).

Sin embargo, las representaciones de las relaciones románticas influyen o son influenciadas por interacciones románticas, incluso cuando estas representaciones y relaciones recién se están desarrollando constantemente (Furman & Simon, 2006), es decir, que el marco de mononormatividad internalizada, afecta incluso a las personas involucradas en la *No Monogamia Consensuada* (MNC), internalizando el estigma hacia su estilo de relación, asociándolo con una peor calidad y funcionamiento (A. C. Moors, Schechinger, Balzarini, & Flicker, 2021). Este tipo de hallazgos apoyan la noción de que la mononormatividad predominante (idealización de la monogamia en la sociedad) puede impactar negativamente la calidad de las relaciones, si no se es consciente de contar con la posibilidad de modificar el modelo relacional.

El momento sociohistórico actual parece promover la integración, aceptación y experimentación en la sexualidad y el concepto de relaciones románticas, abriendo el parámetro de prueba, exploración y liberación (T. Conley, Moors, Matsick, & Ziegler, 2013), sin embargo el peso de las actitudes, parecen tener un papel crucial en el mantenimiento de las barreras psicosociales que impiden la flexibilidad en la elección de modelos relacionales alternativos. Para algunos, *No Monogamia Consensuada* (MNC), refleja sus ideales y deseos mientras que para otros, la monogamia se alinea con los suyos (A. Moors & Matsick, 2018).

La necesidad de expresar nuestros valores por medio de actitudes, y de ser consistentes con nuestras posturas iniciales, es relevante en el estudio de la elección de modelo relacional. La investigación en el campo ha demostrado que las personas tienden a buscar y recibir mensajes que concuerden con sus creencias y actitudes y evitan exponerse a mensajes que las contradigan (exposición selectiva) (Yela García, 2000). Este es un factor que puede explicar por qué, a pesar de la enorme cantidad de información que se recibe, las personas cambian poco sus actitudes. Sin embargo, también prestan atención a mensajes moderadamente discrepantes, en especial cuando estos parecen interesantes, novedosos o útiles (McGuire, 1985). Incluso, se ha postulado que las personas típicamente defienden sus creencias evitando la exposición a información contradictoria, dado que la persona no está motivada para desarrollar una defensa de su creencia en la medida en que la considera invulnerable y dado que la persona no tiene experiencia en la defensa de tales creencias (McGuire & Papageorgis, 1961).

En esta línea, a menudo, las actitudes sobre cuestiones sociales importantes reflejan solo un reflejo de ideas preconcebidas, vagas impresiones y supuestos no probados. Robert Cialdini en 1990, (citado en *Close Relationships: Key readings*, 2004) postuló el *Principio de influencia del compromiso* basándose en la necesidad que tienen las personas de ser y parecer coherentes con su conducta. Según Cialdini, el elemento inicial que desencadena la fuerza de la coherencia es el compromiso: cuando conseguimos que una persona lo adopte (ej: que asuma una postura y la defienda), el terreno está preparado para que, de forma más o menos automática, esa persona actúe en consecuencia con el compromiso adoptado.

Por ejemplo, la investigación de exposición selectiva indica que los consumidores de noticias tienden a buscar información coherente con sus actitudes y evitan la información que las desafíe. En una investigación reciente en el tema, (Metzger, Hartsell, & Flanagin, 2020) las personas juzgaron las fuentes de noticias neutrales y coherentes con sus actitudes como más creíbles que las fuentes de noticias que las desafiaban, y aunque las personas experimentan una disonancia un poco más cognitiva cuando se exponen a fuentes de noticias que desafían sus actitudes, los niveles generales de disonancia fueron bastante bajos.

Por otro lado, distintas investigaciones han puesto de manifiesto que al pedir a las personas que expongan públicamente opiniones contrarias a las suyas y al ejecutar esta acción se puede producir un cambio en las actitudes, sobre todo, cuando las personas saben más del tema y son más capaces de elaborar argumentos e improvisar un discurso, ya que se ven más persuadidos por sus propios mensajes y además sus efectos resultan más persistentes en comparación a cuando no se dispone de tales requisitos (Briñol, Becerra, Gallardo, Horcajo, & Valle, 2004). Cuanto más se procesa la información persuasiva, mayor es la probabilidad de crear actitudes fuertes, es decir, actitudes accesibles, estables, duraderas, resistentes al cambio y con capacidad para predecir la conducta de forma fiable (Gonzaga, Haselton, Smurda, Davies, & Poore, 2008).

Si bien, propuestas recientes, incluyen el concepto de *relación a la medida* es decir, cualquier relación en la cual las partes se sientan a discutir abiertamente lo que cada uno de ellos quiere respecto a la relación y de qué manera debería evolucionar la relación con el tiempo siendo dos aspectos fundamentales de estas son: la consciencia y el consentimiento (McDaniel & Twist, 2018).

En 2016, Cohen y cols. realizaron un estudio en el que examinaron las actitudes y creencias de 122 personas que estaban en relaciones consensuales NO Monógamas, con respecto al éxito y la satisfacción asociados con esta. Después Marisa T. Cohen y Karen Wilson componen la escala de actitudes ante la monogamia No Consensuada (CNAS) compuesta por diez ítems en una escala Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo).

Asimismo, Cohen y Wilson exploraron la relación existente entre estas actitudes y la variable de orientación sociosexual, entendida como una medida dimensional de actitudes y comportamientos con respecto a la actividad sexual, que van desde restringida a no restringida. En el extremo restringido de la dimensión, las personas se centran en la cercanía y el compromiso en las relaciones, y en el sin restricciones, las personas se sienten cómodas participando en actividades sexuales sin cercanía o compromiso (Simpson & Gangestad, 1992). Los mismos investigadores, exploraron la relación entre esta variable y las actitudes

ante la No Monogamia Consensuada, ya que Simpson y Gangstead, en las pruebas empíricas de un inventario creado por ellos para medir la orientación sociosexual, mostraron que los individuos no restringidos, suelen tener relaciones sexuales con otros que no sean su pareja, mucho antes que los restringidos, y que "...son más propensos a tener relaciones sexuales con más de una pareja a la vez... y tienden a participar en relaciones sexuales caracterizadas por menos inversión expresada, menos compromiso, y lazos afectivos más débiles" (p. 879).

Dado que actualmente es posible que las personas desconozcan los distintos modelos relacionales existentes, alternativos al tradicional modelo monógamo, es posible que tengan actitudes negativas hacia estos, por falta de información. Por lo tanto, el presente estudio tiene dos objetivos, la validación de la escala *Consensual Non-Monogamy Attitude Scale (CNAS)* (Cohen & Wilson, 2017) dada la necesidad de contar con una versión de su medida aplicable a la población mexicana y el segundo, explorar la relación existente entre el rasgo de orientación sociosexual y las actitudes ante la No Monogamia Consensuada (NMC), esperando que la sociosexualidad debería correlacionar con actitudes más positivas ante la CNM.

## Método

### Participantes

Se trabajó con una muestra propositiva, no probabilística (Kerlinger, 1988), complementada por la técnica de muestreo llamada bola de nieve, que constó de 218 participantes (59% mujeres y 40% hombres), y quienes dieron su consentimiento informado de manera voluntaria, en un rango de edades entre los 18 a los 88 años ( $M= 23$  años,  $DE=6.31$ ). El tamaño de la muestra se calculó a partir del número de reactivos; es decir, autores como Tabachnick y Fidell (2007) indican que por cada reactivo es necesario contar con cinco a diez participantes, por lo que la muestra en cuestión rebasa dicho lineamiento. Del total de la muestra, el 47% de los participantes reportaron tener un grado escolar de licenciatura, seguido de preparatoria 47%, y 5% posgrado. En su mayoría (58%) de religión cristiana–católica y 32% no se considera religioso. El 55% eran solteros al momento de responder, 38% tenía pareja pero no vive con ella y 6% vive con su pareja, donde el 24% llevan más de un año y menos de cinco años de tiempo en la relación. Los participantes se consideran monógamos en un 83%, 12% negociable y 4% no monógamos.

### Instrumentos

1. La escala de actitudes ante la No Monogamia Consensuada: consta de diez ítems en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo) para evaluar las creencias en torno a las relaciones No Monógamas Consensuadas. El Alpha de Cronbach para la escala es de .748. Ejemplos de reactivos incluyen: *Para estar enamorado, debes estar en una relación monógama; Puedo verme entrando en una relación NO monógama.*

2. Inventario de Orientación Sociosexual (SOI-R; Penke y Asendorpf 2008), una escala que examina la disposición de los individuos a entablar relaciones sexuales fuera de la relación primaria. La encuesta tiene nueve preguntas, cada una de las cuales se puede responder en una escala de 7 puntos. El SOI-R consta de tres factores: actitud ( $\alpha = .87$ ), comportamiento ( $\alpha = .85$ ) y deseo ( $\alpha = .86$ ) (Penke y Asendorpf 2008). El factor de comportamiento es una medida

de la cantidad de encuentros sexuales a corto plazo en el pasado (Penke y Asendorpf, 2008). La faceta de actitud refleja creencias relacionadas con sexo sin compromiso y la faceta del deseo refleja el deseo de tener sexo sin compromiso (Penke y Asendorpf, 2008). Las puntuaciones para cada una de las tres facetas se pueden calcular como, así como una puntuación global de orientación sociosexual Alpha de .83. Ejemplos de preguntas: *¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en el último año?; Puedo imaginarme a mí mismo cómodo y disfrutando tener sexo casual con diferentes personas.*

### Procedimiento

El presente estudio es un estudio cuantitativo con métodos descriptivos y correlacionales.

En primer lugar, se transcribieron las escalas a un formulario en línea a través de la plataforma *Google Forms*, y se convocó a los participantes de boca en boca para asegurar su pertenencia al estudio. Se solicitó su consentimiento informado y su participación voluntaria. Se eliminaron los casos en los que no cumplieran con la mayoría de edad. El período de recolección de datos fue del 01 de marzo del presente año hasta el 18 de abril.

Se realizaron análisis descriptivos para eliminar los casos que no cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra, y obtener información demográfica de los participantes, como su edad, sexo, etc. Posteriormente se realizaron pruebas para comprobar si se cumplen los requisitos de estadística paramétrica, para por último realizar un análisis de correlación de Spearman para ver las relaciones entre las variables de estudio.

### Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

**Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las preguntas del componente conductual de la variable orientación sociosexual**

Preguntas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en el último año?	218	0	25	1.61	2.468
2. ¿Con cuántas personas crees que tendrás relaciones sexuales durante los siguientes cinco años? Por favor da un estimado realista y específico.	218	0	50	4.66	7.217
3. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales una sola vez?	218	0	35	2.78	4.606

**Tabla 1 (continuación). Medias y desviaciones estándar para Actitudes ante la No Monogamia Consensuada y la Orientación Socio sexual.**

	M	DE
Actitudes ante la No Monogamia Consensuada	2.89	.81
Orientación Sociosexual	5.22	1.31

Los puntajes muestran que los participantes cuentan con una actitud ante la No monogamia consensuada ligeramente superior a la mediana en cambio, una orientación sociosexual mayor a esta.

**Tabla 2. Intercorrelaciones para la escala de Actitudes ante la No Monogamia Consensuada y la Orientación Sociosexual.**

Medida		1	2
1. Actitudes ante la No Monogamia Consensuada	Correlación de Pearson	-	.434**
2. Orientación Sociosexual	Correlación de Pearson	.434**	-

**Nota.** Todos los coeficientes \*\* son significativos a  $p < 01$ .

Todas las escalas presentan correlaciones significativas y positivas.

### Conclusiones

El presente estudio muestra la asociación existente entre las creencias en torno a las relaciones No Monógamas Consensuadas y la disposición de los individuos a entablar relaciones sexuales fuera de la relación primaria. Es decir que a mayor sociosexualidad, existe una mayor apertura a la no monogamia consensuada.

Los presentes resultados confirman los reportados por Marisa T. Cohen y Karen Wilson (2016) donde los individuos no restringidos, suelen tener relaciones sexuales con otros que no sean su pareja, mucho antes que los restringidos, "...son más propensos a tener relaciones sexuales con más de una pareja a la vez... y por lo tanto, tienden a participar en relaciones sexuales caracterizadas por menos inversión expresada, menos compromiso, y lazos afectivos más débiles" mostrando una mayor apertura a modelos menos restrictivos que el monógamo.

La prescripción sociocultural del modelo monógamo, a pesar de su claro fracaso en las consecuencias derivadas de este como, divorcios, violencia de pareja etc. sigue exigiendo una

postura clara a cada individuo involucrado en una relación romántica. En una sociedad mononormativa y centrada en la pareja, esta postura es muchas veces impuesta y sostenida por falta de información y por procesos cognitivos como atención selectiva, necesidad de ser congruentes y evitar disonancia etc. El hecho de que la gente esté informada respecto a las distintas opciones de modelos relacionales, de tal forma que la monogamia sea algo que se pueda elegir libremente entre ellos, resulta fundamental para el ejercicio del derecho a decidir sobre nuestros vínculos afectivos y la propia sexualidad.

Comprender los procesos en los que el estigma social más amplio hacia la no monogamia puede internalizarse y afectar el bienestar, propone una nueva dirección para la investigación en la intersección de la salud pública, la psicología y la sexualidad. Es crucial buscar que las personas decidan el modelo relacional más conveniente, en función de las necesidades personales de estar en dicha relación, ya que cada relación, provee de beneficios únicos a cada persona.

## Referencias bibliográficas

- Blandón-Hincapié, A. I., & López-Serna, L. M. (2016). Comprensiones sobre pareja en la actualidad: Jóvenes en busca de estabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 505–517. <https://doi.org/10.11600/1692715x.14134271014>
- Briñol, P., Becerra, A., Gallardo, I., Horcajo, J., & Valle, C. (2004). Validación del pensamiento y persuasión. *Psicothema*, 16(4), 606–610.
- Close Relationships: Key readings. (2004). In H. T. Reis & C. Rusbult (Eds.), *Clinical Psychology*. New York, N. Y.: Psychology Press.
- Cohen, M. T. (2016). An Exploratory Study of Individuals in Non-traditional, *Alternative Relationships: How “Open” Are We? Sexuality and Culture*, 20(2), 295–315. <https://doi.org/10.1007/s12119-015-9324-z>
- Cohen, M. T., & Wilson, K. (2017). Development of the Consensual Non-Monogamy Attitude Scale (CNAS). *Sexuality and Culture*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s12119-016-9395-5>
- Conley, T. D., Ziegler, a., Moors, a. C., Matsick, J. L., & Valentine, B. (2012). A Critical Examination of Popular Assumptions About the Benefits and Outcomes of Monogamous Relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 17, 124–141. <https://doi.org/10.1177/1088868312467087>
- Conley, T., Moors, A., Matsick, J., & Ziegler, A. (2013). The fewer the merrier?: Assessing stigma surrounding consensually non-monogamous romantic relationships. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 13(1), 1–30. <https://doi.org/10.1111/j.1530-2415.2012.01286.x>
- Escobar-Mota, G., & Sánchez-Aragón, R. (2014). Sentimientos y pensamientos ante acuerdos monógamos y no monógamos. *Aportaciones Actuales de La Psicología Social*, II, 363-369.
- Furman, W., & Simon, V. A. (2006). Actor and partner effects of adolescents’ romantic working models and styles on interactions with romantic partners. *Child Development*, 77(3), 588–604. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00892.x>

- Gonzaga, G. C., Haselton, M. G., Smurda, J., Davies, M. Sian, & Poore, J. C. (2008). Love, desire, and the suppression of thoughts of romantic alternatives. *Evolution and Human Behavior*, 29, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2007.11.003>
- INEGI. (2021). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). In Comunicado de prensa núm . 114/21 . Retrieved from [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_14FEB21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_14FEB21.pdf)
- Matsick, J. L., Conley, T. D., Ziegler, A., Moors, A. C., & Rubin, J. D. (2014). Love and sex: polyamorous relationships are perceived more favourably than swinging and open relationships. *Psychology and Sexuality*, 5(4). <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.832934>
- McDaniel, R., & Twist, M. L. C. (2018). Designer relationships: a guide to happy monogamy, positive polyamory, and optimistic open relationships, edited by Mark A. Michaels and Patricia Johnson. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(3), 364–366. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1192596>
- McGuire, W. J., & Papageorgis, D. (1961). The relative efficacy of various types of prior belief-defense in producing immunity against persuasion. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(2), 327–337. <https://doi.org/10.1037/H0042026>
- Metzger, M. J., Hartsell, E. H., & Flanagin, A. J. (2020). Cognitive Dissonance or Credibility? A Comparison of Two Theoretical Explanations for Selective Exposure to Partisan News. *Communication Research*, 47(1), 3–28. <https://doi.org/10.1177/0093650215613136>
- Moors, A. C., Schechinger, H. A., Balzarini, R., & Flicker, S. (2021). Internalized Consensual Non-Monogamy Negativity and Relationship Quality Among People Engaged in Polyamory, Swinging, and Open Relationships. *Archives of Sexual Behavior* 2021 50:4, 50(4), 1389–1400. <https://doi.org/10.1007/S10508-020-01885-7>
- Moors, A., & Matsick, J. (2018). Engagement in and Benefits of Consensually Non-Monogamous Relationships. Psychology Faculty Articles and Research. Retrieved from [https://digitalcommons.chapman.edu/psychology\\_articles/142](https://digitalcommons.chapman.edu/psychology_articles/142)
- Nina-Estrella, R. (2011). ¿Qué nos mantiene juntos ? Explorando el compromiso y las estrategias de mantenimiento en la relación marital. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2197–220).
- Pascual Fernández, A. (2016). Sobre el mito del amor romántico.: Amores cinematográficos y educación. Dedicar. *Revista de Educação e Humanidades*, ISSN-e 2182-018X, No. 10, 2016, Págs. 63-78, 10(10), 63–78.
- Ryan, C., & Jethá, C. (2010). *Sex at dawn: The prehistoric origins of modern sexuality*. New York, N. Y.: Harper Perennial.
- Simpson, A., & Gangestad, S. (1992). Sosexually and Romantic Partner Choice. *Journal of Personality*, 60(1), 31–51.
- Yela García, C. (2000). *El amor desde la psicología social. Ni tan libres, ni tan racionales*. Madrid, España: Pirámide.
- Ziegler, A., Matsick, J., Moors, A., Rubin, J., & Conley, T. (2014). Does Monogamy Harm Women? Deconstructing Monogamy with a Feminist Lens. *Psychology Faculty Articles and Research*. Retrieved from [https://digitalcommons.chapman.edu/psychology\\_articles/134](https://digitalcommons.chapman.edu/psychology_articles/134)

## Los autores

### **Natalia Aguilar Carrillo**

natalia.aguilarca@anahuac.mx

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México

### **Jaagger Rafael Álvarez Cruz**

jaggerflacso@gmail.com

Máster en psicología clínica. Profesor Instructor en la FLACSO-Cuba, Universidad de La Habana (UH), área de Desigualdades Sociales y Políticas de Equidad. Especialista colaborador del servicio de atención a niños y adolescentes del Centro de Estudios de Bienestar Psicológico (CEBPSI), Facultad de Psicología, UH.

### **María de los Ángeles Arrabal Guzmán**

mariaag@ucn.vcl.sld.cu

Policlínico “Santa Clara”

### **Rodney Daniel Ayala Rodríguez**

rodneycgf85@gmail.com

Licenciado en Psicología. Máster en Psicología del Deporte. Psicólogo del Equipo Nacional de Bádminton de Cuba. Psicólogo del equipo de fútbol, en Cienfuegos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4124-6907>

### **Jesús Silva Bautista**

jesiba60@gmail.com

Académico Titular “B” Definitivo Tiempo Completo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM en la carrera de Psicología. Doctor en Humanidades en la línea de Historia y Filosofía de la Ciencia por la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. Su línea de investigación versa sobre diferentes tópicos de la Psicología Social y temáticas derivadas de

la línea "Ciencia y Religión". Responsable de proyectos de investigación financiados por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la DGAPA-UNAM desde el años 2013 a la actualidad. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México

**Ana Laura Bello García**

lalibg30@gmail.com

Licenciada en Psicología. Psicóloga de la agrupación de deportes acuáticos en Cienfuegos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2159-6857>

**Isaac Iran Cabrera Ruiz**

isaacicr@uclv.edu.cu

Licenciado en Psicología, Máster en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Coordinador de la maestría en Intervención Psicosocial.. <https://orcid.org/0000-0001-9354-539X>

**Roxanne Castellanos Cabrera**

roxy@psico.uh .

Doctora en Ciencias Psicológicas, Máster en Psicología Clínica. Profesora Titular, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana (UH). Especialista en atención clínica a niños y adolescentes. Coordinadora general del Proyecto Crianza Respetuosa. Directora del Centro de Estudios de Bienestar Psicológico (CEBPSI), Facultad de Psicología, UH.

**Vanessa Clementino Furtado -**

furtado.vc@gmail.com

Universidade Federal de Mato Grosso e Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Cuiabá - MT Brasil

**Diego D. Díaz-Guerra**

diegod.diazg@gmail.com

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara. Cuba

**Fernanda Eguiarte Olvera**

Fernanda.eguiarteol@anahuac.mx

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México

**Giovanna Escobar Mota**

giovanna.escobarm@anahuac.mx

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México

**Aurora García Morey**

aurora@psico.uh.cu

Profesora Titular, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana (UH). Doctora en Ciencias Psicológicas, Profesora Principal de la asignatura “Evaluación y Diagnóstico Infantil y de la Adolescencia”, Miembro del Proyecto Crianza Respetuosa. Facultad de Psicología, UH. Especialista del servicio de atención a niños y adolescentes del Centro de Estudios de Bienestar Psicológico (CEBPSI), Facultad de Psicología, UH.

**Georgina García**

georgina.garcia@gmail.com

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México

**Marena de la C. Hernández-Luego**

marenahernandezlugo@gmail.com

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara. Cuba

**Nallely Venazir Herrera Escobar**

las.tres.palabras@hotmail.com

Académica de Asignatura “A” Interino en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM en la carrera de Psicología. Su línea de investigación versa sobre diferentes tópicos de la Psicología Social y temáticas derivadas de la línea “Ciencia y Religión”. Actualmente es colaboradora en proyectos de investigación financiados por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la DGAPA-UNAM.

**Elizabeth Jiménez-Puig**

jjimenezpuigelizabeth@gmail.com

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Santa Clara. Cuba

**Ariadna Martínez Requeiro**

amartinezrequeiro@gmail.com

Licenciada en Psicología. Máster en Intervención Psicosocial. Responsable del Departamento de Psicología CEPROMEDE, Cienfuegos. Psicóloga de la agrupación de coordinación y arte competitivo en Cienfuegos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5994-4896>

**Ángel Joel Méndez López**

menanjo@uv.es

Psicólogo, Abogado, Master en Desarrollo Comunitario, Doctor en Ciencias Sociológicas, Doctor en Cooperación al Desarrollo y Doctor en Ciencias Sociales. Docente Investigador. <https://orcid.org/0000-0001-6587-580X>

**Daidy Pérez Quintana**

daidy.perez@psico.uh.cu

Licenciada en Psicología. Profesora Instructora de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana (UH). Profesora de las asignaturas: “Psicoterapia infantil”, “Evaluación y diagnóstico infantil y de la adolescencia” y “Orientación psicológica”, Facultad de Psicología, UH. Miembro del Proyecto Crianza Respetuosa. Especialista del servicio de atención a niños y adolescentes del Centro de Estudios de Bienestar Psicológico (CEBPSI), Facultad de Psicología, UH.

**Ahmed José Pomares Avalos**

ahmed881213@gmail.com

Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba.

**Cristina Portilla Rodríguez**

cristina.portillaro@anahuac.mx

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México

**Sandy Ravelo Vigoa**

sandyravelovigoa@gmail.com

Licenciado en Psicología. Máster en Psicología del Deporte. Psicólogo de la agrupación de deportes de resistencia, en Cienfuegos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4914-3585>

**Diana Rosa Rodríguez González**

dianarg@uclv.cu

Universidad Central de las Villas “Marta Abreu”. Santa Clara, Cuba

**Armando Sánchez Gutiérrez**

saga\_40880@yahoo.com

Padrón Estatal de Investigadores (Cocytieg), StaconalepG, Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (Smip). - <http://orcid.org/0000-0003-0654-6285>. Zihuatanejo. Guerrero. México.

**Antonio Jesús Segura Sánchez**

Licenciado en Psicología. Máster en Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud. Doctor en Psicología. Experto en Evaluación y Peritaciones Judiciales. Profesor en la Universidad de Almería. Profesor de Criminología UEMC. Divulgador Científico desde hace 10 años en Grupo AtresMedia Radio

**Dunia Gladys Silverio González**

dnas21@outlook.com

Policlínico “Santa Clara”

**Hugo Adair Torres Reynoso**

hugo.torresre@anahuac.mx

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México

**Mariana Villa Brunel**

mariana.villabr@anahuac.mx

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México

**Adriadna Villalobos Sosa**

adryvs89@gmail.com

Licenciada en Psicología. Máster en Psicología del Deporte. Psicóloga de la agrupación de deportes con pelota en Cienfuegos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0241-0970>

**Dionisio Félix Zaldívar Pérez.**

dionisio@psico.uh.cu

Doctor en Ciencias psicológicas. Profesor Emérito de la Universidad de La Habana. Profesor de la Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

**Litzy Zamora Montero**

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



Alternativas cubanas en Psicología es una publicación cuatrimestral de la Red cubana de Alternativas Cubanas en Psicología, que se propone esencialmente mostrar el hacer y el pensar de los psicólogos y psicólogas cubanos en toda su diversidad y riqueza, en las diferentes regiones del mundo en las que crece y toma perfiles particulares sin renunciar a su identidad. Profesionales comprometidos con el desarrollo de una Psicología “con todos y para el bien de todos”.

Se trata de una revista científica y profesional, que incluye diferentes secciones dirigidas a los profesionales de la psicología, de las disciplinas afines y a todos aquellos interesados en la psicología.

La revista tiene un Consejo Editorial y un Comité Editorial. Para la publicación de la revista, se trabaja también con un comité de evaluadores externos, designado específicamente por el Consejo Editorial y Comité Consultor, para la elaboración de cada número. Estos tres grupos velan por la calidad formal y de contenido de la revista. Garantizan que solo se publiquen trabajos debidamente arbitrados por profesionales de alto nivel y de probada capacidad para el ejercicio de la valoración de calidad.

Alternativas cubanas en Psicología se publica en versión digital, en formato pdf con el ánimo de que sea fácilmente distribuida. Su uso con fines profesionales, científicos, académicos, está permitido. Está asociada al dominio <http://www.acupsi.org>. Se pueden establecer links desde otros dominios, hospedarla en redes o páginas sin fines de lucro.

La revista se hace gracias a la acción mancomunada y desinteresada de los psicólogos y psicólogas cubanos que contribuyen de diferentes modos a su publicación. Asimismo cuenta con el apoyo y el auspicio de instituciones profesionales y científicas de psicología de nuestro continente.

Siendo que el trabajo de los psicólogos y psicólogas cubanos se integra y apoya en el trabajo de muchos profesionales y académicos de la psicología de toda la América Latina, la revista publica también trabajos de profesionales de otros países que evidencien una comunidad con el hacer y pensar de los cubanos.

### **Normas Editoriales**

Los interesados en presentar artículos para su publicación deben enviar sus propuestas al Coordinador Editorial a alguna de las siguientes direcciones: [manolo.calvino@gmail.com](mailto:manolo.calvino@gmail.com); [manuelc@psico.uh.cu](mailto:manuelc@psico.uh.cu) Los artículos deberán enviarse por correo electrónico como archivo adjunto en Word de versión reciente.

En la primera hoja deberá incluirse: Título (Mayúscula, Arial 16; longitud máxima de 15 palabras); Autor(es), centrado; primero nombre(s) y después apellido(s); Dirección electrónica del o los autores en pie de página. Entidad o Institución a la cual pertenece/n, centrado; Ciudad y País de residencia. Deberá integrarse al inicio un resumen no mayor de 200 palabras, palabras clave, con versiones en español e inglés. Asimismo, deben consignar título, y de 3 a 5 palabras clave en los dos idiomas.

En coherencia con la diversidad expresiva de los diferentes modos de hacer y pensar la psicología, La revista aceptará formas narrativas diversas, siempre y cuando sean formalmente adecuadas y rigurosas.

Solo se publicarán trabajos en español y en portugués.

Los trabajos deberán tener un máximo de 20 hojas, incluyendo tablas, figuras y bibliografía, en letra Arial de 12 puntos, a espacio y medio. Formato Carta (21,59 x 27,94), con márgenes de 2 cm por los cuatro bordes (superior, inferior, izquierda, derecha). Todas las páginas estarán numeradas incluyendo bibliografía, ilustraciones, gráficas, tablas y anexos.

Para la normalización de las citas en el texto y notas al pie de página consultar el Manual de Normalización de Trabajos Científicos en el sitio de la BVS ULAPSI

(<http://newpsi.bvs-psi.org.br/ulapsi/ManualCitacoesTextoNotasPagina.pdf>)

Para la normalización de las referencias consultar el Manual en el sitio de la BVS ULAPSI (<http://newpsi.bvs-psi.org.br/ulapsi/ManualReferencias.pdf>)

Cada artículo recibido será enviado a dos consultores integrantes del Comité de Evaluación Externo, expertos en la temática y de países distintos al del/los autor/es del artículo propuesto, a quienes se les solicitará leer los trabajos validándolos respecto a su cumplimiento de las normas editoriales y mostrando su relevancia en torno a la pertinencia en el cumplimiento de los objetivos de la revista. En caso de disparidad de decisiones entre los evaluadores, se recurrirá a un tercer árbitro.

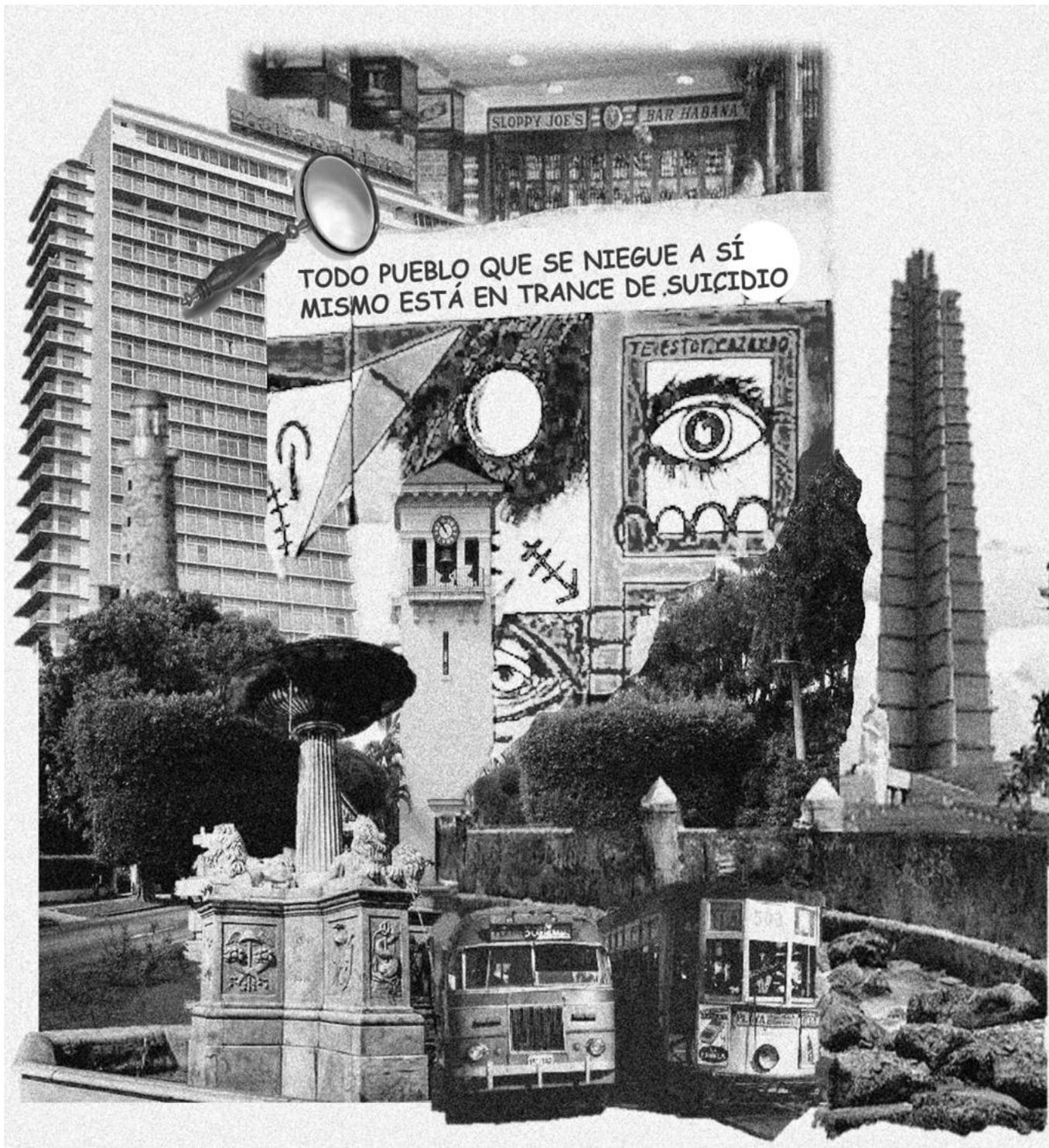
Los miembros del Comité de Evaluación Externo que revisen los trabajos podrán solicitar a su/s autor/es la aclaración o corrección parcial de estos.

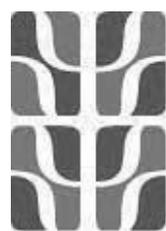
Si el artículo no resulta aprobado los evaluadores expresarán sus observaciones a los autores, las cuales las harán llegar de manera confidencial y personal.

Deben enviarse preferentemente artículos inéditos. Cuando se solicita la publicación en la revista de un artículo ya publicado en otro medio, los autores deberán hacer saber esto al conocimiento del Comité Editorial, y testimoniar el acuerdo de la editora que ya lo publicó. El Comité Editorial analizará y resolverá si es o no conveniente la publicación de dicho material.

La presentación del trabajo no implica necesariamente su publicación. El material presentado no será devuelto a su/s autor/es en caso de no publicación.

Las opiniones vertidas en los artículos no serán responsabilidad de la revista, ni de los miembros del Comité Editorial o el Comité Consultor, ni de las instituciones involucradas en su publicación, sino exclusivamente del/los autor/es.



 ALTERNATIVAS  
cUBanas  
en psicología