

No. Oficio 156 / 2023

EVALUACIÓN DE LIBRO

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Dra. Nora Hernández Martínez

Dra. Norma Edith Cruz Chávez

Dr. Jesús Enrique Aguilera Medina

Presente. -

A continuación, se anexa el dictamen del libro:

DETERMINANTES BIOPSIICOSOCIALES DE LA SALUD

EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: EVIDENCIAS DE INVESTIGACIÓN

El documento original que incluye 19 capítulos fue remitido al Comité Científico de esta institución el 03 de mayo de 2023 y de acuerdo con el procedimiento de pares ciegos se adjudicó a 2 investigadores adscritos al Comité el 8 de Mayo del mismo año. Las evaluaciones se concluyeron el 8 de Junio del año referido.

La recomendación final fue **APROBADO**, después de que se reportaron cambios menores en cada capítulo y los cuales se anexaron en el documento en extenso.

Se adjunta el Formato de Evaluación emitida por los evaluadores en forma integral. Se omiten sus nombres, pero se hace constar que se encuentra bajo resguardo en esta Dirección.

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LIBRO

Estimado Investigador(a) se le solicita atentamente emita Usted el dictamen del Libro que se anexa considerando los criterios indicados e incorpore los comentarios y/o recomendaciones respecto de las características de la obra en cuestión. El dictamen se realiza siguiendo la modalidad de *doble ciego* omitiendo el nombre autor o autores y conservando el anonimato del dictaminador.

TÍTULO DE LA OBRA:

DETERMINANTES BIOPICOSOCIALES DE LA SALUD
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: EVIDENCIAS DE INVESTIGACIÓN

| DATOS DEL DICTAMINADOR. ¹ | |
|--------------------------------------|-------|
| Nombre completo---- | ----- |
| Institución | ----- |
| Disciplina - | ----- |
| Grado Académico/SNII | ----- |
| Fecha | ----- |

| CONTENIDO | Totalmente en desacuerdo | Parcialmente en desacuerdo | Regularmente | Parcialmente de acuerdo | Totalmente de Acuerdo |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------|-------------------------|-----------------------|
| Se considera que los capítulos de libro obedecen a un hilo lógico-metodológico representado por el título de la obra. | | | | | X |
| El libro presenta en sus primeros apartados la idea general de la obra y explica con claridad el contenido de cada capítulo. | | | | | X |
| Los capítulos de libro se encuentran equilibrados en cantidad de contenido. | | | | X | |
| La redacción de cada capítulo permite la lectura fluida del documento. | | | | | X |
| Cada capítulo de libro de forma individual presenta aportaciones de interés científico. | | | | | X |
| Cada capítulo de libro de forma individual presenta aportaciones de interés científico. | | | | | X |
| La distribución de los capítulos de libro presenta una estructura lógica y adecuada al entendimiento de los fines enunciados en la introducción o prólogo. | | | | X | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| edacción, claridad del texto | | | | | X |
| l libro presenta innovaciones en el contenido de alguno o algunos de sus capítulos. | | | | | X |
| l libro mantiene coherencia en sus contenidos | | | | | X |
| os recursos expositivos o analíticos –gráficas, tablas /estilo de escritura resultan claros y precisos para favorecer la composición de sus argumentaciones. | | | | | X |
| as referencias bibliográficas de los capítulos son pertinentes, suficientes y actualizadas. | | | | | X |
| os capítulos de libro mantienen uniformidad respecto a alguna norma editorial. | | | | | X |

¹ Sus datos son confidenciales de acuerdo con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

DICTAMEN:

En términos generales recomienda:

- A) Aprobado
- B) Aprobado con Correcciones menores
- C) Rechazado

COMENTARIOS AL LIBRO Y/O RECOMENDACIONES:

En el texto que permite observar la tarea investigativa en enfermería. Presenta resultados de investigación.

Se extiende la presente constancia de evaluación para los usos que al interesado convengan el 30 de Junio de 2023.

ATENTAMENTE



*Silvia Guadalupe
Soltero Rivera*
JEFA DE ENFERMERAS
MATRICULA 99204791

Dra. Silvia Guadalupe Rivera

Comite Cientifico



DETERMINANTES BIOPSIICOSOCIALES DE SALUD EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: EVIDENCIAS DE INVESTIGACIÓN

COORDINADORES

Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Nora Hernández Martínez

Norma Edith Cruz Chávez

Jesús Enrique Aguilera Medina



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DETERMINANTES BIOPSIKOSOCIALES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: EVIDENCIAS DE INVESTIGACIÓN

COORDINADORES

Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Nora Hernández Martínez

Norma Edith Cruz Chávez

Jesús Enrique Aguilera Medina



UANL

Dr. Santos Guzmán López
Rector

Juan Paura García
Secretario General

Dr. José Javier Villarreal
Secretario de Extensión y Cultura

Lic. Antonio Ramos Revillas
Director de Editorial Universitaria

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Directora de la Facultad de Enfermería

D.R.© Universidad Autónoma de Nuevo León

Av. Francisco I. Madero S/N, Mitras Centro, 64460 Monterrey Nuevo León.

Primera edición, 2023

ISBN: 978-607-27-2101-2

Determinantes biopsicosociales de la salud en adolescentes y jóvenes:Evidencias de Investigacion [coordinadores-
autores] © **Velia Margarita Cárdenas Villarreal**, Nora Hernández Martínez, Norma Edith Cruz Chavez , Jesus Enrique Aguilera
Medina.

E-Book : 247 páginas

Para su publicación esta obra ha sido dictaminada por el sistema académico de pares ciegos. Los juicios expresados son responsabilidad del autor o autores y fue aprobada para su publicación.

© Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción de esta obra, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento previo por escrito de los autores en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor.

Impreso y Hecho en México

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Prólogo | I |
| Autores | V |
| Agradecimientos | VII |
| | |
| Capítulo 1 | |
| <i>Estrés percibido durante el confinamiento COVID-19 en universitarios.</i> | 1 |
| Dra. Nora Hernández Martínez, Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Dra. Norma Edith Cruz Chávez, Dr. Jesús Enrique Aguilera Mediana | |
| | |
| Capítulo 2 | |
| <i>Estrés académico y nivel de ansiedad en estudiantes universitarios.</i> | 14 |
| MCE. Ingrid Jazmín Treviño Vázquez, Derik Williams Rodríguez Rivera, Debanhi Jasmín Muñoz Llanas, Marlen Gómez de la Cerda, Odalys Prado Cabriales, Camila Michelle Prado Bazaldúa, Sandra Michelle Zendejo Flores, Jesús Eduardo Tirado Rodríguez, Eyden Yahir López Álvarez, José de Jesús Charles Borrego, Deila Naidely Martínez Flores, Naidelyn Leonor Paz González, Ximena Mariluz López Médeles, Valeria Monserrat Tienda Sustaita. | |
| | |
| Capítulo 3 | |
| <i>Estrés percibido en estudiantes de enfermería.</i> | 30 |
| MCE. Blanca Lidia Ortiz Atilano, Dra. Annel González Vázquez, Diaz Morales Berenice, Flores Sánchez Luis Ángel, Guerra Reyna Zeldy Guadalupe, Juárez González Yeraldi Guadalupe, Parra Mendoza Alexis, Rodríguez García Mónica Lizeth, Rodríguez Ruiz Luisa Alejandra. | |
| | |
| Capítulo 4 | |
| <i>Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de una universidad pública.</i> | 38 |
| MCE, Blanca Araceli Gloria Delgado, De la Cruz Hernández Bianca Clementina, Del Ángel Hernández Fernanda, Ortiz de la Rosa Jacqueline Andrea, Pecina Gámez Karen Isabella, Reyes Beatriz Alejandra, Rodríguez Alvarado Rubí Aglaé, Rodríguez Ortega Ana Gabriela. | |
| | |
| Capítulo 5 | |
| <i>Depresión en adolescentes de nivel medios superior.</i> | 52 |
| MCE. Carmelita Pedraza Loreda, Vanessa Lizeth Ortiz Martínez, Brandon Aurelio Reyna Cedillo, Paola Martínez Moreno, José Alberto Burgoa Méndez, Isaac Eduardo Jiménez Procopio. | |
| | |
| Capítulo 6 | |
| <i>Salud mental positiva en estudiantes de enfermería de pregrado.</i> | 62 |
| Dr. Jesús Enrique Aguilera Medina, Emilio Gael Sánchez Acevedo, Eva Marisa Mar Monterrubio. | |
| | |
| Capítulo 7 | |
| <i>Estudio de bullying escolar en estudiantes universitarios.</i> | 74 |
| MPLO. Sofia Lizzeth Martínez Ortiz, Aguirre Hernández Krizia Yaretzi, Garza Robles Jesús Antonio, Gutiérrez García Ivanna, Monjaras Mendoza Iliana Victoria, Zumaya cortes Vanessa Guadalupe. | |
| | |
| Capítulo 8 | |
| <i>Uso de estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios.</i> | 84 |
| Dr. Gerónimo Esequiel Luna Salazar, Dra. María Guadalupe Martínez Márquez, Angela Paola Castillo Medina, Valeria Michelle Espinosa Moreno. | |

| | |
|--|------------|
| Capítulo 9 | |
| <i>Estrategias de enseñanza en la práctica clínica para estudiantes de enfermería.</i> | 93 |
| Dra. María Guadalupe Martínez Márquez, Leslie Abigail Patiño Reyna, Alejandra Reyes Chávez, Alonso Emmanuel Robledo Ruiz, Juan José Urdiales Rodríguez. | |
| Capítulo 10 | |
| <i>Factores y accesibilidad de las TIC'S en el proceso de aprendizaje en estudiantes de enfermería.</i> | 107 |
| Ing. Erasmo Argenis Castillo Espinoza, Cynthia Alejandra Hernández Ibarra, Dulce Maribel Contreras Méndez, Elizabeth Ipiña Hernández, Kevin Axel Díaz López, Loreida Montserrat Muñoz Gonzáles, Oscar Felipe Báez Moreno, Zayra Guadalupe Estrada Pérez. | |
| Capítulo 11 | |
| <i>Exposición e impacto familiar del COVID-19 en la vida de jóvenes universitarios.</i> | 129 |
| Dra. Nora Hernández Martínez, Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Dra. Norma Edith Cruz Chávez, Dr. Jesús Enrique Aguilera Medina. | |
| Capítulo 12 | |
| <i>Comportamiento de actividad física antes y después pandemia del coronavirus COVID-19 (SARS-COV2 en jóvenes universitarios.</i> | 144 |
| Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, MCE. Cynthia Alejandra Gonzáles Barrón, Dr. Milton Guevara Valtier, MCE Danilo Castro Sifuentes, Rolando Manuel Gómez Contreras. | |
| Capítulo 13 | |
| <i>Autoeficacia en la conducta alimentaria y locus control de peso en adolescentes.</i> | 155 |
| MCE. Tannia Castillo Estrada, Dra. Rosario Edith Ortiz Félix, , Dra. Patricia Enedina Miranda Félix. | |
| Capítulo 14 | |
| <i>Uso del etiquetado nutricional y estado nutricio en jóvenes.</i> | 169 |
| Dr. Jesús Melchor Santos Flores, Lizbeth Flores Herrera, Ruth Adamaris Robles Cárdenas, Perla Rubí Zavala Bocanegra, Arleth Alcántara Fernández, José Eduardo Alcorta Castellanos. | |
| Capítulo 15 | |
| <i>Autogestión: Adultos indígenas con diabetes tipo 2 en el área metropolitana de Nuevo León.</i> | 184 |
| Dra. María de los Ángeles Paz Morales, Lucina Aidée Mireles de Jesús, Teresa de Jesús Quintanar Sánchez, Karina Monserrat Tello Niño, Atzhiry Vázquez Rodríguez, Esmeralda Vanessa Viezca López y Erica Jeanneth Zepeda Carrizosa | |
| Capítulo 16 | |
| <i>Calidad del sueño en personal de enfermería</i> | 198 |
| MCE. Francisco Rolando Martínez Robledo, Asiris Scarlet Pizaña Martínez, Andrea Yamileth Vallejo Rodríguez, Wendy Montserrat de Jesús Sánchez, Raquel Eunice Moreno Saucedo. | |
| Capítulo 17 | |
| <i>COVID persistente en personas con hipertensión arterial</i> | 209 |
| Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde, Cecilia Gabriela Arredondo Pérez, Mahatma Sofia Aparicio Lara, Mariana Mendoza Moreno, Daniel Roberto Oviedo Moreno, América Giselle Sánchez Villanueva, Virginia Guadalupe Solís Almaguer. | |

Capítulo 18

Nivel de inteligencia emocional de los futuros padres adolescentes durante el embarazo.

217

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez, Mairely Sarahi Castillo González, Arely Abigail Figueroa Martínez, Amanda Patricia Grimaldo Reyes, Grecia Susete Guzmán Rodríguez, Grecia Hernández Cervantes, Alexa Paulina Rodríguez Alcalá, Alexa Damaris Rodríguez Rivera

Capítulo 19

Riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo II en estudiantes del área de salud.

231

DCE. Norma Edith Cruz Chávez, Lizbeth Arriaga Estrada Kenya, Daniel Jorge de Jesús Bautista Ortiz, Ma. Guadalupe Evangelista Tobías, Litzzy Rubí Sánchez Soto, María Fernanda Vega Fierros

PRÓLOGO

La presente obra, "Determinantes biopsicosociales de la salud en adolescentes y jóvenes: Evidencias de investigación", es una compilación de informes de investigación desarrollados por profesores, investigadores y estudiantes de pregrado y posgrado que integran los Grupos y Líneas de Generación y Aplicación del Conocimiento relacionadas con el estudio grupos vulnerables, que trabajan en red en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El libro consta de diecinueve capítulos, elaborados con rigurosidad y siguiendo los principios de un informe científico, todos han sido aprobados por un comité de investigación en ética y han sido evaluados por un comité de revisión académico y doble ciego, lo que permite garantizar la calidad de la información que se presenta.

El libro "Determinantes biopsicosociales de la salud en adolescentes y jóvenes: Evidencias de investigación" ofrece una información sobre los principales factores de riesgo que pueden afectar el bienestar de los adolescentes y jóvenes mexicanos. Entre estos se destacan la salud mental, el estrés, la depresión, los problemas de nutrición y la actividad física. También se abordan estudios relacionados con el aprendizaje y el rendimiento académico. Conocer cómo se manifiestan e interactúan estos factores de riesgo permitirá evaluar su magnitud y trascendencia social. Para los profesionales de la salud esta información podrá ayudar a los tomadores de decisiones de salud a conocer más sobre las prevalencias y sobre cómo intervenir en estas problemáticas para prevenir y controlar estos factores de riesgo y lograr un bienestar en la población de estudio. Para los estudiantes, estos informes de investigación pueden servir como una herramienta metodológica que guíe en la implementación de proyectos y la presentación de informes de investigación.

Esta obra está dirigida a estudiantes, docentes y profesionales que trabajan en los distintos niveles de atención de la salud, que están interesados en la fascinante actividad de la investigación científica. Pretende motivar a futuros jóvenes investigadores a utilizar y aplicar el método científico para responder preguntas sin resolver. Su utilización como libro de texto o material de consulta puede ayudarles a desarrollar competencias en investigación de manera sencilla, sin perder la rigurosidad del método científico y su importancia en la ciencia de enfermería. En sí, se espera que este libro motive a sus lectores a apreciar el valor de ser usuarios y generadores del conocimiento a través de la extraordinaria aventura de la investigación científica, así como a contribuir a su formación y entrenamiento, y promover la investigación al servicio de la sociedad.

Los resultados presentados son solo una primera aproximación; sabemos que queda mucho por hacer, pero consideramos que es un buen punto de partida para contribuir a mejorar la salud de una población tan importante como son los adolescentes y jóvenes.

Los principales objetivos de cada capítulo se describen a continuación:

Capítulo 1: Determinar el estrés percibido durante el confinamiento covid-19 en estudiantes universitarios.

Capítulo 2: Identificar los niveles de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios de la sede de Linares NL.

Capítulo 3: Identificar el estrés percibido de los estudiantes de licenciatura en enfermería.

Capítulo 4: Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de enfermería de una universidad pública.

Capítulo 5: Determinar el nivel de depresión en adolescentes de nivel medio superior, así como las características sociodemográficas de los adolescentes con depresión.

Capítulo 6: Conocer la salud mental positiva de los estudiantes de enfermería.

Capítulo 7: Describir las Estrategias de Aprendizaje empleadas por estudiantes Universitarios de Enfermería.

Capítulo 8: Identificar los factores y la accesibilidad a las TIC's además de describir el uso y la experiencia que se le da a las TIC's por parte de los estudiantes de enfermería.

Capítulo 9: Determinar la exposición y el impacto familiar por el COVID 19 en los jóvenes universitarios en su vida cotidiana.

Capitulo10: Valorar el impacto del confinamiento a través de encuesta a estudiantes universitarios, con el fin de comparar el comportamiento de la actividad física antes y después del confinamiento por COVID-19 y por sexo.

Capitulo11: Determinar la influencia de la autoeficacia en la conducta alimentaria y locus control de peso sobre el IMC de adolescentes universitarios.

Capítulo 12: Determinar la prevalencia de bullying en estudiantes universitarios en cuanto al sexo y edad en una Universidad Pública del Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Capitulo13: Describir la autogestión de diabetes en personas Indígenas que residen en el área Metropolitana de Monterrey Nuevo León, a través de un diseño de tipo descriptivo transversal.

Capítulo 14: Determinar la calidad de sueño en el personal de enfermería que labora en instituciones hospitalarias del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Capítulo 15: Determinar los conocimientos, comprensión y uso de las etiquetas nutricionales según el estado nutricional en jóvenes.

Capítulo 16: Determinar la calidad del sueño en el personal de enfermería que labora en instituciones hospitalarias del área metropolitana de Monterrey Nuevo León.

Capítulo 17: Describir los síntomas de COVID persistentes en personas con hipertensión arterial alta.

Capítulo 18: Identificar el nivel de inteligencia emocional en los futuros padres adolescentes durante su embarazo.

Capítulo 19: Conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años en estudiantes del área de la salud.

COORDINADORES

Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Posdoctorado y Doctorado en Enfermería. Profesora de Tiempo Completo Titular en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNII) Nivel II del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT). Línea de investigación Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar cronicidad y en poblaciones vulnerables.

Norma Edith Cruz Chávez

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato) CONAHCYT. Línea de investigación Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar cronicidad y en poblaciones vulnerables.

Nora Hernández Martínez

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato) CONAHCYT. Línea de investigación Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar cronicidad y en poblaciones vulnerables.

Jesús Enrique Aguilera Medina

Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la UANL. Enfermero General del Hospital Regional de Psiquiatría No 22 del Instituto de Seguro Social, Certificación de calidad como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería.

AUTORES

Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Posdoctorado y Doctorado en Enfermería. Profesora Titular en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNI) Nivel II del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT). Línea de investigación Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar cronicidad y en poblaciones vulnerables.

Nora Hernández Martínez

Dra. En Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato) CONAHCYT. Línea de investigación Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar cronicidad y en poblaciones vulnerables.

Norma Edith Cruz Chávez

Dra. En Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato) CONAHCYT. Línea de investigación Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar cronicidad y en poblaciones vulnerables.

Jesús Enrique Aguilera Medina

Dra. En Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la UANL. Enfermero General del Hospital Regional de Psiquiatría No 22 del Instituto de Seguro Social, Certificación de calidad como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería.

Blanca Lidia Ortiz Atilano

Maestra con Especialidad en Materno Infantil Pediátrica. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, Miembro Activo de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau, Certificado por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería.

Annel González Vázquez

Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería UANL. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Candidato) del CONAHCYT. Miembro activo de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau.

Blanca Araceli Gloria Delgado

Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Competo de la Facultad de Enfermería de Universidad Autónoma de Nuevo León. Certificación de calidad como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería.

Carmelita Pedraza Loredo

Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León. Certificación de calidad como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería.

Rosario Edith Ortiz Félix

Doctorado y Maestría en Ciencias de Enfermería. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI, C) del CONAHCYT., Línea de investigación Conductas de Riesgo para Enfermedades Crónico-Degenerativas (sobrepeso, obesidad y diabetes en mujeres embarazadas, lactantes, niños y adolescentes con énfasis en investigación social.

Sofía Lizzet Martínez Ortiz

Maestra en Psicología, Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Certificación de calidad como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería.

María de los Ángeles Paz Morales

Doctor en Educación. Profesora Titular en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel II del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT). Línea de investigación Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar cronicidad y en poblaciones vulnerables.

Francisco Rolando Martínez Robledo

Maestría en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Certificación de calidad como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería.

Jesús Melchor Santos Flores

Doctor en Educación. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Jefe de Enseñanza, Investigación en Salud y Gestor de Calidad del Hospital General de Sabinas Hidalgo de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. Nivel Candidato Sistema Nacional de Investigadores de CONACyT.

María Guadalupe Martínez Márquez.

Doctora en Filosofía con acentuación en Estudios de la Educación. Profesora Titular en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería.

Juana Mercedes Gutiérrez Valverde.

Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor-Investigador de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nivel 1 candidato Sistema Nacional de Investigadores de CONAHCYT. Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma.

Rosalva del Carmen Barbosa Martínez.

Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel I del CONAHCYT y Certificación de calidad como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería. Y de la Red Nacional de Sexualidad.

Gerónimo Esequiel Luna Salazar.

Doctor en Educación con orientación en constructivismo. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la UANL. Tutor académico y de investigación con estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Reconocimiento de perfil deseable PRODEP.

Erasmo Argenis Castillo Espinoza.

Ingeniero en Sistemas. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la UANL. Tutor académico y de investigación con estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Reconocimiento de perfil deseable PRODEP.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS PERCIBIDO DURANTE EL CONFINAMIENTO COVID-19 EN UNIVERSITARIOS

Dra. Nora Hernández Martínez
Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Dra. Norma Edith Cruz Chávez
Dr. Jesús Enrique Aguilera Medina

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción: La pandemia mundial COVID-19 provocó una serie de cambios en las familias y personas, como preocupación por infectarse, paralización de actividades económicas, cierre de escuelas y confinamiento, que conllevó a una serie de alteraciones en las normas socialmente restrictivas, que provocaron que la comunicación interpersonal fuera disminuida, las vidas cotidianas de los estudiantes universitarios se vieron afectadas por la interrupción de las actividades presenciales, su poca interacción con otros de su misma edad, incrementó el estrés y la ansiedad con su familia y sus actividades escolares.

Objetivo: fue determinar el estrés percibido durante el confinamiento covid-19 en estudiantes universitarios **Metodología:** Estudio descriptivo con una muestra de 164 jóvenes universitarios de Monterrey NL. Se utilizó el Instrumento de Escala de Estrés percibido (EEP) de Campo et al., 2014. **Resultados:** la edad fue de 18 a 24 años en un 72%, solo 4.3% era estudiante y laboraba, en el 78% predominó el sexo femenino, el 39% señala que de vez en cuando le ha afectado algo que ocurrió inesperadamente, el 41.1% casi nunca se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida, el 39% de vez en cuando se ha sentido nervioso, 39.9% ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales, el 44.8% de vez en cuando ha sentido que las cosas le van bien, el 53% ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer, el 40.5% de vez en cuando ha podido controlar las dificultades de su vida, sobre si ha tenido todo bajo control el 52.1% señala de vez en cuando, si se ha mostrado enfadado por las cosas que le han ocurrido se reportó en el 44.2%, el 39% señala de vez en cuando hace sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueda superarlas. **Conclusión:** el estrés percibido fue alto en el 95.7% de los estudiantes durante el confinamiento por covid-19, por género se encontró que las mujeres percibieron estrés alto en el 77.2% y en el caso de los hombres fue de 22.4%

Palabras clave: Estrés, COVID-19, Estudiantes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en Wuhan-China el primer caso de coronavirus SARS-CoV-2 que caracterizó al agente etiológico como un nuevo coronavirus al que se le

denomina COVID-19. La situación que alarmó al pueblo asiático fue el incremento de los casos, que en cuestión de meses se convirtió en una pandemia (Balluerka et al., 2020; Ding et al., 2020). Lo que provocó una serie de cambios en las familias y personas como, preocupación por infectarse,

paralización de actividades económicas, cierre de escuelas y confinamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020; Cui et al., 2022).

La OMS hace referencia que, la infección por un coronavirus se puede alojar en personas y animales; así mismo, causa una variedad de enfermedades en los humanos. El proceso infeccioso inicia principalmente en aparato respiratorio y puede causar síndromes respiratorios severos. Inicialmente se identificaron síntomas similares a la gripe, tales como fiebre, tos, disnea, mialgias y fatiga a lo que se le sumaron como principales manifestaciones, la pérdida de olfato y el gusto; en los casos más graves se presentaron sepsis, choque séptico, neumonía, e incluso la muerte (Ruiz & Jiménez 2020).

Respecto a la población del mundo actual en mayo del 2020 se reportaron son 7.9 billones de personas, de las cuales 1.200 millones son jóvenes de entre 15 a 24 años. La OMS reportó 4, 006,257 de personas contagiadas y 278,892 fallecidos, de los que han fallecido 36 mil fueron jóvenes, así también se han reportado 48,318 casos con secuelas físicas y emocionales en Estados Unidos y en una gran cantidad de países de Europa especialmente Reino Unido, España e Italia. En México 906,000 jóvenes se infectaron de COVID-19 y en Nuevo León se reportaron 197,104 personas infectadas (United Nations, 2019).

Las actividades y roles cambiaron en el panorama mundial por la paralización de las actividades de la vida cotidiana, económicas y sociales, (Bárcena, 2020). Fueron prohibidos viajes y desplazamientos, cierre de fronteras, cierre de edificios públicos, lugares de trabajo, escuelas y universidades, así como de la movilidad humana entre residencias, ciudades, países y continentes, que afectó severamente muchos renglones de la economía (Balluerka et al., 2020; Ding et al., 2020; OMS, 2020)

Fueron reportados como consecuencias primero el desconocimiento de la enfermedad, así como, su comportamiento epidemiológico, (United Nation Educational Scientific and Cultural Organization. "UNESCO", 2020). Y a nivel económico por la pérdida del empleo o al

fallecimiento de familiares, cuyo rol era el de proveedor principal en el ámbito de la educación; afecto a más de 17 millones de estudiantes, y a 80 millones de docentes, porque las clases pasaron de ser presencial a llevarse en línea (Xiao, 2020), bajo las normas socialmente restrictivas ha reducido las interacciones personales (Talledo, C. 2021), además de temores y preocupaciones relacionadas con la incertidumbre generalizada e incluso conductas agresivas que pueden derivar en violencia intrafamiliar (Zandifar, et al. 2020).

La dinámica de la familia cambio, ya que la gran mayoría de habitantes debieron permanecer en sus hogares para preservar su salud física y la de sus familiares; se cambiaron las rutinas habituales de entrada y salida de las casas, para minimizar los riesgos sanitarios de transmisión, y se extremaron los cuidados para no poner en peligro a los integrantes del grupo familiar. Por otro lado, las relaciones familiares durante el confinamiento, y las interacciones que se dan con las personas, se han visto afectadas por diversos factores como los son: el espacio físico dentro de la casa, la cantidad de personas que viven en el hogar, la cantidad de servicios disponibles para todos, entre otras; Incrementando el estrés y ansiedad por la situación sanitaria e incertidumbre (Linconao 2020; Talledo, 2021).

La comunicación interpersonal fue uno de los factores más afectados, ya que se incrementó el estrés y la ansiedad por la mínima relación. Además, el desempleo se convirtió en otro de los efectos inesperados para muchos jefes de hogar, principalmente en la población social y económicamente vulnerables, generando una baja de ingreso por la disminución de los recursos económicos destinados para el hogar, que genera situaciones difíciles para garantizar la alimentación y otras necesidades de las familias (Vergara, 2021; Linconao 2020; Talledo. 2021).

Las actividades en casa fueron modificadas, así como el cuidado de los hijos. Además, se incrementó las actividades domésticas, la higiene de manos, el uso obligado-intensivo y continuo del internet, la mala relación entre padres e hijos,

conductas de enojo, fatiga y rebeldía por parte de los hijos, uso continuo y permanencia por más de 4 horas en el celular, finalmente se reportaron invasión de los espacios y la privacidad, por los integrantes de la familia. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Durante la pandemia COVID-19 las vidas cotidianas e interacción de los estudiantes universitarios se vieron afectadas con otros de su misma edad por la interrupción de las actividades presenciales con su familia y compañeros escolares. Las universidades se vieron afectadas por el cierre en donde el estudiante universitario, formaba ciclos de relación con otros compañeros de diferentes contextos y experiencias sociales; generaron cambios psicológicos como el estrés y problemas emocionales, la evidencia muestra que el 26.6% presentó ansiedad leve, síntomas de estrés postraumático y depresión, así mismo, el 20.9% presentó enfermedad mental aunado al confinamiento (Ferreira, 2021; Talledo, 2021; Rehm, 2020; Vindegaard, 2020; Lincona, 2020).

Los efectos de la pandemia del COVID-19 como el confinamiento en casa, el aislamiento por temor a contraer la infección trajo consigo problemas como, la pérdida de empleo, falta de comunicación, problemas económicos, cambio en el estilo de vida, uso de accesorios para impedir la propagación de la infección, cambios en los espacios del hogar para estudiar o realizar actividades de la vida cotidiana, el uso de medios digitales. Que como se mostró anteriormente, generó un impacto físico y emocional del cual muchos estudiantes universitarios no estaban preparados, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál fue el estrés percibido en estudiantes universitarios durante el confinamiento COVID-19?

Marco de referencia

El sustento teórico en la presente investigación serán los conceptos de la infección COVID-19 y el estrés de los estudiantes universitarios.

El COVID-19 es una enfermedad causada por SARS-CoV-2 o beta coronavirus que causa una infección respiratoria aguda, por lo que se tomaron medidas para controlar la propagación del

coronavirus. Existen estimaciones del periodo de incubación, pero las más aceptadas son de 4 a 5.1 días (Alvarado et al., 2020).

Respecto a su microbiología, se puede alojar en personas y animales, que tienen una extensa familia, y causa una variedad de enfermedades en los humanos; el proceso infeccioso inicia principalmente en aparato respiratorio y puede causar síndromes respiratorios severos. La sintomatología más común es la fiebre, cansancio y tos seca, en algunos pacientes pueden presentar dolores y molestias, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto o el olfato y erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies, lo que puede ser gradual y provocar malestar general (Alvarado et al., 2020).

Las complicaciones del COVID-19 es la sepsis, éste es un síndrome que ocurre cuando una infección alcanza el flujo sanguíneo y se expande a través del sistema, ocasionando a su paso daño en el tejido, los pulmones, el corazón y otros órganos, por lo que los sistemas se ven afectados y algunos de estos pueden colapsar detonando un efecto dominó sobre los demás; la neumonía es otra complicación más frecuente los órganos, esta se refiere a la disminución de su habilidad para tomar oxígeno, lo cual ocasiona falta de aire, tos y otros síntomas que puede progresar a Síndrome de Distés Respiratorio Agudo (SDRA), en donde los sacos de aire se llenan de fluido que se filtra desde vasos sanguíneos diminutos en los pulmones, la cual hace que los pacientes no puedan respirar por sí mismos. Es por esto por lo que muchas personas necesitan de un ventilador que los ayude a hacer circular el oxígeno a través de su cuerpo. Alvarado et al., 2020; Vera 2021.

En la mayoría del mundo se decretó el cierre de instituciones educativas públicas y privadas, comercios y oficinas públicas; se prohibió todas las actividades no esenciales y se limitó al mínimo el contacto social; se aplicó por primera vez la distancia mínima. La enfermedad del COVID-19 ha tenido efectos severos en todos los ámbitos de la vida, de forma física, emocional y social, la condición física se vio reducida, promoviendo al sedentarismo; cambios en los patrones alimenticios, a causa de la dificultad

a su acceso o motivos económicos; los patrones de sueño, disminución de la motivación y del rendimiento académico presentando un incremento de la ansiedad en un 32% y un 25% a síntomas de depresión (Vera et al., 2020).

La COVID-19 impacto de manera desfavorable en los estudiantes universitarios en todo el mundo, la pandemia causó la suspensión de las actividades de enseñanza presencial, al cerrarse temporalmente las instituciones educativas y el cese de actividades, lo que ocasionó buscar alternativas para continuar el proceso educativo. Más de 1,200 millones de estudiantes de todos los niveles de enseñanza en el mundo tuvieron clases en sus hogares. Que impactó en la Educación Superior (Lucas, 2022; Tavera & Martínez, 2021; Vidal, 2021; Ferreira, 2021; Talledo, 2021).

El confinamiento en el hogar fue una situación sin precedentes y tuvo impacto importante en el bienestar físico y psicológico, lo que generó múltiples estímulos generadores de estrés, que, a su vez, altera no solo las respuestas fisiológicas del organismo, sino también los numerosos acontecimientos vitales. El estrés es una respuesta psicológica o emocional de un ser humano cuanto intenta adaptarse, ya sea presiones internas o externas (Muvdi et al 2021; Balluerka et al., 2020).

El estrés se entiende desde tres perspectivas: la primera es la ambiental, que se centra en los eventos vitales estresores; la segunda, psicológica, que implica la experiencia subjetiva y respuesta emocional frente a los estresores; y la tercera, la biomédica que estudia la respuesta y los síntomas fisiológicos involucrados en el afrontamiento de los asuntos vitales (Campo 2014).

El ambiente universitario es uno de los principales estresores en las personas, debido a las exigencias académicas. Cuando el estrés se encuentra en un nivel adecuado, se tiene una óptima respuesta; pero si el nivel excede las posibilidades de restaurarlo se convierte en un factor mortal. Al darse el aislamiento no fue más que la separación de las personas, lo que provocó que el estrés fuera más en aumento, ocasionando agotamiento, ansiedad, irritabilidad falta de concentración e indecisión (Muvdi

et al (2021), Torrenegra et al (2021).)

La OMS estipuló que la atención a la salud mental era prioritaria antes de la pandemia, exigiendo prevención y atención a los trastornos mentales y del comportamiento, pero debido a la pandemia esto generó que la salud pública prestara mayor atención a esta problemática, (MARES et al 2021). Los estudiantes del área de salud por su formación demandan responsabilidades, pero por los eventos de la pandemia generó que estas demandas, como: la práctica de algunos procedimientos o técnicas; adaptarse a nueva modalidad en línea; compartir espacios o convertir sus espacios en salón de clases y áreas de necesidades básicas, llegarán a tener efectos negativos sobre la salud de los estudiantes.

Estudios relacionados

En el siguiente apartado se presenta la revisión de la literatura, en donde se describen las variables del presente estudio.

Campo et al (2014), estudiaron el desempeño psicométrico, consistencia interna y dimensionalidad de Escala de estrés percibido-10 (EEP-10) en estudiantes de medicina de Colombia, esta escala mide la percepción de estrés psicológico y la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes en el último mes. Fue un estudio descriptivo transversal, que solicitó información demográfica básica sin inclusión del nombre, los investigadores entrenados aplicaron el cuestionario. En total participaron 366 estudiantes de una institución privada, con edades entre 18 y 30 años con una media de 20 años (DE= 1.9), el 58% era sexo femenino, y el Alfa de Cronbach fue de 0.65 para el cuestionario. Para el distrés general presentó un alfa de .83 y para la capacidad de afrontamiento .82. En conclusión, presenta baja consistencia interna dos dimensiones como escalas independientes con alta consistencia interna.

Muvdi et al (2021) buscaron determinar el nivel de estrés percibido en el periodo de confinamiento por COVID-19 en estudiantes de Enfermería de una universidad de Colombia, fue un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, en 398 estudiantes de Enfermería, en donde utilizaron dos instrumentos, una para evaluar los datos

sociodemográficos, y la segunda para evaluar el estrés percibido a través de la Escala de Estrés percibido-10 (EEP-10) propuesta por Campo et al (2014). Como resultado predominó el sexo femenino con un 92.2%, en cuanto a el rango de edad más frecuente fue de 15 a 19 años con un 37.7%, el estrato social fue bajo con un 81.9%, que residían en el área urbana con 74.9%. En cuanto al tipo de familia fue nuclear con un 66.8%; la población de estudio obtuvo una puntuación promedio de 18.8 en el nivel de estrés, la media disminuye en la puntuación del estrés medida que incrementa el grupo etario. Respecto a la edad, existen diferencias significativas en las medias del puntaje del estrés. El sexo femenino presentó leve disminución del estrés. Conclusión los estudiantes mostraron niveles leves de estrés, y diferencias significativas en personas con menor edad, así como, quienes tenían rango de edad de 30 a 35 años, y del sexo masculino que habitan en área rural.

Fernanda et al (2020) realizó un estudio descriptivo correlacional, en donde analizaron la posible relación entre los niveles de estrés percibido y los estados de cólera o irritabilidad en 112 estudiantes universitarios de una institución pública de Colombia. utilizaron un muestro no probabilístico por conveniencia, utilizaron dos cuestionarios, el primero fue el Cuestionario de cólera irritabilidad y agresión (CIA) de 42 preguntas con un alfa de .94 y el segundo fue la escala de estrés percibido con 10 ítems y validez de confiabilidad adecuada. Los datos reportan una correlación positiva, a mayores niveles de estrés mayores niveles de irritabilidad y cólera. Además, se mostró una correlación moderada en las mujeres. Se concluye que a mayores niveles de estrés mayores niveles de irritabilidad

Ortega et al (2022) realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con el objetivo de evaluar el nivel de estrés en estudiantes universitarios de Morelos México, la muestra se conformó de 182 estudiantes del área de la salud, el rango de edad fue de 18 a 24 años, el criterio de inclusión fue: ser estudiante matriculado durante el semestre en curso. Los cuestionarios fueron aplicados de forma virtual; el primer cuestionario recogió los datos demográficos, el segundo

cuestionario fue la Escala de Estrés percibido, se obtuvo un alfa de Cronbach de .83. El 79.6% fueron mujeres; en cuanto a el rango de edad fue de 18 a 24 años con una media de 20 años. El nivel de estrés fue reportado como alto, y en las mujeres fue del 50.3%. Se concluye que fue alto el nivel de estrés en los universitarios que uno de los factores fue el de sus familiares con diagnóstico de COVID-19.

Ferreira (2021), presentó los principales cambios ocurridos en la vida cotidiana de los estudiantes del área de la salud durante en el inicio de la pandemia de COVID-19 en Brasil. Utilizaron un estudio transversal realizado a 1786 estudiantes mayores de 18 años, en instituciones de enseñanza superior. A través de un muestreo por conveniencia de tipo bola de nieve. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento denominado CEFIS-AYA, con un alfa de Cronbach de .80 a .92. Este instrumento constaba con 45 preguntas que describen el perfil sociodemográfico y la vida cotidiana de los estudiantes durante el periodo de la pandemia, el cual fue aplicado mediante una página web. Los resultados principales fueron: que los cambios ocurridos diariamente están relacionados con la menor productividad en el 94.4% de los estudiantes; el 73.3% causada por la dificultad de concentración y el aumento en las horas de sueño. El 90.8% de los estudiantes informaron que habían cambiado, con un 79.5% durmiendo más; 87.0% déficit de la dieta, 46.5% incremento del peso corporal y el uso de dispositivos electrónicos en el 1.8% de los participantes. En cuanto a los cambios emocionales, se presentó en mayor medida ansiedad, estrés, angustia, confusión, impotencia y depresión. Por lo tanto, se concluye que el inicio de la pandemia de COVID-19 se experimentó varios cambios en su vida cotidiana.

Fernández et al., en 2021 realizó un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional transversal, para evaluar conocimientos, prácticas y estilos de vida durante COVID-19 entre estudiantes universitarios en México con una muestra de 265 estudiantes de ambos sexos y muestreo aleatorio, no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron estudiantes de enfermería de una Universidad de Morelos, donde se aplicó el instrumento *Health-*

Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II) de Nola Pender. La participación mayor fueron mujeres (83.8 %), estado civil solteros (97.4 %). La edad promedio fue de 21.5 años con un rango de edad de entre 17 a 33 años. Así mismo se reportaron integrantes de la familia desde mono parental, nuclear y familias extensas, con integrantes desde 2 a 15 personas por familia. El 65.0 los participantes tienen un trabajo fijo o temporal. Esta entrevista se realizó durante la pandemia del COVID-19, ellos mencionan que presentaron síntomas indefinidos 59 % algún integrante de su familia ha enfermado 20 % y han muerto por COVID-19 dentro de su familia el 10.6 %.

En relación y análisis entre los semestres, sexo, medidas higiénicas y/o seguridad y estilo de vida: para medidas higiénicas/seguridad con una puntuación de 2.319 puntos, y nutrición 1.509 puntuó mayor en los estudiantes de semestres intermedios del 4to. A 6to semestre y fueron mujeres; no obstante, para asumir la responsabilidad con su salud fueron los hombres con puntuación de 1.553. En cuanto a la Actividad y ejercicio: fueron los estudiantes iniciales de 1er. a 3er semestre en análisis de medias puntuó 1.534, presentaron mayor estrés 1.518 para hombres. En relaciones interpersonales mujeres 1.648 y autoeficacia hombres con puntuación de 2.037.

Los resultados son significativos en las variables de estilos de vida: responsabilidad de su salud, actividad y ejercicio, presencia de estrés, relaciones interpersonales y autoeficacia. Se observa que cuanto mayor es el semestre que cursan, la presencia de estrés ($r = -0.136, p < 0,027$), relaciones interpersonales ($r = -0.248, p < 0.001$), y autoeficacia ($r = -0.238, p < 0.001$). Sexo influye manejo de estrés ($r = 0.213, p < 0.001$); relaciones interpersonales ($r = 0.240, p < 0,001$); autoeficacia ($r = 0.241, p < 0,001$) por miedo y temor ($r = 0.141, p < 0.022$). Entre mayor es el miedo y temor es menor la práctica de actividad y ejercicio ($r = 0.151, p < 0.014$); responsabilidad de su salud ($r = 0.340, p < 0.001$); es alta en estilos de vida ($r = 0.564, p < 0.001$). Conclusión los universitarios en general no tiene buenos hábitos alimentarios, la actividad física es nula y el estilo de vida saludable regular.

Los estudios analizados anteriormente fueron en su mayoría elaborados en distintos países como Colombia, Brasil, y México. Todos los estudios revisados incluyeron a ambos sexos; en su mayoría los participantes presentan una escolaridad de educación superior, con edades entre el rango de 18 a 24 años. Conforme a la revisión de la literatura los cambios en el estilo de vida que surgieron a partir de las medidas tomadas para la prevención de COVID-19, reportaron que los estudiantes cambiaron abruptamente su estilo y calidad de vida, incrementaron el uso de las tecnologías y se observó una disminución de la actividad física. También se reportaron algunos cambios en los estilos de alimentación, incrementó en el consumo de sustancias como alcohol y tabaco, cambios en sus relaciones interpersonales, presencia de miembros familiares enfermos y fallecidos por COVID-19, lo que provocó mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés, en estudiantes universitarios.

Definición de términos

Estrés: e respuesta psicológica o emocional de un estudiante al intentar adaptarse a presiones internas o externas. Será medido por el Instrumento de Escala de Estrés Percibido-10 EEP-10 de Campo et al. 2014.

Confinamiento por COVID-19: medida impuesta como estrategia para controlar la propagación del coronavirus establecida por las autoridades sanitarias y gubernamentales.

Estudiantes universitarios: persona que cursa estudios a nivel licenciatura para obtener un título universitario.

Objetivo general

Evaluar el nivel de estrés durante el confinamiento COVID-19 en jóvenes universitarios

Objetivo específico

Describir las características sociodemográficas y el nivel de estrés durante el confinamiento COVID-19 en jóvenes universitarios por sexo.

MÉTODOLÓGÍA

En esta sección se detalló el diseño del estudio, población y muestra, criterios de inclusión, Además, se describen los instrumentos, el procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y las estrategias análisis de datos.

Diseño del Estudio

Para el presente trabajo de investigación se utilizó un diseño de tipo descriptivo. Se consideró este tipo de estudio ya que recolectan datos sobre la variable de interés. En esta investigación se describe el estrés percibido durante el confinamiento COVID-19 en los jóvenes universitarios (Burns et al., 2013).

Población y muestra

La población del estudio fue representada por estudiantes universitarios de una institución de educación superior pública de la ciudad de Monterrey Nuevo León. El tamaño de la muestra estuvo constituido por 163 participantes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, considerando solo a los estudiantes que quieran participar.

Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión se consideró a los estudiantes universitarios de ambos sexos, mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión se consideraron a los estudiantes con problemas emocionales.

Instrumentos de medición

Para la recopilación de los datos sociodemográficos de los participantes del estudio se elaboró una cedula de datos sociodemográficos en el cual se incluyeron las variables; sexo (masculino/femenino), edad (años cumplidos) y estado civil (soltera, casada, unión libre).

Se utilizó el Instrumento de Escala de Estrés Percibido-10EEP-10 versión en español de (Campo et al. 2014), con un alfa de Cronbach de .85, brinda cinco opciones de respuesta Likert de 5 puntos, los ítems 4,5,7 y 8 se califican en forma invertida. A mayor puntuación mayor estrés percibido.

Procedimiento de recolección

En primera instancia se solicitó autorización al Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se procedió a solicitar con las autoridades administrativas de la institución de interés, la autorización para realizar el estudio. Después de obtener la autorización, se le solicitó al personal encargado del departamento de escolar, los permisos para visitar los grupos.

Para el comienzo de la recolección de datos, fue realizada por los integrantes del equipo del estudio, contando con previa capacitación en la recolección de datos, para el llenado de los cuestionarios, se acudió a cada uno de los grupos participantes en un horario extra-aula, proporcionado por su docente de grupo, para dar a conocer de forma clara y sencilla en qué consistirá el trabajo de investigación y el propósito, también se brindó información sobre cuál sería su participación (voluntaria), el tiempo en que se implementa el llenado del cuestionario y que no existía riesgo por su participación en el estudio. Además, se les informo que podrían retirarse del estudio en el momento que lo desearán sin repercusiones en su condición de estudiante.

Los alumnos que aceptaron participar se les invitó a pasar a un aula que fue asignada previamente, para brindar privacidad y que pudiera leer y firmar el consentimiento informado, al finalizar se le proporciono el instrumento, y gel antes de ingresar al aula, al finalizar, el participante se desinfecto las manos así como el espacio donde realizo el llenado del cuestionario; el investigador permaneció en todo momento para aclarar o resolver las dudas que se presentaron durante la aplicación del instrumento, en caso de que se presentara alguna manifestación emocional como tristeza, llanto se le pidió que no siguiera contestando el instrumento y se le solicitó a la asesora de la investigación que realice la referencia al departamento de apoyo emocional.

Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión,

2014).

Artículo 13, en la presente investigación se respetó a la participante en todo momento igual sus derechos y su bienestar, informando a detalle sobre el propósito de la investigación.

Artículo 14 Fracción V, VII, y VIII, se contó con un consentimiento informado de manera escrita. Asimismo, se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, así como la autorización de los directivos de la Institución educativa participante.

Artículo 16 la información fue confidencial y se protegió la privacidad de las participantes involucradas en el estudio en todo momento, se le identificó con un número el instrumento.

Artículo 17, Fracción I fue una investigación sin riesgo donde solo se obtuvo información mediante un cuestionario escrito

Artículo 20, 21, fracción I, IV, VI y VII se informó sobre el estudio, riesgos y beneficios, así como se aclaró dudas en todo momento, que podían retirarse del estudio en el momento que lo desearán sin repercusiones.

Artículo 22 fracción I, II, el consentimiento informado fue por escrito, se les mostró a las participantes, en caso de cualquier duda y que tenían la libertad a no firmar y retirarse del estudio si lo desearan. Artículo 57 a los estudiantes se les mostro el consentimiento informado fue por escrito, que ellos tenían la libertad de participar en la investigación.

Estadística descriptiva

Participaron 163 jóvenes universitarios que fueron reclutados de una institución de educación superior pública, en la ciudad de Monterrey Nuevo León., Respecto al describir las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y ocupación), La tabla 2 muestra las frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficas de los

Estrategias de análisis de datos

Los datos obtenidos fueron capturados y analizados mediante el programa de *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS siglas en inglés) para Windows. Se utilizó estadística descriptiva, a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados del presente estudio, estos fueron obtenidos a través de instrumentos con enfoque en dicho tema. En primer orden se muestran la tabla de la consistencia interna del instrumento y estadística descriptiva de las variables de interés.

Consistencia interna

El instrumento de Escala de Estrés Percibido-10EEP-10 de reportó un coeficiente Alpha de Cronbach aceptable en el puntaje total ($\alpha = .62$) (ver tabla 1).

Tabla 1

Confiabilidad del instrumento

| Instrumento | No. de Ítems | α |
|----------------------------------|--------------|----------|
| Escala de Estrés Percibido-10EEP | 10 | 0.62 |

Nota. N = 163; α = Alfa de Cronbach.

participantes, dónde se aprecia que la edad de los y las participantes tienen un rango de edad entre 18 a 24 años en el 72% de los casos, el sexo con mayor frecuencia fue el femenino con un porcentaje del 77.9%, mientras que el 94% de los encuestados refirió encontrarse en un estado civil soltero, el 95% señalo ocupación de estudiante, el 4.3% indico laborar y estudiante.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los estudiantes universitarios

| Variable | <i>n</i> | % |
|---------------------|----------|------|
| Sexo | | |
| Femenino | 127 | 77.9 |
| Masculino | 36 | 22.1 |
| Estado Civil | | |
| Soltero | 161 | 94.7 |
| Casado | 2 | 4.3 |
| Ocupación | | |
| Estudiante | 155 | 95 |

Nota. *N* = 163; *n* = número de casos; % = porcentaje.

La tabla 3 presenta la descripción de los ítems Escala de Estrés Percibido-10EEP-10 mostrando la frecuencia y los porcentajes. El 53.4% señala “que había sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer”, el 52.1% “había sentido que

tenía todo bajo control”, el 44.8% ha sentido que las cosas le van bien, el 44.2% había estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control, y el 41.1% había sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida.

Tabla 3

Descripción de los ítems del instrumento Escala de Estrés Percibido-10 EEP-10

| Ítems | Casi nunca | | De vez en cuando | | A menudo | | Muy a menudo | | Nunca | |
|---|------------|------|------------------|------|----------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| 1. ¿Con que frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente? | 62 | 38 | 64 | 39.3 | 10 | 6.1 | 2 | 1.2 | 25 | 15.3 |
| 2. ¿Con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? | 67 | 41.1 | 58 | 35.6 | 17 | 10.4 | 3 | 1.8 | 18 | 11 |
| 3. ¿Con que frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? | 20 | 12.3 | 64 | 39.3 | 54 | 33.1 | 23 | 14.1 | 2 | 1.2 |
| 4. ¿Con que frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? | 65 | 39.9 | 49 | 30.1 | 27 | 16.6 | 5 | 3.1 | 17 | 10.4 |
| 5. ¿Con que frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? | 73 | 44.8 | 56 | 34.4 | 24 | 14.7 | 0 | 0 | 10 | 6.1 |
| 6. ¿Con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer? | 40 | 24.5 | 87 | 53.4 | 20 | 12.3 | 4 | 2.5 | 12 | 7.4 |
| 7. ¿Con que frecuencia ha podido controlar las dificultades | 66 | 40.5 | 62 | 38 | 26 | 16 | 2 | 1.2 | 7 | 4.3 |

| Ítems | Casi nunca | | De vez en cuando | | A menudo | | Muy a menudo | | Nunca | |
|---|------------|------|------------------|------|----------|------|--------------|-----|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| de su vida? | | | | | | | | | | |
| 8. ¿Con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control? | 85 | 52.1 | 42 | 25.8 | 15 | 9.2 | 3 | 1.8 | 18 | 11 |
| 9. ¿Con que frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? | 50 | 30.7 | 72 | 44.2 | 23 | 14.1 | 9 | 5.5 | 9 | 5.5 |
| 10. ¿Con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueda superarlas? | 49 | 30.1 | 64 | 39.3 | 20 | 12.3 | 11 | 6.7 | 19 | 11.7 |

Nota. N = 163; n = número de casos; % = porcentaje.

En la tabla 4, se muestra que, la mayoría de los participantes perciben un nivel alto de estrés.

Tabla 4

Resultado del Estrés Percibido-10 EEP-10

| Impacto | n | % |
|---------|-----|------|
| Bajo | 7 | 4.3 |
| Alto | 156 | 95.7 |

Nota. N = 163; n = número de casos; % = porcentaje.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo de investigación permitieron verificar lo que la pandemia género; ante esta situación, fue necesario evaluar el estrés percibido durante el confinamiento COVID-19 en universitarios. Respecto a los datos sociodemográficas de los participantes, donde se aprecia que la edad de los participantes fue de 18 a 24 años. El sexo con mayor frecuencia fue el femenino, la mayoría de los participantes refirieron ser solteros, la ocupación que predominó fue de estudiante estos datos fueron similar a similar a Muvdi et al., (2021), Fernanda et al., (2020), Ortega et al. (2022), Ferreira (2021), Fernández et al., (2021) En la descripción de los ítems del cuestionario Escala de

Estrés Percibido-10EEP-10 mostro que el de mayor frecuencia “que había sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer” fue similar a lo reportado por Campo et al (2014), Muvdi et al.,(2021), Ortega et al.,(2022), Ferreira (2021), Fernández et al., (2021), el 52.1% “había sentido que tenía todo bajo control”, el 44.8% ha sentido que las cosas le van bien, el 44.2% había estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control, el 41.1% había sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida fue similar en Muvdi et al. (2021), Ortega et al. (2022), Fernández et al. (2021).

El estrés percibido de los estudiantes universitarios fue alto en este estudio lo que fue similar en Muvdi et al., (2021), Ortega et al., (2022), Ferreira (2021), Fernández et al., (2021), pero en Fernanda et al., 2020 la población universitaria mostró una edad mayor. El sexo femenino fue el que mostro mayor estrés esto fue similar en Fernanda et al. (2020), Ortega et al. (2022), pero difiere con Muvdi et al. (2021), en donde reportó un nivel leve estrés.

CONCLUSIÓN

Se reporta estrés alto al confinamiento por el COVID-19 produjo cambios en su estilo de vida. El sexo que presento mayor estrés fue el femenino

experimento cambios en su salud física. Las Instituciones universitarias el estrés de los estudiantes universitarios, y crear programas de apoyo al bienestar universitario.

REFERENCIAS

- Alvarado, Al., Bandera, AJ., Carreto, BLE, Pavòn, RG F& Alexandre, GA. (2020). Etiología y Fisiopatología del SAR-CoV-2 Rev. Latin Infect Pediatr. 33(S1), s5-s9 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96667>
- Balluerka, LN, Gómez, BJ., Hidalgo, MMD., Gorostiaga, MA., Espada, SJP., Padilla, GJL., & Santed GMA. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco: archivo digital docencia investigación. <http://hdl.handle.net/10810/45924>
- Barcena A, & Cimoli M. (2020). Economía global y desarrollo en tiempos de pandemia: los retos para América Latina y el Caribe. CEPAL (132), 9-16 https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46838/RVE132_es.pdf
- Burns, N., Gray, J. R., & Grove, S. K. (2013). The practice of nursing research (7th ed.). Elsevier. www.elsevier.com/permissions
- Campo-Arias, A., Oviedo, HC. & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. Rev. Fac. Med. 62(3), 407-413 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363530010>
- Cui, J, Lu, J, Weng, Y. Grace, YY. & Wenging, E. (2022). COVID-19 Impact on Mental health. BMC Med Res Methodol (15). 1-11 <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01411-w>
- Ding, Y., Du, X., Li, Q., Zhang, M., Zhang, Q., Tan, X., & Liu, Q. (2020). Risk perception of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and its related factors among college students in China during quarantine. PLOS ONE, 15(8), e0237626. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237626>
- Fernández, A., Ortega, P., Fajardo, MA., & Macías, C. (2021). Conocimientos, prácticas y estilos de vida durante COVID-19 entre estudiantes universitarios en México: encuesta en línea. Rev.Enfer Neurol 20(3) 167-178. <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/342>
- Ferreira DML., Reis PJD., Prette KTP., Da Silva., NPK., De Castro MC., Ribeiro DSF. (2021). La vida cotidiana de los estudiantes universitarios en el área de la salud durante el inicio de la pandemia de COVID-19 en Brasil. Invest. Educ. Enferm. 39(3). Disponible en <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e07>
- Lincona, A.J. (2020). El confinamiento ante el COVID-19, sus efectos vinculares y psicológicos. Fenómenos y prácticas recomendadas. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27820.82566>
- Mares, RT., Herrera, RAE., Tranqueño, GFG., Arredondo, VLA., Castillo, JB., Figueroa, SDO. & Cortés, ANY. (2021). Relación entre la actividad física y la salud mental en estudiantes universitarios en tiempos de pandemia de la COVID-19 JÓVENES EN LA CIENCIA. 10. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3346>
- Muvdi, MY., Malvaceda, FE.,Barreto, VM.,Madero, ZK.,Mendoza, SX. & Bohòrquez, MC. (2021). Estrès percibido

- en estudiantes de enfermería durante el confinamiento obligatorio por COVID-19. *Rev Cuid* 12(2) e1330
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v12n2/2346-3414-cuid-12-2-e1330.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Brote de enfermedad por coronavirus OMS (COVID-19).
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Ortega, CPA., Terrazas, MMA., Zuñiga, HOY., Macias, CC. (2022). Estrés percibido en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19. *Revista ConCiencia EPG* 72(2) 68-88
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8602559>
- Ruiz A, & Jiménez M. (2020). SARS-CoV-2 and acute respiratory syndrome pandemic (COVID-19). *Ars Pharmaceutica* (Internet), 61(2), 63-79. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942020000200001
- Secretaria de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [versión electrónica]. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Talledo C. (2021). Efectos del confinamiento social en la actitud hacia las tareas escolares en los niños de educación inicial: una revisión sistemática. Universidad Cesar Vallejo
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62797/Talledo_ACDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tavera-Fenollosa, L. & Martínez, CCA. (2021). Jóvenes universitarios y la COVID-19 una Mirada desde la categoría de acontecimiento. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 242, 313-343
<https://www.redalyc.org/journal/421/42170572012/42170572012.pdf>
- Torrenegra, ASE. (2021). Efectos físicos en estudiantes universitarios durante pandemia COVID-19. *Revista Educación Física, Deporte y Salud* 4(7) 2619-5526.
<http://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/REDFIDS/article/view/3183>
- United Nation Educational Scientific and Cultural Organization. (2020). COVID-19: Problemas sociales y psicológicos en la pandemia. UNESCO. <https://es.unesco.org/news/covid-19-problemas-sociales-y-psicologicos-pandemia>
- United Nations. (2019). Desafíos Globales Población. <https://www.un.org/es/global-issues/population>
- Vallejo, LF., Arevalo, MC., Uribe, JV. (2020). Niveles de estrés e irritabilidad en estudiantes universitarios de la Ciudad de Medellín durante la época de confinamiento por COVID-19. *POLIANTEA* 15(27) 70-77
<https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea/article/view/1701>
- Vera, PVJ., Torres, MJR, Tello, QEK., Orihuela, MEJ. & De la Cruz-Vargas, J. (2020). Validación de escala de cambios en los estilos de vida durante el periodo de cuarentena en una población de estudiantes universitarios de Lima, Perú. *Rev. Fac. Med.Hum.* 20(4).614-623
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400614
- Vergara, MSM., López, ME., Leudo MAZ., & Basto HGJ. (2021). Afectación de la Pandemia Covid-19 en las Dinámicas Familiares. *Revisión Narrativa e Literatura. Cuaderno De Investigaciones: Semilleros Andina*, 1(14). <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/1952>
- Vidal, LMJ., Gonzalez, LM. & Armenteros, VI. (2021). Impacto de la COVID-19 en la Educación Superior. *ECIMED*. 35(1) e2851.

- Vindegaard. N., & Benros, BM. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., Yang N. (2020) Social capital and sleep quality in individuals Who Self-Isolated for 14 days during the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Med. Sci. Monit.* 26 e923921 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32194290/>
- Zandifar, A., Badrfam, R., Yazdani, S. et al. (2020). Prevalencia y severidad de depresión, ansiedad, estrés y estrés percibido en pacientes hospitalizados con COVID-19. *J Diabetes Metab Disord* (19), 1431–1438. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00667-1>

CAPÍTULO 2

ESTRÉS ACADÉMICO Y NIVEL DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

MCE. Ingrid Jazmín Treviño Vázquez, *estudiantes*; Derik Williams Rodríguez Rivera, Debanhi Yasmin Muñoz Llanas, Marlen Gómez de la Cerda, Odalys Prado Cabrieles, Camila Michelle Prado Bazaldúa, Sandra Michelle Zendejo Flores, Jesús Eduardo Tirado Rodríguez, Eyden Yahir López Álvarez, José de Jesús Charles Borrego, Deila Naidely Martínez Flores, Naidelyn Leonor Paz Gonzáles, Ximena Mariluz López Médeles, Valeria Monserrat Tienda Sustaita.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción: El estrés en los universitarios es un problema que es de suma importancia, ya que estos problemas traen consigo severas implicaciones a nivel físico, emocional y psicológico Silva-Ramos et al. (2020). Así mismo Cardona-Arias et al. (2015) menciona que la ansiedad representa un gran riesgo para estudiantes de nivel superior esto porque en su vida diaria están expuestos a una gran exigencia psicológica, social y académica, así como la pandemia por COVID-19. **Objetivo:** Identificar los niveles de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios de la sede de Linares. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal a partir de datos recolectados con los cuestionarios el Inventario SISCO del estrés académico ($\alpha=0.90$) y el Beck Anxiety Inventory ($\alpha=0.911$) en estudiantes universitarios, los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS, el estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. **Resultados:** 130 estudiantes universitarios, la edad que más predominó fue de 20 años con un 31.5 %; 70.8 % mujeres y 29.2% hombres, la mayor concentración de participantes se encontró con un estado civil soltero 96.2%. El 20% de los participantes no presentaban ansiedad, el 32.2% tenían un nivel de ansiedad leve y el 30.8% de participantes presentaron un nivel moderado de ansiedad y el 16.9% de estudiantes presentaron un nivel grave de ansiedad. Más de la mitad de los participantes presentaron un nivel de estrés moderado 56.2%, el 39.2% presento estrés profundo y solo un 4.6% tubo un nivel leve de estrés. **Conclusiones:** Se identificó que los estudiantes de 19 años tienen mayor probabilidad de presentar un cuadro de ansiedad o estrés y que los hombres tienen una tendencia más a desarrollar o tener ansiedad y las mujeres son más susceptibles a desarrollar estrés.

Palabras clave: estrés, ansiedad, estudiante, académico.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De acuerdo a Carrazana (2003), el estado de salud mental es “el equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su

medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades”. Para un estudiante universitario es muy importante la salud mental, ya que los estudiantes son una población vulnerable para sufrir este tipo de problemas (Cobo-Rendón et al., 2020). Por lo cual pueden manifestar algún problema como lo es la soledad, la sensación de frustración por no

cumplir con las expectativas, la depresión, la nostalgia, los pensamientos suicidas, estrés y ansiedad (Consejo General de la Psicología de España, 2019). El estrés en los universitarios es un problema que es de suma importancia estudiar a profundidad, ya que estos problemas traen consigo severas implicaciones a nivel físico, emocional y psicológico (Silva-Ramos et al., 2020). Así mismo Cardona-Arias et al. (2015) menciona que la ansiedad representa un gran riesgo para estudiantes de nivel superior esto porque en su vida diaria están expuestos a una gran exigencia psicológica, social y académica, así como la pandemia por COVID-19.

Entre algunas actividades y/o acciones que pueden provocar que un estudiante manifieste estrés o ansiedad están el estudio y las demandas académicas, la ansiedad relacionada con las carreras futuras, la experiencia social, la vida en la Universidad y las presiones económicas (Salazar Marín et al., 2016). Un gran escenario de ansiedad que se vivió a nivel mundial entre todo los estudiantes ha sido el caso de estrés y ansiedad por COVID-19, según un estudio la ansiedad se relaciona con el estrés, aceptando que los estudiantes universitarios sufrieron de estrés a causa del periodo de la emergencia sanitaria por el COVID-19, se identificaron a 164 estudiantes, un 53% de los estudiantes se ubicaron en un nivel medio de estrés, 59 estudiantes que representan un 36% se encuentra en un nivel alto de estrés y 18 estudiantes que representa un 11% estuvieron protegidos contra el estrés (Mamani et al., 2021).

Actualmente la ansiedad y el estrés se describen como una problemática en todo el mundo, estos afectan al 25% de la población en países desarrollados y subdesarrollados (Portilla et al., 2020). La ansiedad y la depresión son unos de los trastornos psiquiátricos con más alta prevalencia en el mundo, estos cuentan con una prevalencia de entre el 5 y 50% (Ordóñez Galeano, 2020), además de esto en la población en la cual prevalece más la ansiedad es en las mujeres con un 65%. Por otro lado, en países como Colombia, la prevalencia de ansiedad en lo estudiantes de la universidad reportó entre un 34-76.2 % de ansiedad y un 9.4-74.4 % en depresión (García et al., 2020). Pero en general en toda

Latinoamérica la prevalencia de estos dos trastornos es de 5% por depresión y 3.4 % por ansiedad (Arreaga et al., 2017).

No obstante, hay que tener muy en cuenta las complicaciones que puede traer consigo el no tratar adecuadamente algún problema de estrés o de ansiedad que este sufriendo el estudiante universitario a causa de algún factor estresante en su ámbito estudiantil; las personas que presentan algún problema de ansiedad, estos presentan un estado patológico que puede ocasionar disfunción física, psicológica y conductual afectando diferentes áreas de la vida (De Ávila-Arroyo et al., 2019).

Entre las complicaciones que se pueden desarrollar por el estrés y la ansiedad, se encuentra la gastritis (Bustamante et al., 2020). Otra complicación que se puede desarrollar es una miocardiopatía por estrés, debido a que este es causado como su nombre lo dice por situaciones de estrés agudo asociado con la liberación de catecolaminas (Salazar Marín et al., 2016). Problemas como el insomnio, dificultad para concentrarse, dejar o comer demasiado, una inquietud inexplicable y tensión (National Institute of Mental Health (NIMH), 2022).

La aportación de nuestra investigación sobre el estrés y los niveles de ansiedad ayudará a recabar nuevos datos que se podrán utilizar en futuras investigaciones y de esta manera tener una base de datos más amplia y específica, ya que se cuentan con pocas investigaciones sobre este tema en nuestra región. Y a identificar el estrés y ansiedad en los estudiantes para realizar intervenciones o programas enfocados a su disminución.

Marco de Referencia

En este apartado se presenta la revisión de la literatura sobre las variables que se describirán a continuación; el primero en identificar será el estrés, Trucco (2002) lo describe como un conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o

psicológica. Por otro lado, la ansiedad se define como un mecanismo de nuestro organismo que se activa para cuando este quiere dar respuesta a una situación que puede resultar amenazante para la persona, ahora bien, el mismo mecanismo es el que puede llegar a afectar la vida de la persona (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, 2020).

Los Estudiantes Universitarios (EU) Guzmán (2012) lo define como un conjunto de aspirantes hacia un título que intentan indagar sobre los procesos meta cognitivos, las apreciaciones sobre el rendimiento y los factores que influyen. La ansiedad además de ser una experiencia emocional desagradable es una respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto nivel del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (Contreras et al., 2005).

Los niveles de ansiedad se dividen en tres categorías, ansiedad leve, asociada a tensiones de la vida diaria, la persona se encuentra en situación de alerta y su campo de percepción aumenta; ansiedad moderada, en la cual la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas, esto implica una disminución del campo de percepción, la persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ello y ansiedad grave, hay una reducción significativa del campo perceptivo, la persona puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más, la conducta se centra en aliviar la ansiedad (Molina et al., 2020).

Estudios relacionados

Toribio-Ferrer y Franco-Barcenas (2015) realizaron un estudio para identificar los principales estresores desencadenantes del estrés académico en los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad del Papaloapan. Su objetivo fue definir si la sobrecarga académica causa el estrés académico. La muestra fue de 60 estudiantes de tipo aleatorio simple. Los resultados es que los estresores académicos que se presentan con mayor frecuencia entre los alumnos encuestados son: la evaluación de los profesores con un 28%, sobrecarga de tareas con

un 35%, trabajos escolares y el tiempo limitado para hacer el trabajo. Es importante mencionar que la personalidad y el carácter del profesor (20%) influyen considerablemente en la presencia del estrés académico.

Silva-Ramos et al. (2020) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de tensión entre los estudiantes universitarios al estudiar una cantidad y una relación descriptiva en la forma de 255 estudiantes. Se utilizó el instrumento de SISCO, ya que especifican la tensión entre la educación y los graduados universitarios. El procesamiento de datos se ha implementado a través de la versión 22 de SPSS. El 86.3% de los participantes proporcionan un nivel moderado de tensión, la independencia se determina entre el nivel de tensión y los participantes de género ($p = 0.298$) y se reportó una asociación significativa con el programa de estudios ($p = .005$).

Trunce Morales et al. (2020) realizó un estudio con el objetivo de determinar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de primer año de las áreas de salud relacionándolos con el rendimiento académico. La muestra estuvo constituida por una población de 186 estudiantes universitarios de primer año de carreras del departamento de salud. La muestra fue no probabilística, en la que participaron universitarios pertenecientes a las carreras de nutrición y dietética ($n = 41$), fonoaudiología ($n = 33$), kinesiología ($n = 52$) y enfermería ($n = 60$). El 29 % presentó antecedentes algún trastorno asociado a depresión; el 53.20%, a ansiedad; y el 47.80%, a estrés.

De Dios Duarte et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de estrés en estudiantes de enfermería durante el período de formación práctica, su significación y su posible relación con el año académico cursado, para seleccionar la muestra a estudiar se tomaron en cuenta 744 estudiantes matriculados de los cuales se eligieron 289 estudiantes (39%) pertenecientes al área de enfermería de la Universidad Alfonso X el Sabio (Madrid-España) en el periodo de los tres cursos de formación de dicha disciplina. En los resultados obtenidos se indicó que 207 (72%) eran mujeres y 79 (28%) hombres; 139 (48 %) cursaban

sus estudios en turno de mañana y 150 (52%) en la tarde. La distribución en función del curso fue la siguiente: primero= 106, (37%) segundo= 112 (39%) y tercero= 71 (25%). La mayoría de los estudiantes no trabajaban en ese momento 233 (84 %) y solo 45 (16%) de los estudiantes estudiaban y trabajaban. Asimismo, 149 estudiantes (54%) habían trabajado con anterioridad y 126 (46%) no lo habían hecho nunca. Al realizar los estudios previos, 73 tenían estudios superiores (26%) y 206 (74%) eran los primeros estudios superiores que cursaban. El 192 (67%) de los estudiantes residían fuera del ámbito familiar y 93 (33%) lo hacía con la familia. Los resultados obtenidos por el análisis de varianza (ANOVA de un factor) indican que el estrés desarrollado por el alumno durante sus prácticas está en función del año académico que cursen ($F= 10,86$ $p < 0,001$). El grupo de primer año presenta de forma significativa un menor nivel de estrés que los grupos de segundo o tercero, según muestra la prueba de Tukey. Esta permite evaluar la diferencia de los valores de las medias de dos grupos en términos de la varianza intergrupala (primero-segundo $p < 0.001$; primero-tercero $p < 0.001$ y segundo-tercero $p = 0.805$).

Cardona-Arias et al. (2015) realizaron una investigación para encontrar la prevalencia de ansiedad aplicando una escala validada para la población colombiana, y con excelente desarrollo psicométrico para la población de estudio; esto pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias educativas, identificar estudiantes de mayor riesgo e inicia. Para la selección de los estudiantes se realizó un muestreo probabilístico estratificado, con asignación proporcional según el programa; este se agrupó en medicina y otros. Se empleó información primaria, consistente en una encuesta estructurada con preguntas dicótomas y politómicas, con aplicación individual, anónima y asistida. La muestra que se utilizó correspondió a una población de referencia de 1050 estudiantes de una sede de la Universidad Cooperativa. La prevalencia de ansiedad fue de 58%, con un 55% en grado leve; la escala presentó una excelente fiabilidad en el grupo de estudio con α de Cronbach de 0,8. En los puntos que conforman esta escala, los que presentaron la mayor

correlación con el puntaje final fueron los relacionados con temor, tranquilidad y taquicardia; por su parte, los de menor correlación fueron la percepción de bienestar, dolor y sensación de manos secas y calientes.

En síntesis, los estudios anteriores fueron realizados en México, España y Colombia, sin embargo, en nuestra localidad no se encontraron estudios. La revisión de la literatura muestra que se ha estudiado la relación de los estresores y el aprovechamiento escolar de los estudiantes, así como los niveles de prevalencia de padecer estrés o ansiedad; sin embargo, pocos estudios hablan de una manera más específica sobre los porcentajes de estrés o ansiedad de cada población y la relación de puede haber con su género. Los estudios reportan solamente la asociación entre el rendimiento académico de los estudiantes con las variables de ansiedad o estrés respectivamente. La mayoría de los estudios no mencionan el porcentaje de estrés o ansiedad que presentan la población en relación con el género (masculino o femenino), por lo cual es importante determinar en quienes se presenta con mayor frecuencia, así como identificar en que facultad se presenta con mayor porcentaje de nivel de estrés y ansiedad.

Definición de términos

A continuación, se presentará los términos de la variable que se utilizaron en el presente estudio:

Edad: Son los años cumplidos del estudiante en momento que se le aplico dicho instrumento.

Sexo: Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.

Escolaridad: Son los años cursados del estudiante en el instante de la aplicación del instrumento.

Ocupación: Se define como la clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado. En este caso a los que se aplicaron estudian y trabajan realizando ambas cosas o en otros casos solo estudian.

Ansiedad: Proviene del latín anxietas,

refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Sierra et al., 2003). La ansiedad ser mediada con el instrumento de revisión el Inventario SISCO del estrés académico, (Macías, 2006).

Estrés: Es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Macías et al., 2013). El estrés será medido con el instrumento de revisión BAI por su seudónimo en inglés de Beck Anxiety Inventory (Padrós Blázquez et al., 2020).

Estrés académico: Se define como una reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos.

Estudiante universitario: Persona que cursa enseñanzas oficiales en los estudios de grado, enseñanzas de formación continua u otros estudios ofrecidos por las universidades.

Objetivos

Objetivo general: Identificar los niveles de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios de la sede de Linares.

Objetivos específicos:

1. Identificar la prevalencia de estrés y ansiedad en hombres y mujeres.
2. Identificar en que facultad hay mayor porcentaje de estudiantes universitarios con un nivel alto de estrés y ansiedad.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo transversal, ya que se buscó describir y recolectar los datos en una sola ocasión (Polit, 2023) (Grove, 2016).

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la sede de Linares. El tamaño de la muestra fue de 130 estudiantes, considerando la recomendación de la academia de investigación de tomar 10 sujetos de estudio por cada autor de la investigación, además, estos fueron elegidos por muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia.

Criterios de inclusión: Estudiantes universitarios de la sede de Linares, mayores de 18 años.

Criterios de exclusión: Estudiantes universitarios con tratamiento médico para el estrés y ansiedad.

Instrumentos de medición

Para la realización de la presente investigación se usaron varios instrumentos para la obtención de datos, el primer instrumento que se utilizó es la hoja de registro de datos (Apéndice A), en esta se registró la fecha, el código de registro, las siglas de nombre del participante, el sexo (hombre o mujer), la edad, la facultad a la que pertenece y el semestre que está cursando y por último la ocupación que desempeña el encuestado. Además, en la presente investigación se manejaron dos instrumentos de revisión: el Inventario SISCO del estrés académico y el BAI (Beck Anxiety Inventory). El primer instrumento que se empleó es el Inventario SISCO del estrés académico (Apéndice B) diseñado para evaluar y detectar la presencia de ansiedad de forma rápida, válida y fiable, este se configuró por 31 ítems, un ítem de filtro que, en términos dicotómicos (sí-no) permitió determinar si el encuestado era candidato o no a contestar el inventario; un ítem que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores numéricos (del 1 al 5 donde uno es poco y cinco mucho) posibilitó identificar el nivel de intensidad del estrés académico; ocho ítems que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre) esto concedió verificar la frecuencia en que las demandas del entorno fueron valoradas como estímulos estresores.

Además, tuvo 15 ítems que, en un

escalamiento tipo Likert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre) permitió establecer la frecuencia con que se presentaron los síntomas o reacciones al estímulo estresor y seis ítems que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre) permitieron identificar la frecuencia del uso de las estrategias de afrontamiento. Así mismo este instrumento obtuvo una confiabilidad en alfa de Cronbach de .90, demostrando que tenía un gran uso en la presente investigación, además de que era necesario para poder obtener resultados precisos.

Para poder interpretar correctamente este instrumento fue necesario que primero se obtuviera el índice de cada ítem, según lo que se deseaba investigar, a cada respuesta del formulario se le asignó un valor ya preestablecido, donde “nunca” tuvo un valor de 0, “algunas veces” de 1, “casi siempre” de 2 y “siempre” un valor de 3. Luego se procedió a obtener la media de cada ítem y se transformó en porcentaje a través de una regla de tres simple y una vez que se logró obtener el porcentaje se interpretó con los siguientes rangos: de 0 a 33%: nivel leve de estrés; de 34 a 66%: nivel moderado de estrés y de 67 a 100%: nivel profundo de estrés. Para cada ítem se procedió del mismo modo, obteniendo la media respectiva e interpretándola los rangos ya mencionados.

El segundo instrumento de revisión que se empleo es el Beck Anxiety Inventory, evaluó la presencia de síntomas de ansiedad, este estuvo conformado por 21 ítems cada uno de los cuales presentó un signo o síntoma y el evaluado debía señalar entre cuatro opciones (Nada, ligera, moderada y severamente) la presencia de este la última semana, incluyendo el día de la evaluación. El puntaje se obtuvo con la sumatoria de los 21 ítems (todos directos), cada ítem se calificó en una escala de 4 puntos (de 0 a 3). La puntuación global osciló entre los 0 y 63 puntos. Respecto a la consistencia interna, se calculó el alfa de Cronbach de la escala total y de cada uno de los factores, el valor de alfa del total de la escala resultó aceptable ($\alpha=.911$).

Para la interpretación de este instrumento se

empleó una tabla de frecuencias en la cual se le dio un valor a la gravedad de ansiedad que experimentaba el sujeto según el puntaje obtenido al sumar los valores de las respuestas dadas. Si el encuestado obtenía un puntaje final de: 0-5 se consideraba ausente o mínimo nivel de ansiedad; de 6-15 (nivel leve); de 16-30 (nivel moderado) y de un 31-63 (nivel grave).

Procedimiento de recolección de datos

Para el desarrollo de la investigación, se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y la Comisión de Ética Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio. A continuación, se solicitó por escrito la autorización de los directivos de las facultades donde se realizó el estudio. Una vez se obtuvo la autorización, se solicitó las listas de los grupos seleccionados. Luego de esto se solicitó la lista de estudiantes en cada grupo y se escogió convenientemente a los estudiantes que formaron parte de la investigación, no obstante, se les explicó de la forma más clara y fácil de entender el propósito del estudio y la importancia de su participación en el estudio. Así como el consentimiento informado para los estudiantes mayores de edad. Además, se le señaló al estudiante que si no deseaba participar podría retirarse del estudio, sin que esto pudiera llegar a afectar su condición académica.

Los cuestionarios se aplicaron en un horario que no interfirió con las actividades académicas de los participantes. Así mismo se les hizo entrega de los cuestionarios a responder y posteriormente se dio lectura a las instrucciones recordándoles que la información que proporcionaran es confidencial y anónima y en caso de que no deseara participar, no existiría ninguna repercusión en sus actividades académicas. Los participantes iniciaron respondiendo el Inventarios SISCO del estrés académico, luego de haber contestado el primer instrumento se les indicó a los participantes que procedieran a contestar el BAI (Beck Anxiety Inventory). En todo momento los investigadores estuvieron a disposición de los participantes para poder aclarar las dudas que se les presentaron.

Al finalizar de contestar los instrumentos, se les indicó a los participantes que depositaran los formularios dentro de una caja que se llevaban los investigadores y que fue colocada al frente del aula para resguarda los datos. Por último, se agradeció a los estudiantes por participar en el estudio. En el sitio donde se aplicaron los cuestionarios se contó con las medidas pertinentes y preventivas del COVID-19; se contó con: alcohol gel, dispositivo para la toma de temperatura, desinfectantes para la zona donde estuvo el encuestado y se le solicitó al encuestado que usara un cubrebocas y que lo utilizara en todo momento.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio se tuvo un estricto apego a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Gobierno, 2014) el cual se apegó a la última reforma pública DOF-02-042014, de acuerdo con lo mencionado en el artículo 13 del capítulo I, título segundo, se trató al participante con respeto y protegiendo su privacidad. Así mismo como dicta el artículo 14, fracciones V y VII se contó con el consentimiento informado. El estudio incluyó la aprobación de la comisión de investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). En cuanto al artículo 17, fracción I, esta investigación se consideró sin riesgo ya que únicamente se aplicaron cuestionarios y los participantes no se expusieron a ningún tipo de riesgo.

Con relación a los artículos que se refirieron al consentimiento informado se tomaron en cuenta el artículo 20 donde se obtuvo la autorización del sujeto y se le explicó en qué consistía la encuesta a la que se sometió. Además tomando en cuenta las fracciones I, II, IV, VI, VII y VIII del artículo 21 que se refieren a la estructura del consentimiento informado: I la justificación y los objetivos de la investigación, II descripción de los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, IV los beneficios que puedan obtenerse, VI la aclaración de cualquier duda o pregunta acerca del proyecto, VII la autonomía de retirarse del estudio cuando desee, sin ningún

problema y por último VIII la seguridad y la confidencialidad del participante. Según el artículo 22 el consentimiento informado se proporcionó por escrito y lo revisó el comité de ética de la institución (UANL).

Así mismo de acuerdo con el artículo 57, que entiende por grupos subordinados a: estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad. Además, en relación con el artículo 58 el cual dictó que cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, los representantes del núcleo afectado o de las personas que participen en el Comité de Ética en Investigación, en términos de lo dispuesto por el párrafo segundo del artículo 41 Bis de la Ley, vigilan: I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectará su situación; II. Que los resultados de la investigación no fueran utilizados en perjuicio de los individuos participantes.

Análisis de datos

Para procesar la información se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21.0. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo para determinar las características de los participantes y de las variables del estudio, se obtuvieron frecuencias y proporciones.

RESULTADOS

En este capítulo se describieron los resultados del estudio correspondiente a 130 estudiantes universitarios, se representó la muestra estudiada y se dio respuesta a los objetivos planteados.

En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de los participantes, se observó que predomina el sexo femenino (70.8%), la mayor concentración de participantes se encontró con un estado civil soltero y todos los participantes de la investigación fueron estudiantes de licenciatura.

Tabla 1

Datos Sociodemográficos

| Variable | f | % |
|--------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 38 | 29.2 |
| Femenino | 92 | 70.8 |
| Educación | | |
| Licenciatura | 130 | 100 |
| Posgrado | 0 | 0 |
| Doctorado | 0 | 0 |
| Estado Civil | | |
| Soltero | 125 | 96.2 |
| Casado | 5 | 3.8 |
| Edad | | |
| 17 | 15 | 11.5 |
| 18 | 21 | 16.2 |
| 19 | 37 | 28.5 |
| 20 | 41 | 31.5 |
| 21 | 14 | 10.8 |

| Variable | f | % |
|------------------------|----|-------|
| 25 | 2 | 16.0 |
| Facultad de referencia | | |
| FAEN | 80 | 61.58 |
| FOD | 30 | 23.07 |
| FIME | 2 | 15.35 |
| | 0 | |

Fuente: Elaboración propia, 2022 Nota: *f* = frecuencias, % = porcentaje.

La tabla 2 muestra las respuestas a los reactivos del instrumento BAI con el cual se midió el nivel de ansiedad, además en la tabla se destacaron los reactivos más importantes; los cuales hicieron que una persona pudo tener ansiedad son: la tristeza, el pesimismo, la disconformidad con uno mismo, los pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, perdida de interés, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad y dificultad de concentración.

Tabla 2

Frecuencias y Proporciones del instrumento BAI (Beck Anxiety Inventory)

| Reactivos | Respuesta | f | % |
|--------------------------------|--|----|------|
| Tristeza | No me siento triste. | 69 | 53.1 |
| | Me siento triste gran parte del tiempo | 54 | 41.5 |
| | Me siento triste todo el tiempo | 3 | 2.3 |
| | Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo | 4 | 3.1 |
| Pesimismo | No estoy desalentado respecto del mi futuro. | 73 | 56.2 |
| | Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo | 39 | 30.0 |
| | No espero que las cosas funcionen para mí. | 8 | 6.2 |
| | Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar | 10 | 7.7 |
| Disconformidad con uno mismo | Siento acerca de mi lo mismo que siempre | 54 | 41.5 |
| | He perdido la confianza en mí mismo | 44 | 33.8 |
| | Estoy decepcionado conmigo mismo | 11 | 8.5 |
| Pensamientos o deseos suicidas | No me gusto a mí mismo | 21 | 16.2 |
| | No tengo ningún pensamiento de matarme | 97 | 74.6 |
| | He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría | 26 | 20.0 |
| | Querría matarme | 2 | 1.5 |
| | Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo | 5 | 3.8 |

| Reactivos | Respuesta | f | % |
|----------------------------------|--|-----|------|
| Llanto | No lloro más de lo que solía hacerlo | 63 | 48.5 |
| | Lloro más de lo que solía hacerlo | 33 | 25.4 |
| | Lloro por cualquier pequeñez | 23 | 17.7 |
| | Siento ganas de llorar, pero no puedo | 11 | 8.5 |
| Agitación | No estoy más inquieto o tenso que lo habitual | 53 | 40.8 |
| | Me siento más inquieto o tenso que lo habitual | 51 | 39.2 |
| | Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto | 17 | 13.1 |
| | Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo | 9 | 6.9 |
| | | 59 | 45.4 |
| Pérdida de interés | No he perdido el interés en otras actividades o personas | 59 | 45.4 |
| | Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas | | |
| | He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas | 5 | 3.8 |
| | Me es difícil interesarme por algo | 7 | 5.4 |
| Cambios en los hábitos del sueño | No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño | 33 | 25.4 |
| | Duermo un poco más que lo habitual | | |
| | Duermo un poco menos que lo habitual | 29 | 22.3 |
| | Duermo mucho más que lo habitual | 36 | 27.7 |
| | Duermo mucho menos que lo habitual | 15 | 11.5 |
| | Duermo la mayor parte del día | 12 | 9.2 |
| | Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme | 1 | .8 |
| | 4 | 3.1 | |
| Irritabilidad | No estoy tan irritable que lo habitual | 52 | 40.0 |
| | Estoy más irritable que lo habitual | 38 | 29.2 |
| | Estoy mucho más irritable que lo habitual | 25 | 19.2 |
| | Estoy irritable todo el tiempo | 15 | 11.5 |
| Dificultad de concentración | Puedo concentrarme tan bien como siempre | 42 | 32.3 |
| | No puedo concentrarme tan bien como habitualmente | 50 | 38.5 |
| | Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo | 25 | 19.2 |
| | Encuentro que no puedo concentrarme en nada | 13 | 10.0 |

Nota: Elaboración propia, *f* = frecuencias, % = porcentaje.

La tabla 3 mostró algunas respuestas a los ítems que se podrían correlacionar más con el desarrollo de estrés académico, entre las variables que se pudieron considerar para que una persona desarrolle un problema de estrés. La actividad o sentimiento que ayudó a identificar si una estudiante pudiera o tuviera desarrollado estrés era primeramente verificar si el participante ha sufrido de algún momento de preocupación o nerviosismo. Se

muestran los reactivos que son más significativos y que se solían mostrar más en un estudiante con estrés académico, además se expusieron las frecuencias y porcentajes de respuesta de los 130 participantes de nuestro cuestionario y con esto logró realizar algunas inferencias que pudieran ayudar a próximas investigaciones, para evaluar y detectar la presencia de ansiedad de forma eficaz, calificada y fiable.

Tabla 3

Frecuencias y proporciones del Inventario SISCO del estrés académico

| Variable | Respuesta | f | % |
|--|---------------|-----|------|
| Durante el transcurso de este semestre ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo? | Sí | 126 | 96.9 |
| | No | 4 | 3.11 |
| Sobrecarga de tareas y trabajos escolares. | Nunca | 5 | 3.8 |
| | Rara vez | 14 | 10.8 |
| | Algunas veces | 35 | 26.9 |
| | Casi siempre | 41 | 31.5 |
| | Siempre | 35 | 26.9 |
| El tipo de trabajo que te piden los profesores. | Nunca | 12 | 9.2 |
| | Rara vez | 31 | 23.8 |
| | Algunas veces | 33 | 25.4 |
| | Casi siempre | 35 | 26.9 |
| | Siempre | 19 | 14.6 |
| No entender los temas que se abordan en la clase | Nunca | 15 | 11.5 |
| | Rara vez | 16 | 12.3 |
| | Algunas veces | 67 | 51.5 |
| | Casi siempre | 13 | 10.0 |
| | Siempre | 19 | 14.6 |
| Tiempo limitado para hacer el trabajo. | Nunca | 11 | 8.5 |
| | Rara vez | 7 | 5.4 |
| | Algunas veces | 32 | 24.6 |
| | Casi siempre | 32 | 24.6 |
| | Siempre | 48 | 36.9 |
| Dolores de cabeza o migrañas. | Nunca | 12 | 9.2 |
| | Rara vez | 23 | 17.7 |
| | Algunas veces | 39 | 30.0 |
| | Casi siempre | 18 | 13.8 |
| | Siempre | 38 | 29.2 |
| Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo). | Nunca | 18 | 13.8 |
| | Rara vez | 29 | 22.3 |
| | Algunas veces | 40 | 30.8 |
| | Casi siempre | 22 | 16.9 |
| | Siempre | 21 | 16.2 |
| Sentimientos de depresión y tristeza (decaído). | Nunca | 10 | 7.7 |
| | Rara vez | 34 | 26.2 |
| | Algunas veces | 45 | 34.6 |
| | Casi siempre | 32 | 24.6 |
| | Siempre | 9 | 6.9 |
| Ansiedad, angustia o desesperación. | Nunca | 10 | 7.7 |
| | Rara vez | 29 | 22.3 |
| | Algunas veces | 43 | 33.1 |
| | Casi siempre | 26 | 20.0 |
| | Siempre | 22 | 16.9 |

| Variable | Respuesta | f | % |
|--|---------------|----|------|
| Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad. | Nunca | 28 | 21.5 |
| | Rara vez | 30 | 23.1 |
| | Algunas veces | 34 | 26.2 |
| | Casi siempre | 19 | 14.6 |
| | Siempre | 19 | 14.6 |
| Conflictos o tendencia a polemizar o discutir. | Nunca | 44 | 32.3 |
| | Rara vez | 25 | 19.2 |
| | Algunas veces | 19 | 14.6 |
| | Casi siempre | 23 | 17.7 |
| | Siempre | 21 | 16.2 |
| Aislamiento de los demás. | Nunca | 20 | 15.4 |
| | Rara vez | 32 | 24.6 |
| | Algunas veces | 39 | 30.0 |
| | Casi siempre | 23 | 17.7 |
| | Siempre | 16 | 12.3 |
| Aumento o reducción del consumo de alimentos. | Nunca | 25 | 19.2 |
| | Rara vez | 34 | 26.2 |
| | Algunas veces | 15 | 11.5 |
| | Casi siempre | 28 | 21.5 |
| | Siempre | 26 | 20.0 |
| | 9 | 2 | 1.5 |

Nota: Elaboración propia, 2022 *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = número de participantes del cuestionario.

En la tabla 4 se describe el nivel de ansiedad y los diferentes niveles que presentaron los participantes, entre los 130 participantes de los cuales el porcentaje más alto que se obtuvo de nivel de ansiedad fue leve con un 32.2% (42 participantes), en segundo lugar y solo por 2 participantes menos el 30.8% de participantes obtuvieron un nivel moderado

de ansiedad. Así mismo la realización de esta tabla asumió como fin el dar respuesta en parte a nuestro objetivo general que fue el “Identificar los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios de la sede de Linares”, ya que en esta tabla solo se mostraron los valores de ansiedad.

Tabla 4

Porcentaje de ansiedad en los estudiantes universitarios

| Nivel de ansiedad | f | % |
|------------------------|----|------|
| Nivel ausente o mínimo | 26 | 20 |
| Nivel leve | 42 | 32.2 |
| Nivel moderado | 40 | 30.8 |
| Nivel grave | 22 | 16.9 |

Nota: Instrumento: BAI (Beck Anxiety Inventory), *f* = frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 5 se identificaron tres distintos niveles de estrés (leve, moderado y profundo) el nivel más alto de estrés académico que se obtuvo después de haber realizado el cuestionario fue que más de la mitad de los participantes presentaron un nivel de ansiedad moderado y con esto se infirió que la población estudiantil es muy susceptible a sufrir de estrés en un nivel moderado hasta llegar a casi un nivel profundo de estrés.

Tabla 5

Porcentaje de estrés académico en estudiantes universitarios

| Nivel de estrés | f | % |
|-----------------|----|------|
| Nivel leve | 6 | 4.6 |
| Nivel moderado | 73 | 56.2 |
| Nivel profundo | 51 | 39.2 |

Nota: Instrumento: Inventario SISCO del estrés académico, f = frecuencia, % = porcentaje

Para dar respuesta al objetivo específico 1 “Se identificará la prevalencia de estrés y ansiedad en hombres y mujeres” se diseñó esta tabla (Tabla 6), con la cual se identificó el nivel de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios, con lo cual se obtuvo que los participantes hombres obtuvieron una media un poco mayor en el nivel de ansiedad con un 2.50 en comparación a las mujeres que mostraron una media de 2.42. Así mismo en el Inventario SISCO del estrés académico las mujeres mostraron una media mayor

En la siguiente tabla 7 se mostró el nivel

Ansiedad por sexo es leve para ambos.

Tabla 7

Población de estudiantes (hombres/mujeres) universitarios con ansiedad

| Sexo | N | Media | % | Nivel de ansiedad |
|--------|----|-------|------|------------------------|
| Hombre | 38 | 2.50 | 25 | Nivel leve de ansiedad |
| Mujer | 92 | 2.42 | 24.2 | Nivel leve de ansiedad |

Nota: Elaboración propia, 2022; Instrumento: BAI (*Beck Anxiety Inventory*), n = número de participantes del cuestionario, % = porcentaje.

A diferencia de la tabla anterior, en la tabla 8, se observó que las mujeres presentaron mayor porcentaje de niveles de estrés (24.6%) que los hombres

con un 2.46 en cambio los hombres obtuvieron una media de 2.08.

Tabla 6

Población de estudiantes (hombres y mujeres a sufrir de estrés y ansiedad

| Instrumento BAI (<i>Beck Anxiety Inventory</i>) | | |
|---|----------------|----------------|
| Sexo | Hombre | Mujer |
| n | 38 | 92 |
| Media | 2.50 | 2.42 |
| Nivel de ansiedad | Nivel leve | Nivel leve |
| Inventario SISCO del estrés académico | | |
| Sexo | Hombre | Mujer |
| Media | 2.08 | 2.46 |
| Nivel de estrés | Nivel moderado | Nivel moderado |

Nota: Elaboración propia, 2022; n = número de participantes en los cuestionarios.

Tabla 8

Población de estudiantes (hombres/mujeres) universitarios con estrés académico

| Sexo | N | Media | % | Nivel de estrés |
|--------|----|-------|------|-----------------|
| Hombre | 38 | 2.08 | 20.8 | Nivel moderado |
| Mujer | 92 | 2.46 | 24.6 | Nivel moderado |

Nota: Elaboración propia, 2022; Instrumento: Inventario SISCO del estrés académico, N = número de participantes del cuestionario, % = porcentaje.

En la tabla 9 se reportan las actividades, sentimientos más estresantes de los estudiantes, la mayoría de los participantes seleccionaron en sus cuestionarios con una puntuación de 3 el “Tiempo limitado para hacer el trabajo”, y así mismo con los otros reactivos que se identificaron en la tabla.

Tabla 9

Actividades/sentimientos más estresantes en estudiantes universitarios

| Actividad/s sentimiento | Media | % | Nivel de ansiedad |
|---|--------------|----------|--------------------------|
| Tiempo limitado para hacer el trabajo | 3.76 | 37.6 | Moderado |
| Sobrecarga de tareas y trabajos escolares | 3.67 | 36.7 | Moderado |
| Dolores de cabeza o migrañas | 3.36 | 33.6 | Leve |
| Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc. | 3.28 | 32.8 | Leve |
| Somnolencia o mayor necesidad de dormir | 3.25 | 32.5 | Leve |

Nota: Elaboración propia, 2022; % = porcentaje.

DISCUSIÓN

En el presente estudio sobre el estrés académico y el nivel de ansiedad en estudiantes universitarios, en relación al perfil sociodemográfico, la edad media de los participantes fue de 19 años, mayormente los sujetos que fueron sometidos al estudio eran estudiantes universitarios de la facultad de enfermería (n=70) esto coincidió con lo reportado por Trunce Morales et al. (2020), ya que estos mostraron en su investigación que el grupo más grande de participantes venían de la carrera de enfermería (n=60). Sin embargo, se destacó que el tamaño muestral de su estudio fue mucho mayor (206 estudiantes universitarios). Se pudo observar que en su mayoría los participantes de nuestro estudio fueron de sexo femenino (70.8%) esto coincidió con lo reportado por De Dios Duarte et al. (2017) que documenta que en los resultados obtenidos 207 sujetos eran mujeres (72%) y 79 sujetos eran hombres (28%).

Por otro lado, en esta investigación y al igual que en el estudio realizado por Silva-Ramos et al. (2020) se utilizaron las acciones o instrumento de SISCO, ya que esta herramienta ayudo a encontrar la relación que hay entre la educación y los estudiantes

universitarios. Después de procesar los datos a través del programa SPSS (versión 21) se obtuvo que el 56,2% de los sujetos de estudio mostraban un nivel moderado de estrés y tan solo el 4.6% de los encuestados presentaba un nivel de estrés leve, a su vez esto coincidió con lo descrito en la investigación de Silva-Ramos et al. (2020) ya que en la mayor parte de los participantes obtuvieron un nivel moderado de tensión.

Según los resultados obtenidos del Inventario SISCO del estrés académico, las actividades que generan muchos más estrés en los estudiantes universitarios y se manifiestan con más frecuencia entre los alumnos son: tiempo limitado para hacer el trabajo (37.6%), sobrecarga de tareas y trabajos escolares (36.7%) y dolores de cabeza o migrañas (33.6%), a su vez Toribio-Ferrer y Franco-Bárceñas (2015) en su estudio mostro y comprobó que nuestro resultados que los estresores académicos que se presentan con mayor frecuencia entre los alumnos encuestados son: la evaluación de los profesores (28%), sobrecarga de tareas (35%), trabajos escolares y el tiempo limitado para hacer el trabajo. Además, agregan que la personalidad y el carácter influyen en la aparición del estrés académico, con la cual se reconoció otro factor que repercute en la aparición del estrés en los estudiantes.

Se da por concluido que se logró alcanzar el objetivo de identificar los niveles de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios de la sede de Linares, debido a que los resultados obtenidos fueron de gran utilidad para conocer los principales factores que influyen en la vida de un estudiante universitario y provocan que los niveles de estrés o ansiedad fluctúen en niveles elevados. Así mismo se llegó a identificar las prevalencias de estrés y ansiedad en hombres y mujeres, así como la relación que hay entre el nivel de trabajo académico y el estrés que esto provoca.

CONCLUSIONES

Con relación a los resultados encontrados en el presente estudio se obtuvo que los niveles de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios están en general en un nivel bajo de estrés y ansiedad respectivamente, no obstante, hay que hacer énfasis en algunos parámetros estaban por encima de la media, los cuales marcaron un nivel moderado de estrés o ansiedad. Así mismo los resultados mostraron que los estudiantes de 19 años tienen mayor probabilidad de presentar un cuadro de ansiedad o estrés, esto porque fueron los que señalaron las respuestas con el puntaje más alto en la mayor parte de los reactivos.

Por otro lado, se descubrió que los hombres

tienen una tendencia más a presentar ansiedad y en el caso de las mujeres tienen una mayor predisposición a desarrollar estrés, esto se descubrió debido a que los resultados obtenidos en el instrumento BAI (Beck Anxiety Inventory) los hombres presentaban en todos los reactivos un porcentaje mayor al de las mujeres, en cambio cuando se realizó el Inventario SISCO del estrés académico las mujeres obtuvieron un porcentaje más alto en respuestas.

Recomendaciones

Se sugiere replicar el estudio ampliando la muestra en estudiantes universitarios, con el propósito de obtener mayor heterogeneidad de los datos. Aumentar el tiempo de recolección de datos.

REFERENCIAS

- Arreaga, I. A., Galindo, P. E., Alfaro, A. R., Martínez, M. H., Martínez, M. H., Pivaral, M. G., & Cho, P. B. (2017). Depresión y ansiedad en adolescentes de Santa Rosa, Guatemala. *Ciencia, Tecnología y Salud*, 4(2), 273. <https://doi.org/10.36829/63cts.v4i2.497>
- Bustamante, J. P. O., Arreaga, L. A. Z., Contreras, D. A., & Riera, J. M. R. (2020). Estrés psicosocial como causa de gastritis. *RECIAMUC*, 4(4), 198-206. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(4\).noviembre.2020.198-206](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(4).noviembre.2020.198-206)
- Cardona-Arias, J. A., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J., & Reyes, Á. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 11(1), 79. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0001.05>
- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 1(1), 1-19. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>
- Cobo-Rendón, R., Vega-Valenzuela, A., & Álvarez, D. G. (2020). Consideraciones institucionales sobre la Salud Mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de Covid-19. *CienciAmérica*, 9(2), 277-284. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.322>
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. (2020, 25 marzo). Guías temáticas recomendaciones sectoriales: guía la gestión la ansiedad. Colegio Oficial de Psicología de Madrid. <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1471/guias-tematicasrecomendaciones-sectoriales-guia-la-gestion-la-ansiedad>
- Consejo General de la Psicología de España. (2019). Aumentan los problemas de salud mental entre los estudiantes universitarios. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=7932
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas*, 1(2), 183. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2005.0002.06>

- De Ávila-Arroyo, M. L., López-Méndez, E. E., Tenahua-Quitl, I., Gallegos-Acevedo, M., & Torres-Reyes, A. (2019). Manifestaciones psíquicas y somáticas de ansiedad en adolescentes de secundaria. *Sanus*, 7, 8-23. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi7.98>
- De Dios Duarte, M. J., Montero, I., Diaferia, L., & Muñoz, E. (2017). Estrés en estudiantes de enfermería. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 31(3), 110-123. http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v31n3/a13_ems_1067.pdf
- García, E. C., Castillo-Jiménez, D. A., Cepeda, I. D. B., Pacheco, J. M. M., & López, R. P. (2020). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(1). <https://doi.org/10.18041/2665-427x/ijeph.1.5342>
- García, N. B. (2011). Estrés Académico | *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/11369>
- Grove, S. K. (2016). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (6.ª ed.). ELSEVIER.
- Guzmán, N. (2012). ¿Qué significa ser estudiante universitario? Representaciones de los alumnos de ciencias de la educación de la UNT. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR. <https://www.aacademica.org/000-054/451.pdf>
- Macías, A. B. (2006). El Inventario SISCO del Estrés Académico. *Investigación Educativa Duranguense*, 7, 90-93.
- Macías, M. I. C., Orozco, C. A. M., Amarís, M. V., & Zambrano, J. B. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe: revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*, 30(1), 123-145. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Mamani, M. T., Payi, N. O. Z., & Machicao, L. V. (2021). Ansiedad y estrés en la educación virtual en el periodo de emergencia sanitaria por el COVID-19. *Revista científica de sistemas e informática*, 1(2), 27-37. <https://doi.org/10.51252/rcsi.v1i2.161>
- Molina, D. V., Pesantez, X. C., Molina, J. V., Barros, J. C., Ruilova, M. T., & Solórzano, C. B. (2020). Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas. Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research). <https://doi.org/10.5281/zenodo.4404816>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2022). Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/estoy-tan-estresado>
- Ordóñez Galeano, R. A. (2020). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 4(2), 15-21. <https://doi.org/10.36314/cunori.v4i2.123>
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Polit, B. D. F. &. (2023). *Investigación de enfermería generando y evaluando evidencia para la práctica de enfermería* (9th ed.). Lippincott Williams and Williams.
- Portilla, F. E. P., Galvan, D. A. C., Blandón, K. P., Silva, M. G., Chaustre, J. J. M., & León, M. A. A. (2020). Depresión, ansiedad y estrés: Una situación en estudiantes de Enfermería en una Universidad Pública. 16 de Abril,

59(278), 1002. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20278m.pdf>

- Ruisoto, P., Vaca, S., Jiménez, M. A. V., Ramírez, R. I. C., & Espinosa, J. A. R. (2015). Análisis de variables psicológicas asociadas a la salud y productividad en la universidad. *Alternativas*. <https://doi.org/10.23878/alternativas.v16i1.46>
- Salazar Marín, S., Hanna, F., Ramírez, N., & Valencia, J. M. (2016). Miocardiopatía de takotsubo y la arteria coronaria única: una combinación excepcional. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(4), 303.e1-303.e6. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.10.001>
- Secretaría de Gobierno. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de La Federación*, 31. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://doi.org/10.5020/23590777.3.1.10>
- Silva-Ramos, M. F., López-Cocotle, J., & Meza-Zamora, M. E. C. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Investigación y ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 79, 75-83. <https://doi.org/10.33064/iycuaa2020792960>
- Toribio-Ferrer, C., & Franco-Barcenas, S. (2015). Estrés Académico: El Enemigo Silencioso del Estudiante. *Revista salud y Administración*, 3(7), 11-18. <https://cdam.unsis.edu.mx/revista/index.php/saludyadmon/article/download/49/46>
- Trucco, M. F. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272002000600002>
- Trunce Morales, S. T., Villarroel Quinchalef, G. D. P., Arntz Vera, J. A., & Werner Contreras, K. M. (2020). Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación en Educación Médica*, 36, 8-16. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20229>

CAPÍTULO 3

ESTRÉS PERCIBIDO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

MCE. Blanca Lidia Ortiz Atilano, Dra. Annel Gonzáles Vásquez, estudiantes; Berenice Diaz Morales, Luis Ángel Flores Sánchez, Zeldy Guadalupe Guerra Reyna, Yeraldi Guadalupe Juárez González, Alexis Parra Mendoza, Mónica Lizeth Rodríguez García, Luisa Alejandra Rodríguez Ruiz.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción: Actualmente, uno de cada cuatro individuos sufre de estrés, en las universidades se estima que el 50% de los estudiantes puede desarrollar problemas de salud derivados del estrés. La educación superior representa el punto más alto de estrés académico y algunas razones van desde las grandes cargas de trabajo hasta la adaptación de los cambios de la vida universitaria. **Objetivo:** Identificar el estrés percibido de los estudiantes de licenciatura en enfermería. **Metodología:** El diseño del estudio fue descriptivo, el muestreo fue aleatorio simple, la muestra se conformó por 108 estudiantes de enfermería de una universidad pública de Nuevo León; Para medir las variables de estudio se utilizó una Cedula de Datos Personales (CDP) y la Escala de Estrés Percibido. **Resultados:** Los alumnos que presentaron mayor estrés, fueron los de 5° semestre con $\bar{X}= 27.50$ ($DE= 5.00$), se identificó que los estudiantes de 18 a 20 años mostraron mayor estrés con una $\bar{X}= 22.26$ ($DE= 6.89$), se identificó que el estrés es mayor en las mujeres $\bar{X}= 21.93$ ($DE= 6.26$). **Conclusión:** Se recomienda la realización de un programa educativo orientado al manejo de estrés de estudiantes del área de la salud mediante estrategias para disminuir los niveles de estrés durante la formación académica

Palabras clave: Estrés, Estudiantes, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, uno de cada cuatro individuos sufre de estrés, en las universidades se estima que el 50% de los estudiantes puede desarrollar problemas de salud derivados del estrés, como el consumo de alcohol, la depresión y algunas dificultades de orden familiar (Silva et al., 2019). A diario una persona puede experimentar situaciones de carácter estresante que requieren una respuesta de afrontamiento o adaptación, aunque no siempre es así. Los datos estadísticos indican que un 25% de los individuos padece algún trastorno grave de estrés y el 50% de las personas tiene algún diagnóstico derivado de la alteración de la salud mental, dato que

indica la gran relevancia del estrés en la sociedad actual (De Dios et al., 2017). Debido a la situación global de salud, en México la educación cambió incorporando modalidades híbridas, los estudiantes universitarios dan seguimiento a las asignaturas de forma presencial e integrando diversas plataformas, como MS Teams, Moodle, Google Classroom, entre otras, en donde reciben clases, información, envían trabajos, exposiciones virtuales y resuelven exámenes.

En los últimos años, ha crecido el interés por el estudio del estrés y los factores que se asocian, los estudiantes universitarios se han identificado como población vulnerable dado a las situaciones

particulares que presentaron durante el cambio en el periodo del modelo escolarizado presencial al modelo mediante plataformas virtuales. Se ha identificado que los estudiantes del área de la salud como enfermería son los más afectados por dicha modalidad académica debido a una disminución en áreas clínicas de prácticas en donde adquieren mayor habilidad y conocimiento (Castillo et al., 2016).

Campo et al. (2014) definen el estrés como una respuesta adaptativa física y psicológica ante las demandas y amenazas del entorno. El estrés académico se presenta en los estudiantes, existen factores que perciben negativamente (distrés) en las demandas de su entorno, o sea, al estudiante le duele las situaciones a las que se enfrenta durante su proceso formativo y pierde el control para operarlas, manifestándose síntomas físicos como: ansiedad, cansancio, insomnio, y expresiones académicas como bajo rendimiento escolar, desinterés profesional, ausentismo e incluso deserción (Zurita et al., 2019).

La educación superior representa el punto más alto de estrés académico y existen múltiples razones, que van desde las grandes cargas de trabajo hasta la adaptación de los cambios de la vida universitaria, pasando por alteraciones significativas del entorno familiar y social (como el mismo ingreso a la universidad, la separación de la familia y la inserción al mundo laboral), pueden explicar en su conjunto una mayor vulnerabilidad de los estudiantes universitarios a sufrir periodos de estrés. Aunado al estrés de la vida universitaria, el estudiante de enfermería está expuesto al estrés derivado de la práctica clínica, enfrentar situaciones de enfermedad, sufrimiento, dolor y la muerte de los pacientes (Castillo et al, 2018).

La práctica clínica es un complemento muy importante en la formación de enfermería, sin embargo, se está perdiendo el control para afrontar, los estresores académicos provocan desequilibrio sistémico (Silva et al., 2020). Cuando los estudiantes valoran que su situación académica excede sus capacidades y recursos, experimentan desesperanza y emociones negativas que disminuyen la energía dirigida al esfuerzo (Bedoya & Vázquez, 2019), lo que

repercute en su rendimiento académico y su salud, por lo que el propósito del siguiente estudio es identificar el estrés percibido en estudiantes del área de la salud de la carrera de enfermería.

Finalmente, se espera que esta investigación sirva de base para la búsqueda de intervenciones que ayuden al afrontamiento de los factores estresantes a los que se enfrentan los estudiantes en carreras de ciencias de la salud, específicamente los estudiantes de enfermería, ya que son los que tienen una relación terapéutica muy cercana con los pacientes en la práctica clínica y es necesario que se adapten al estrés o tengan conciencia de cómo reducirlo.

Marco de Referencia

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023) ha definido al estrés como las reacciones fisiológicas que en conjunto preparan al organismo para la acción. En enfermería, la taxonomía de resultados por sus siglas en inglés “Nursing Outcomes Classification” [NOC] (Moorhead et al., 2019) describen al estrés como la tensión física o mental consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

El estrés percibido se ha identificado como el grado en que las personas evalúan las situaciones de la vida cotidiana y como dichas situaciones pueden ser consideradas estresantes (Calderón, et al. 2017). Existe una escala para evaluar el estrés percibido que ha sido utilizado a nivel internacional en sus diferentes idiomas, Cohen et al., (1983) en la versión en inglés, Remor (2006) en la versión español.

Estudios Relacionados

Silva et al., (2020) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar el nivel de estrés y la relación entre las variables sexo y carrera en estudiantes de una universidad pública del sureste de México, en una muestra de 255 estudiantes universitarios, conformado por 65 estudiantes de Licenciatura en enfermería, 66 de Genómica, 66 de Ing. en Petroquímica y 56 de Nanotecnología. Los resultados identifican que el 40.4% eran hombres y 59.6% mujeres, en cada programa educativo se determinó el nivel perceptual más elevado de estrés, donde el 97% de los estudiantes de Petroquímica y en Enfermería 88.1% presentaron estrés elevado. El

estrés profundo se identifica en estudiantes de Nanotecnología en un 17.9% y Genómica en un 16%, se concluyó que el estrés está presente en ambos sexos.

Teque et al., (2020) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de estrés académico y determinar los factores estresantes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Señor de Sipán, la muestra de estudio estuvo conformada por 285 estudiantes de enfermería de la universidad de Sipán en Perú. Los resultados reportan que el estrés moderado se encuentra presente en todos los semestres, en el quinto semestre el 100% de los estudiantes tiene un nivel de estrés moderado, a lo largo de todos los semestres el mayor porcentaje de estrés profundo se encuentra al final de la carrera en el noveno y décimo semestre de estudios (35.7% y 35.5%, respectivamente). Solo un porcentaje de estudiantes se encuentran con estrés leve en séptimo (5.9%) y décimo semestre (3.2%).

Bedoya y Vásquez (2019) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el estrés, y el funcionamiento cognitivo. La muestra del estudio estuvo conformada por 50 estudiantes siendo 44 mujeres (88%) y 6 hombres (12%) de nivel superior, la edad mínima era de 18 años y la edad máxima de 35, se identificó una media de 22.21 años (DE = 3.48). Para medir el estrés de los estudiantes se usó la escala de estrés percibido, con la cual se obtuvo un puntaje mínimo de 13 y máximo de 41 puntos, se identificó un nivel medio de estrés con una media de 24.48 (DE = 6.018). Los resultados del estudio sugieren que el estrés, en situaciones cotidianas y con una intensidad moderada, no representa un riesgo para alteración cognitiva en áreas como memoria, atención, funciones ejecutivas y cálculo.

González, et al. (2019) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes de primer grado de una licenciatura en una universidad pública. La muestra del estudio estuvo conformada de 520 estudiantes siendo 80.8% mujeres y un 19.2% hombres de nivel superior, el promedio de edad fue de 18.06 (DE = 1.82), para determinar la presencia de

depresión, ansiedad y estrés se utilizó la prueba DASS-21. Los resultados del estudio sugieren que 417 (80.2%) estudiantes presentan un nivel de estrés normal, 41 (7.9%) presentan un nivel bajo de estrés, 40 (7.7%) presentan un nivel moderado de estrés, 19 (3.8%) sufrían de un nivel severo de estrés y 3 (0.6%) presentan un nivel extremadamente severo de estrés.

Silva et al. (2019) realizaron un estudio con los objetivos de identificar el nivel de estrés académico y conocer la relación entre el nivel de estrés académico y las variables semestre y sexo, la muestra de estudio estuvo conformada por 180 estudiantes de la licenciatura de enfermería de una universidad de México. Los resultados reportan que el 80% era de sexo femenino, el 20% era masculino, en cuanto a la edad el 55.6% tenía entre 17-20 años, 39.4% de 21-24 años y 5% edad entre 25-28 años. El 51.1% pertenece al quinto semestre, el 24.4% al tercer semestre y el 24.4% al séptimo semestre, 76.7% de los estudiantes solo estudia y el 23.3% estudia y trabaja. Con respecto al estrés se identificó que un 87.8% presentan un nivel de estrés moderado, el 9.4% presentan estrés profundo y solo el 2.8% presentaron un nivel de estrés leve.

De Dios et al. (2017) concretaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el nivel de estrés en estudiantes de licenciatura en enfermería, su significación y su posible relación con el año académico cursado; la muestra final constó de 289 estudiantes y su distribución por sexo fue 207 (72%) mujeres y 79 (28%) hombres con una media de 21 años (rango de 18 a 51), su distribución por curso fue que primer semestre tuvo 106 (37%), segundo semestre 112 (39%) y tercer semestre 71 (25%). En los resultados obtenidos se identificó que en segundo semestre se tiene una mayor percepción de estrés, así como que las mujeres son aquellas estudiantes que padecen más estrés.

Objetivo general

Identificar el nivel de estrés percibido de los estudiantes de nivel superior de enfermería

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería

2. Determinar el nivel de estrés de los estudiantes por semestre
3. Determinar el nivel de estrés de los estudiantes por edad
4. Determinar el nivel de estrés de los estudiantes por sexo

Definición de términos

Estrés percibido, definido como respuesta que presenta el estudiante que aparece debido a un desequilibrio entre las demandas o exigencias del ambiente universitario y los recursos con los que cuenta un estudiante para responder de manera efectiva. Será medido con la Escala de Estrés Percibido compuesta por 10 ítems (EPP-10) (Remor, 2006).

Edad, el número de años que ha vivido el participante, se midió en años.

Sexo, conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los participantes. Se identificó como femenino y masculino.

Semestre, periodo de tiempo que consta de seis meses, será medido en número de semestre.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue descriptivo debido a que identificó y describió el estrés de los estudiantes y no se hizo manipulación de las variables del estudio (Grove et al., 2016).

La población de estudio fue el total de estudiantes que están inscritos en una universidad pública de enfermería del estado de Nuevo León. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple. La muestra estuvo conformada por 108 estudiantes de enfermería de una universidad pública de Nuevo León. Se incluyeron estudiantes inscritos que cursaban una carrera universitaria al momento del estudio y mayores de 18 años.

Instrumentos de medición

Para medir las variables de estudio se utilizó una Cedula de Datos Personales (CDP) la cual indaga la edad, sexo, estado civil y semestre que

curso el participante. El estrés percibido fue medido con la Escala de Estrés Percibido compuesta por 10 ítems (EPP-10) realizada por Remor en el 2006, debido a que es las escalas más usadas en investigaciones epidemiológicas y clínicas para la medición de estrés percibido en diferentes contextos además de que se encuentra validada en el idioma español y ha reportado confiabilidad aceptable a través del alfa de cronbach de 0.82 (Campo et al., 2009).

La escala está integrada por 10 ítems identificados como enunciados directos que examinan el nivel de estrés, no obstante, los ítems 4, 5, 7 y 8 se califican en forma inversa o invertida, la respuesta es de tipo Likert identificada de cero a cuatro que va de 'nunca', 'casi nunca', 'de vez en cuando', 'muchas veces' y 'siempre'. Para su interpretación se identifica que a mayor puntuación obtenida en la escala es mayor el estrés percibido (Campo et al., 2014).

Procedimiento de recolección de datos

El proyecto se envió al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posterior a la aprobación por el Comité se solicitó autorización a la institución educativa, se inició la invitación a los estudiantes de forma digital a través de Facebook, los que decidieron participar, se verificó que cumplieran los criterios de inclusión. Una vez identificados los criterios de inclusión, se les proporcionó un consentimiento informado, en el cual se explicaba el objetivo, procedimiento, beneficios del estudio el cual debería ser firmado por el estudiante para continuar con el estudio.

Seguido de esto se agendó una cita para la aplicación de los instrumentos, en horario que no interfiriera con clase, el tiempo estimado de respuesta fue de 10 minutos, al final, se agradeció a los estudiantes por su participación, se les informó que los datos recolectados no se iban a presentar de forma individualizada, sino que formarían parte de reportes de investigación, donde toda información sería anónima y de forma general.

Consideraciones éticas

El presente estudio respeto lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Se consideró lo establecido en el Capítulo 1 “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, el Artículo 13, debido a que en esta investigación se respetó la dignidad de los participantes y se dio protección a todos los derechos y al bienestar del participante; de acuerdo al Artículo 14, se le dio a conocer al estudiante en todo momento el proceso de la investigación y se le recordó que toda información sería anónima, pues la información siempre se presentará de forma generalizada.

Se respeto lo establecido al Artículo 20, Artículo 21 Fracciones I, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX, Artículo 22 Fracciones I, II, III, IV y V ya que esta investigación cuenta con un consentimiento informado el cual se proporcionó al inicio de la investigación, dicho consentimiento contiene los objetivos, beneficios y el estudiante de forma libre daba autorización de su participación.

Según el Capítulo 5, Artículo 57 de la investigación en grupos subordinados, se les explicó a los participantes que para formar parte de la investigación debían autorizarlo mediante el consentimiento informado, además de que la información que se brindó no se compartiría a las autoridades de la institución de forma individual, ni a personas ajenas a la investigación, aclarando que, si decidían participar o no, su decisión no repercutiría en su condición social ni educativa.

Análisis de datos

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se utilizó el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). Se utilizó la estadística descriptiva, para las variables categóricas se emplearon frecuencias y porcentajes. Para variables continuas, se utilizaron medidas de tendencia central y variabilidad, la media, mediana, desviación estándar, valor mínimo y máximo.

RESULTADOS

El cuestionario para la evaluación del estrés percibido compuesta por 10 ítems (EPP-10), obtuvo

un Alfa de Cronbach de .824, que se considera como aceptable.

Tabla 1

Datos sociodemográficos

| Variable | n | % |
|------------------|----|------|
| Edad | | |
| 18 a 20 años | 45 | 41.7 |
| 21 a 24 años | 59 | 54.6 |
| 25 a 28 años | 4 | 3.7 |
| Sexo | | |
| Femenino | 95 | 88.0 |
| Masculino | 13 | 12.0 |
| Escolaridad | | |
| Segundo semestre | 5 | 4.7 |
| Tercer semestre | 8 | 7.4 |
| Cuarto semestre | 17 | 15.7 |
| Quinto semestre | 4 | 3.7 |
| Sexto semestre | 24 | 22.2 |
| Séptimo semestre | 3 | 2.8 |
| Octavo semestre | 47 | 43.5 |

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje, n = 108.

La tabla 1 reporta las características sociodemográficas de los participantes. De acuerdo con la edad, el 54.6% tenía una edad entre 21 a 24 años, el 88% pertenecían al sexo femenino, el 43.5% de los estudiantes se encontraban cursando el octavo semestre.

Tabla 2

Medidas de tendencia central del estrés percibido por semestre

| Semestre | \bar{X} | Mdn | DE | Valor | |
|-------------|-----------|-------|------|--------|--------|
| | | | | Mínimo | Máximo |
| 2° Semestre | 22.60 | 24.00 | 2.88 | 19.00 | 25.00 |
| 3° Semestre | 24.00 | 23.50 | 6.65 | 15.00 | 35.00 |
| 4° Semestre | 19.52 | 21.00 | 6.19 | 10.00 | 31.00 |
| 5° Semestre | 27.50 | 27.00 | 5.00 | 22.0 | 34.00 |

| Semestre | \bar{X} | Mdn | DE | Valor | |
|-------------|-----------|-------|------|--------|--------|
| | | | | Mínimo | Máximo |
| 6° Semestre | 22.12 | 24.00 | 6.07 | 8.00 | 31.00 |
| 7° Semestre | 24.00 | 21.00 | 5.19 | 21.00 | 30.00 |
| 8° Semestre | 21.25 | 22.00 | 6.22 | 7.00 | 32.00 |

Nota: \bar{X} = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, $n = 108$

En la tabla 2 se muestran las medidas de tendencia central de estrés percibido de los estudiantes de enfermería por semestre. El semestre que muestra mayor estrés es el 5° semestre, con $\bar{X} = 27.50$ ($DE = 5.00$), seguido de 3° y 7° semestre ambos con $\bar{X} = 24.00$ ($DE = 6.65$ y 5.19 respectivamente).

Tabla 3

Medidas de tendencia central del estrés percibido por edad

| Edad | \bar{X} | Mdn | DE | Valor | |
|-------|-----------|-------|------|--------|--------|
| | | | | Mínimo | Máximo |
| 18-20 | 22.26 | 24.00 | 6.89 | 7.00 | 35.00 |
| 21-24 | 21.49 | 22.00 | 5.69 | 7.00 | 32.00 |
| 25-28 | 19.75 | 20.00 | 1.25 | 18.00 | 21.00 |

Nota: \bar{X} = Media, Mdn=Mediana, DE= Desviación estándar, $n = 108$.

En la tabla 3 se identifica que los estudiantes con mayor estrés son los de 18 a 20 años con una $\bar{X} = 22.26$ ($DE = 6.89$).

Tabla 4

Medidas de tendencia central del estrés percibido por sexo

| Sexo | \bar{X} | Mdn | DE | Valor | |
|-----------|-----------|-------|------|-------|-------|
| | | | | Min | Max |
| Femenino | 21.93 | 23.00 | 6.26 | 7.00 | 35.00 |
| Masculino | 20.38 | 20.00 | 4.95 | 12.00 | 30.00 |

Nota: \bar{X} = Media, Mdn=Mediana, DE= Desviación estándar, $n = 108$

En la tabla 4 se identifican las medidas de tendencia central del estrés percibido en los estudiantes de enfermería por sexo, donde se expone que el sexo femenino mostró una $\bar{X} = 21.93$ ($DE = 6.26$), siendo mayor que el sexo masculino.

DISCUSIÓN

El presente estudio identificó el estrés percibido en 108 estudiantes universitarios

El estrés percibido se encontró que la media más alta corresponde a los estudiantes de 5° semestre. Estos resultados concuerdan con lo señalado por Silva et al. (2019) quienes también reportaron una media de estrés más alta en la población de quinto semestre. Este hallazgo pudiera estar explicado dado a las responsabilidades que asumen los estudiantes dentro de las prácticas clínicas, las cuales son cada vez mayor a medida que van avanzan de semestre y en función de los objetivos curriculares que deben alcanzar.

En cuanto al estrés percibido por edad, se identificó la media más alta en los estudiantes de 18 a 20 años. En contraste con otros estudios, han reporta que la edad donde se presenta mayor estrés es a los 22 años (De Dios et. al., 2017). Esto pudiera estar explicado a lo expuesto por Enríquez y Chavarría, (2019) quienes mencionan que a mayor edad los jóvenes tienden a tener mayor control de los estresores.

Finalmente, en relación con el estrés percibido por sexo se reportó en el género femenino una media mayor que en los hombres. Referente a un estudio realizado en una universidad pública en México (Enríquez et al, 2019), refiere que la participación del género femenino es una constante en investigaciones de estudiantes de enfermería, pues la gran mayoría de alumnos que conforman licenciaturas y técnicas en esta profesión suelen ser mujeres, además que la muestra estuvo conformada principalmente por participantes de este género (82%), Así mismo la identificación de mayor estrés en las mujeres puede deberse a que habitualmente la mujer adaptan su estilo de vida para dar prioridad a sus funciones académicas, en este sentido pueden presentar mayor miedo o incertidumbre en cómo

organizar y llevar a cabo las actividades universitarias.

Después de haber concluido este proceso de investigación se pueden proponer algunas recomendaciones hacia los estudiantes universitarios, en el ámbito profesional y de aplicación, con este estudio se intenta contribuir a una mejora del conocimiento acerca del estrés académico que se experimenta en el ámbito universitario.

Se recomienda la realización de un programa educativo orientado al manejo de estrés de

estudiantes del área de la salud mediante estrategias para disminuir los niveles de estrés durante la formación académica tanto teórica como práctica, así como otros ámbitos que influyen al aumento de estrés.

El estrés es una variable que forma parte de indicación de salud mental de los individuos, por lo que se recomienda continuar utilizando la Escala de Estrés Percibido (EPP-10) en diferentes poblaciones debido a que ha mostrado confiabilidad aceptable.

REFERENCIAS

- Bedoya-Cardona, E. Y. & Vázquez-Caballero, D. A., (2019). Estrés y funcionamiento cognitivo en universitarios. *Revista chilena de neuropsicología*, 14(1), 23-29. DOI:10.5839/rcnp.2019.14.01.03
- Campo-Arias, A., Oviedo, H.C. & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de Medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.03.001>
- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G. J., & Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Revista científica Aquichan*, 9(3), 271-280. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3125166>
- Calderón, C., Gómez, N., López, F., Otárola, N., & Briceño, M. (2017). Estructura Factorial de la Escala de Estrés Percibido (PSS) en una muestra de trabajadores chilenos. *Revista Salud y Sociedad*, 8(3), 218-226. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439754607002>
- Castillo, C., Chacón, T. & Díaz-Véliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*. 5(20), 230-237. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.03.001>
- Castillo, I. Y., Barrios, A. & Alvis, L. R. (2018). Estrés académico en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia. *Revista de Investigación en Enfermería: imagen y Desarrollo*. 20(2) 1-11.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- De Dios, M., Varela, I., Braschi, L. & Sánchez, E. (2017). Estrés en estudiantes de enfermería. *Educación Médica Superior*. 31(3), 110-123.
- Enríquez, M. C. & Chavarría, K. M. (2019). Estresores percibidos por los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Diferencias entre programas educativos*. *Index de Enfermería*. 28(1-2), 79-83.
- González, L., Guevara, E., Nava, M., Estala, M., García, K., & Peña, E. (2019). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47.
- Grove, S.K., Gray & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (6ta ed.). USA: Elsevier.

- Organización Mundial de la salud (2023). Estrés. Preguntas y respuestas. Ginebra, Suiza. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9(1), 86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/172/17290110.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Silva, M. F., López, J. J. & Meza-Zamora, M.E. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Investigación y ciencia*. 28(79), 75-83.
- Silva, M. F., López, J. J., Sánchez, O. & González, P. (2019). Estrés académico en estudiantes de licenciatura en Enfermería. *RECIEN*. 18(3), 25-39. <https://doi.org/10.14198/recien.2019.18.03>
- Teque-Julcarima, M. S., Gálvez-Díaz, N. C., & Salazar-Mechán, D. M. (2020). Estrés académico en estudiantes de enfermería de universidad peruana. *Medicina naturista*, 14(3), 43-48. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7512760>
- Zurita, R.J., Martínez, G. & Mapén F.J. (2019). Efectos del estrés sobre el rendimiento académico de estudiantes de la maestría en contaduría en una universidad pública. *Revista de Investigación Académica sin Frontera*. 31(12), 1-20.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier.

CAPÍTULO 4

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA

MCE. Blanca Araceli Gloria Delgado, estudiantes; De la Cruz Hernández Bianca Clementina, Del Ángel Hernández Fernanda, Ortiz de la Rosa Jackeline Andrea, Pecina Gámez Karen Isabella, Reyes Beatriz Alejandra, Rodríguez Alvarado Rubí Aglaé, Rodríguez Ortega Ana Gabriela.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Objetivo: el propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de enfermería de una universidad pública. **Metodología:** El diseño del estudio fue descriptivo por encuesta transversal. La población de estudio fueron 80 estudiantes de 18 a 30 años de ambos sexos de todos los semestres. La fuente de información fue el instrumento Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21). **Resultados:** los estudiantes que presentaron niveles de depresión, ansiedad y estrés eran personas femeninas con un promedio de edad de 20 años. La ansiedad en estudiantes mostró mayor porcentaje de sintomatología con un 41.3% (33), los niveles de depresión moderada fueron de 17.5% (14) y los niveles de estrés severo con un 17.5% (14). **Conclusiones:** Dada la alta prevalencia de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés identificada, consideramos que repercuten en el aprendizaje, disminuyen la concentración, la atención y retención afectando el rendimiento académico de los estudiantes

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos mentales se describen como un problema de salud a nivel mundial, ya que afectan al 25% de la población en países desarrollados y subdesarrollados (Perilla et al., 2020). La depresión se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En México, la depresión es un problema de salud pública de alta prevalencia que en el peor de los casos puede llegar al suicidio, el cual ocupa la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años; además también ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los

hombres. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP), se estima que en el 2030 la depresión será la primera causa de discapacidad en el mundo (Instituto Mexicano de la Juventud, 2016).

Dicho trastorno se presenta en la población universitaria y es uno de los principales motivos de consulta atendidos a través de los servicios de salud universitarios. Los adolescentes y jóvenes ingresan a un mundo totalmente desconocido, en él se enfrentan a ritmos y responsabilidades intensas, y no siempre tienen la fuerza y la resiliencia adecuada en los momentos más difíciles como son la entrega de trabajos finales, servicio social, periodos de exámenes, cantidad de material que es necesario aprender, distribución del tiempo, la necesidad de obtener buenas calificaciones, entre otras (Ruvalcaba, Galván, Ávila & Gómez, 2020).

Todo esto puede generar implicaciones

severas en el bienestar y calidad de vida, y ser un detonante del inicio de la depresión. A pesar de que todos los estudiantes universitarios se encuentran expuestos a estas situaciones, a lo largo del tiempo se ha observado que estos cuadros son más frecuentes en carreras del área de la salud (Castillo, Barrios & Alvis, 2018).

El estrés se define como un síntoma general de adaptación, es la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante (Chiang, Riquelme & Rivas, 2018). Maset (2017) menciona que el estrés es sufrido por un 48.7 % de las mujeres frente a un

31.5 % de hombres; por edades, los menores de 45 años presentan un mayor grado de estrés y por ocupación, los estudiantes son quienes lo sienten de manera frecuente o continua (55.6 %).

En cuanto a las causas del estrés están, el exceso de actividad o la falta de tiempo (50.9 %) y

los problemas de cansancio y sueño (46.2 %) son las más frecuentes, aunque también tienen gran importancia los problemas laborales (43.2 %) y la enfermedad propia o de un familiar (41.4 %).

El estrés es uno de los principales factores para desencadenar la depresión en estudiantes de enfermería, las principales fuentes identificadas corresponden a eventos académicos, psicosociales y financieros; entre otros elementos destacan el sexo femenino, asociado a mayores niveles de estrés, y el grado de avance en el currículo, también existe la relación con la práctica clínica, el contacto con los pacientes y las relaciones con los equipos de salud (De Dios, Varela, Braschi & Sánchez, 2017). Este suele ser un problema silencioso y la mayoría de las veces no se tratan adecuadamente y trae consecuencias negativas en el desarrollo de las habilidades profesionales y socioemocionales que es necesario para Enfermería (Ardiles, Barraza, Koscina & Espínola, 2020).

Marín, Martínez y Ávila (2016) mencionan que los datos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en México indican que estos padecimientos son los trastornos mentales más comunes; en la población mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presentaba algún trastorno de ansiedad, y

esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente. Actualmente, la ansiedad constituye uno de los motivos de consulta más frecuente en atención primaria donde el 25% de las consultas lo son por trastornos mentales; así pues, nos encontramos ante un problema de magnitud importante que no siempre es detectado correctamente (Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, 2018).

Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue conocer la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés que existe en los estudiantes de una universidad pública en Monterrey, Nuevo León, México. La investigación que se realizó es de carácter descriptivo transversal, esperando que permita a las instituciones implementar estrategias a favor de la salud mental de sus estudiantes, contribuyendo a un mejor desempeño en sus actividades y prácticas correspondientes.

Marco de referencia

Los conceptos principales de este estudio son depresión, ansiedad y estrés, ya que afectan a gran parte de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud (2017) establece que la depresión, es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. No existe una causa única conocida de la depresión, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos (Centro Provincial Información de Ciencias Médicas Camagüey, 2018).

Las principales consecuencias de este trastorno consisten en aislamiento social o retraimiento, mayor riesgo de desarrollar otro padecimiento de salud mental, desempeño deficiente en el trabajo o la escuela, falta de control sobre los impulsos, toma de malas decisiones, niveles de ansiedad elevados, dificultades con las relaciones interpersonales,

debilitamiento del sistema inmunológico, úlceras y dolores de cabeza crónicos debido a la tensión, presión arterial elevada, obesidad, abuso de

sustancias nocivas, conductas autolesivas, pensamientos suicidas y muerte por suicidio (Hospital San Juan Capestrano, 2020).

El diccionario del Instituto Nacional del Cáncer (2018) define a la ansiedad como percepción de sentimientos de miedo, pavor e incomodidad que a veces se presentan como reacción a un estado de tensión o estrés. Las causas de los trastornos de ansiedad no se conocen bien, pero participan factores tanto psiquiátricos como clínicos generales. Muchas personas desarrollan crisis de ansiedad sin que haya un antecedente identificable que las desencadene, la ansiedad puede ser una respuesta a factores estresantes ambientales (Barnhill, 2020).

Las principales consecuencias de la ansiedad consisten en pérdida del empleo, dependencia, adicción, abuso o uso de sustancias nocivas, presencia de conductas autolesivas, disminución en la cantidad y la calidad de las relaciones interpersonales, divorcio, aislamiento social o retraimiento, fracaso académico, incapacidad para tener un buen desempeño laboral, ideas e intentos suicidas (Hospital San Juan Capestrano, 2021).

El estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga, dicha respuesta puede ser de tipo psicológica o fisiológica; la demanda se refiere a la causa del estrés, conocido como estresor. Las situaciones potenciales de riesgo del estrés más frecuentes son: los estresantes psicosociales (mentales y sociales), los estresantes bioecológicos (funciones orgánicas y medio ambiente) y los estresantes de personalidad como es el manejo de ansiedad/distrés (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], 2016).

Las consecuencias físicas del estrés pueden ser trastornos gastrointestinales, cardiovasculares y alteraciones en el sistema inmune. Las psíquicas consisten en preocupación excesiva, incapacidad para tomar decisiones, mala memoria, bloqueo mental y mayor susceptibilidad a sufrir accidentes y al consumo de tóxicos. Las organizativas pueden inducir a enfermedad, ausentismo laboral, aumento de accidentes o incluso hasta incapacidad laboral

(ISSSTE, 2016).

Estudios relacionados

Barraza, Muñoz y Contreras (2016) realizaron un estudio mediante un diseño no experimental ex-postfacto, donde se evaluó la organización de personalidad de 235 universitarios de primer año de edades entre 18 y 34 años, correspondiente a carreras del área de la salud (Medicina, Kinesiología y Enfermería), de tres universidades de la Región de Coquimbo, Chile. Se utilizó el inventario de organización de la personalidad y la escala de depresión, ansiedad y estrés para tamizar a los participantes, la relación de la personalidad con los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés se determinó mediante análisis de regresión múltiple. El estudio tiene como objetivo determinar la relación de las dimensiones de organización de la personalidad en el desarrollo de los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés en estudiantes universitarios de primer año de carreras de la salud. En los resultados, respecto a la caracterización de síntomas ansioso-depresivos y de estrés, fue posible apreciar que el 23, el 39 y el 31% los participantes tenían niveles medios a graves de depresión, ansiedad y estrés respectivamente.

Cheung et al. (2016) realizaron un estudio transversal en China, en una muestra de 661 estudiantes de enfermería de un instituto terciario, donde se excluyeron los del 5° año. Dicho estudio se realizó con el objetivo de examinar la prevalencia ponderada de depresión, ansiedad y estrés entre estudiantes de enfermería en el contexto de una caracterización de las características sociodemográficas de estudiantes de enfermería en un instituto terciario de Hong Kong. Se evaluó la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés con la escala Depression, Anxiety and Stress Scale number 21 (DASS - 21) versión China. En base a los resultados se registraron niveles de moderados a extremadamente severos de depresión en un 24.3%, de ansiedad 39.9% y estrés un 20%.

Rathnayake y Ekanayaka (2016) realizaron un estudio transversal, mediante una muestra intencionada en 92 estudiantes de enfermería de pregrado, siendo el 30% hombres y el 69.6% mujeres

de la Facultad de Ciencias de la Salud Aliadas de la Universidad de Peradeniya en Sri Lanka; donde completaron un cuestionario autoadministrado previamente probado y se les aplicó la versión cingalesa de la escala de depresión, ansiedad y estrés. El objetivo de este estudio fue examinar la depresión, ansiedad y estrés, y los factores asociados entre estudiantes de pregrado en enfermería en Sri Lanka. En los resultados se encontró que la mayoría de los encuestados informaron síntomas de depresión de leves a extremadamente graves (51.1%), ansiedad (59.8%) y estrés (82.6%). Los factores asociados a la depresión fueron la edad, el año académico, la satisfacción con la enfermería, factores de bienestar físico, posibles factores estresantes, salud física autoevaluada y salud mental autoevaluada; los factores asociados con la ansiedad fueron la edad, salud física autoevaluada y la salud mental autoevaluada y los factores asociados con el estrés fueron posibles factores estresantes, salud física autoevaluada y salud mental autoevaluada.

Firmino et al. (2018) realizaron un estudio descriptivo y transversal en dos escuelas privadas y dos públicas en el país de Portugal, donde participaron 253 estudiantes de licenciatura en enfermería de primero a cuarto año. Dicho estudio se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión entre estudiantes de licenciatura en enfermería portugueses. El instrumento de recolección de datos consistió en variables sociodemográficas, variables de comportamiento de salud, y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). El 83.23% de la muestra fue conformada por estudiantes de sexo femenino y el 16.77% masculino. El 96.4% de los participantes eran solteros, 80% asiste a escuelas públicas y el 19.8% son estudiantes que trabajan. El 85% de estudiantes no fuma y el 85.4% no consume bebidas alcohólicas. En cuanto a los resultados de depresión el 12.3% presenta nivel leve, 13.8% nivel moderado, 7.5% nivel severo y 9.5% nivel extremadamente severo. Los resultados de ansiedad fue 18.2% nivel leve, 12.3% nivel moderado, 9.5% nivel severo y 14.2% nivel extremadamente severo. Respecto al estrés hubo un 14.2% en el nivel leve,

11.5% nivel moderado, 13% nivel severo y 6.3% nivel extremadamente severo.

Díaz et al. (2019) realizaron un estudio de investigación descriptivo, transversal y prospectivo en el país de Perú, teniendo como objetivo determinar si las variables independientes como factores de riesgo, edad, sexo, estado civil, número de hijos, y la ocupación influye en las variables dependientes como estilos de vida, depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de enfermería peruanos. Mediante los instrumentos Health Promoting Life Profile-II (HPLP-II) y la Depression and Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) se evaluaron 1193 estudiantes de enfermería de Chorrillos, Ica y Chincha, que constituyeron la población total para el semestre 2018, 53.9% de los estudiantes de enfermería tenían estilos de vida poco saludables; sin embargo, presentaban ansiedad moderada (19.7%), leve (14.2%), severa (2.5%) y extremadamente severa (2.4%); con respecto a la depresión y el estrés la mayoría se encontró en un nivel normal. Las variables independientes como la edad (20-29 años), estado civil (soltero), el sexo (femenino), no tener hijos y el tener la única ocupación de estudiante se relacionan en gran medida a las variables dependientes. Por lo tanto, concluyeron que estilos de vida poco saludables conducen al deterioro de su salud y la aparición de enfermedades no transmisibles, especialmente en países en desarrollo donde las políticas de salud mental no están presentes.

Samson, P. (2019) realizó un estudio descriptivo transversal, donde se evaluó la prevalencia del estrés, la ansiedad y la depresión de 680 estudiantes de enfermería matriculados en nueve facultades afiliadas a una universidad en Nepal durante el año académico 2018. Se utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) para evaluar los niveles de depresión, ansiedad y estrés; el afrontamiento se midió mediante un breve inventario de afrontamiento. El estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del estrés, la ansiedad y la depresión entre los estudiantes de enfermería y examinar su relación con los estilos de afrontamiento. En los resultados, la mayoría de los estudiantes (51%, n = 350) reportaron niveles de estrés, ansiedad y depresión de moderados a

extremadamente severos, nivel moderado a extremadamente severo de ansiedad (72%), depresión (51%) y estrés (47%). Los estudiantes utilizaron principalmente estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Perilla et al. (2020) Realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal en el país de Colombia, teniendo como objetivo identificar el nivel de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes, mediante una encuesta auto administrada de 21 ítems de la Escala DASS-21 de Lovibond a una muestra de 307 participantes de primero a octavo semestre de un programa de Enfermería de una universidad pública de Cúcuta, Colombia. El 77 % de la muestra estuvo conformada por estudiantes de sexo biológico femenino y el 23 % masculino, con mayor proporción de mujeres (47 %) y hombres (59 %) en el rango de 20 a 24 años; para un promedio de 20 años, así mismo, para ambos sexos hubo superioridad del estado civil soltero en el 94 % de los participantes. Cabe señalar que un 35 % de la población sujeto de estudio percibe algún nivel de depresión, llamando la atención que los semestres I, IV y VII tienen el mayor número de universitarios de enfermería en nivel severo de depresión, reflejando un resultado de 11-13 puntos según la Escala DASS-21 de Lovibond. En relación con la ansiedad, el comportamiento muestra un 40% de los estudiantes en algún nivel de ansiedad. De manera semejante, el 58 % muestran algún nivel de estrés.

En resumen, siete investigaciones abordaron la temática de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de enfermería donde todos los autores utilizaron el instrumento DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale-21), los cuales se realizaron en diferentes países. En Perú se obtuvo mayor prevalencia de ansiedad moderada con un 19.4%, Colombia mostró un porcentaje de estrés en un 58%, en Chile se presentó un porcentaje de ansiedad del 39% de un nivel medio a grave, Portugal presentó un porcentaje de ansiedad de 54.2, Nepal indicó ansiedad en un 72%, Sri Lanka demostró un resultado de ansiedad en un 72% y China una prevalencia de ansiedad en un 39.9%. Se puede percibir que en cinco de los estudios la ansiedad es la más repetitiva, por ende, que afecta a más

estudiantes, mientras que el estrés solo se presentó en dos estudios. En cuanto a la depresión, los resultados fueron muy bajos por lo que no fueron incluidos.

Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de enfermería de una universidad pública.

Objetivos específicos

Conocer el perfil sociodemográfico de los estudiantes (edad, sexo, hijos y trabajo).

Identificar antecedentes familiares y personales de enfermedad mental (depresión, ansiedad y estrés).

Definición de términos

Depresión: falta de pensamientos positivos, de iniciativa para realizar actividades y motivación, cansancio, baja autoestima, tristeza y pérdida del sentido de la vida.

Ansiedad: sensación de dificultad respiratoria y también para lograr la relajación, temblor en las manos, preocupación excesiva, inquietud, sequedad bucal, pánico, taquicardia y miedo excesivo.

Estrés: sentimiento de tensión excesiva, falta de control sobre las emociones, cansancio, inquietud, dificultad para lograr la relajación, intolerancia hacia actividades que no permitan lograr los objetivos e irritabilidad.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El diseño para el presente estudio fue de tipo descriptivo y transversal; descriptivo porque permite obtener la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en una cantidad considerable de la población a estudiar de la manera más accesible para aumentar la validez del estudio. Así mismo, se considera transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un solo momento (Polit & Tatano, 2018).

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de una universidad pública en Monterrey, Nuevo León, México. El muestreo fue no

probabilístico por conveniencia, ya que se consideró a los estudiantes de todos los semestres que cumplan con el criterio de inclusión de pertenecer a un rango de edad de 18 a 30 años. Para obtener la muestra se utilizó la siguiente fórmula para obtenerla a partir de poblaciones finitas:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(n-1) + z^2pq}$$

La muestra se conformó por 80 estudiantes.

Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión fueron estudiantes de todos los semestres con una edad entre 18 a 30 años

Criterio de exclusión

Como criterios de exclusión fueron estudiantes menores de edad, así como pasantes de servicio social.

Criterios de eliminación

Como criterios de eliminación fueron las encuestas que no fueron contestadas completamente

Instrumento de medición

Para perfilar las características de la población de estudio se diseñó una cédula de datos del participante, la cual contiene información respecto al sexo del participante, en términos de masculino y femenino, edad en años cumplidos, estado civil, si son madres o padres, si trabajan o no, semestre, promedio del semestre anterior, desempeño académico, si ha acudido con un especialista en salud mental, si ha sido diagnosticado anteriormente con un trastorno mental (depresión, ansiedad y estrés), antecedentes familiares, horas de sueño, calidad del sueño y autoevaluación sobre salud mental, así mismo se realizó en formato electrónico.

Para conocer la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios se utilizó el instrumento Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21), por medio de 21 ítems dividido en tres subescalas que evalúa el nivel de dichos trastornos mentales, de igual modo de manera electrónica.

Al contestar el instrumento Depression,

Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21), se le pidió al participante que seleccionara el número, ya que el instrumento cuenta con una escala de respuesta tipo likert con valores que van de 0 a 3, que indica en qué grado le ha ocurrido tal afirmación durante la semana pasada al momento de la recolección de datos. La escala de calificación es la siguiente: 0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

El DASS-21 posee tres subescalas con siete ítems cada una, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Puede obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems. A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

La subescala de depresión se clasificó de la siguiente manera: 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa, 14 o más, depresión extremadamente severa. Para

la subescala de ansiedad se consideró que si se obtiene 4 es ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa, 10 o más, ansiedad extremadamente severa. Para la subescala de estrés se tomó en cuenta que el obtener 8-9 es estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo, 17 o más, estrés extremadamente severo.

Procedimiento de recolección de la información

El estudio fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para su revisión. Dada la situación de la pandemia todo se llevó a cabo de forma electrónica mediante la herramienta Microsoft Forms. Una vez aprobado y obtenida dicha autorización se solicitó la ayuda de los representantes de cada grupo, se contactó a los estudiantes por medio de Microsoft Teams; fue enviado el consentimiento informado en donde debieron seleccionar: sí acepto participar o no acepto participar, además se explicó el objetivo del estudio,

la confidencialidad de los datos y se informó que la participación es voluntaria, que no recibirán remuneración económica o en especie y que no afectará su situación académica.

A los participantes con consentimiento se les envió la cédula de datos e instrumento de medición, se le brindó una explicación respecto a la forma de contestar solicitando al participante que marque la respuesta que mejor describa su situación, aclarando que pudieron tener contacto a través del chat de Microsoft Teams para cualquier aclaración. Finalmente, se les agradeció su participación.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Servicios Parlamentarios, 2014), precisamente en la sección llamada Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, de los siguientes apartados:

Artículo 13. El cual se establece que en toda investigación en salud se deben prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En el presente estudio se respetaron los derechos y el bienestar de los participantes, por lo cual, su participación fue de manera voluntaria y lo hicieron en el momento propicio para ellos, además se protegió el anonimato de la información aportada por los participantes.

Artículo 14. Fracciones V, VII y VIII, se obtuvo la aprobación de Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, también se contó con el consentimiento informado de cada uno de los participantes, a quienes se les proporcionó una explicación clara y completa de la manera en cómo se llevaría a cabo la investigación.

Artículo 16. El cual decreta que se protegerá la privacidad del participante, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. En el presente estudio se mantuvo en anonimato a los participantes, se le recomendó al participante que el instrumento fuera contestado en un ambiente privado.

Artículo 17. Fracción I, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el participante de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos del reglamento, la investigación sin riesgo emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se hacen modificaciones intencionadas en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. El estudio cumplió con los criterios para considerarse una investigación sin riesgo, ya que no se modificaron las variables del estudio, ya que solo se aplicó una escala al participante.

Artículo 20 y Artículo 21. Fracciones I, III, IV, VI, VII, VIII, se contó con un consentimiento informado, en el cual se brindó una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, sobre todo la información acerca de cómo se llevó a cabo el estudio y en qué consistió su participación, además se les resolvió cualquier duda acerca de la escala que se le aplicó.

Artículo 22. El consentimiento informado fue de manera virtual y se reunió los siguientes requisitos:

Fue realizado por el investigador principal, indicando la información señalada por el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Se revisó y aprobó por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud.

Se indicó los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tienen con el sujeto de investigación.

Se consideró de acuerdo con lo establecido el Capítulo V, Artículo 57 y 58 en sus fracciones I y II de la Investigación en Grupos Subordinados llámese estudiantes de una universidad pública, donde se estipula que la participación fue voluntaria. El rechazo del estudiante a intervenir o el retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectó su situación académica en la universidad pública. Los

resultados de la investigación no fueron utilizados en perjuicio del estudiante, solo fueron utilizados con fines de la investigación.

Estrategias de análisis de datos

Los datos obtenidos fueron procesados de forma electrónica en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows. Para describir las características de los participantes y para dar respuesta a los objetivos del estudio se utilizó la estadística descriptiva.

RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados de estudio, realizado a 80 estudiantes de una universidad pública. En la primera tabla se observa la confiabilidad de la escala DASS-21, la segunda presenta las características sociodemográficas, la tercera describe las características del desempeño académico, después se presentan los factores que afectan la salud mental y por último las tablas de resultados de las variables depresión, ansiedad y estrés respectivamente.

Confiabilidad de la escala DASS-21

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna de las variables utilizadas, la cual se calculó a través del Coeficiente Alfa de Cronbach. Se encontró que las variables reportaron valores que oscilan entre .92 a .95, lo cual se considera aceptable.

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna de las variables utilizadas, la cual se calculó a través del Coeficiente Alfa de Cronbach. Se encontró que las variables reportaron valores que oscilan entre .92 a .95, lo cual se considera aceptable.

Tabla 1

Confiabilidad de la escala DASS-21

| Dimensiones | Ítems | α |
|-------------|---------------------------|----------|
| Depresión | 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 | .904 |

| Dimensiones | Ítems | α |
|--------------|--------------------------|----------|
| Ansiedad | 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 | .892 |
| Estrés | 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 | .924 |
| Escala total | 1 a 21 | .959 |

Nota: α = alpha de Cronbach, $n = 80$

En la tabla 2 se muestran los resultados del sexo de los participantes, en el cual predominó el sexo femenino con un 77.5% (62), mientras que el sexo masculino fue un 22.5% (18). La edad promedio fue de 20.49, un valor mínimo de 18 y un máximo de 27. En cuanto al estado civil, soltero fue el más presente con 91.3% (73) y solo el 2.5% (2) se encuentra casado.

El 97.5% (78) no tiene hijos. En cuanto al trabajo el 73.8% (59) de los participantes no trabajan y 26.3% (21) sí tienen algún tipo de empleo.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

| Características sociodemográficas | f | % |
|-----------------------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 18 | 22.5 |
| Femenino | 62 | 77.5 |
| Estado civil | | |
| Casado(a) | 2 | 2.5 |
| Unión libre | 5 | 6.3 |
| Soltero(a) | 73 | 91.3 |
| Hijos | | |
| Sí | 2 | 2.5 |
| No | 78 | 97.5 |
| Trabajo | | |
| Sí | 21 | 26.3 |
| No | 59 | 73.8 |

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; n = 80.

En la tabla 3 se observan los resultados sobre las características del desempeño académico. Por cada semestre se eligieron 10 alumnos que corresponde al 12.5%, dando así 80 estudiantes en total (100%). En el promedio del semestre anterior, el grupo más destacado fue de "91 a 100" con un 36.3% (29), y el menor grupo de respuesta fue "70 a 80" con un 21.3% (17). En cuanto al desempeño académico, predomina "bueno" con 52.2% (42).

Tabla 3

Características del Desempeño Académico

| Características del Desempeño Académico | f | % |
|--|-----------------------|----------|
| Semestre | | |
| Primero | 10 | 12.5 |
| Segundo | 10 | 12.5 |
| Tercero | 10 | 12.5 |
| Cuarto | 10 | 12.5 |
| Quinto | 10 | 12.5 |
| Sexto | 10 | 12.5 |
| Séptimo | 10 | 12.5 |
| Octavo | 10 | 12.5 |
| Promedio del semestre anterior | | |
| 70 a 80 | 17 | 21.3 |
| 81 a 90 | 34 | 42.5 |
| 91 a 100 | 29 | 36.3 |
| Desempeño académico | | |
| Muy bueno | 8 | 10.0 |
| Bueno | 42 | 52.5 |
| Regular | 26 | 32.5 |
| Malo | 4 | 5.0 |

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; n = 80.

Factores que afectan la salud mental

La tabla 4 muestra los factores que afectan a la salud mental de los estudiantes universitarios. En la percepción sobre su salud mental el 26.4% (21)

considera que es buena, mientras que el 2.5% (2) menciona que es muy mala. El 66.3% (53) de los estudiantes duerme de 3 a 6 horas, por otra parte, el 6.3% (5) duerme de 9 a 11 horas al día. El 32.5% (26) piensa que su sueño es reparador y el 67.5% (54) considera que no lo es. El 62.5% (50) no tiene antecedentes familiares de enfermedades mentales y el 37.5% (30) sí los tiene, siendo la más frecuente madre con ansiedad 7.5% (6). De los estudiantes el 80% (64) no ha acudido a consulta con un especialista es salud mental, mientras que el 20% (16) sí ha asistido, de los cuales el 12.5% (10) ha sido consulta con un psicólogo y el 7.5% (6) con un médico psiquiatra. El 16.3% (13) refiere padecer ansiedad y un 1.3% (1) menciona tener el diagnóstico médico de depresión.

Tabla 4

Factores que afectan la salud mental

| Factores que afectan la salud mental | f | % |
|---|-----------------------|----------|
| Salud mental | | |
| Muy buena | 2 | 2.5 |
| Buena | 21 | 26.4 |
| Regular | 44 | 55.0 |
| Mala | 11 | 13.8 |
| Muy mala | 2 | 2.5 |
| Horas de sueño | | |
| 3 a 6 | 53 | 66.3 |
| 7 a 8 | 22 | 27.5 |
| 9 a 11 | 5 | 6.3 |
| Sueño reparador | | |
| Sí | 26 | 32.5 |
| No | 54 | 67.5 |
| Antecedentes familiares de enfermedades mentales | | |
| Sí | 30 | 37.5 |
| No | 50 | 62.5 |

| Factores que afectan la salud mental | | | f | % |
|--------------------------------------|---|----|------|---|
| Antecedentes | | | | |
| Abuela: ansiedad y depresión | y | 1 | 1.3 | |
| Abuela: depresión | | 2 | 2.6 | |
| Abuelo: ansiedad y depresión | y | 1 | 1.3 | |
| Hermana: ansiedad | | 3 | 3.8 | |
| Hermana: depresión | | 1 | 1.3 | |
| Hermana: estrés | | 1 | 1.3 | |
| Hermana: ansiedad y estrés | y | 1 | 1.3 | |
| Hermano: depresión | | 1 | 1.3 | |
| Hermano: ansiedad y estrés | y | 1 | 1.3 | |
| Madre y hermana | | 1 | 1.3 | |
| Madre: ansiedad | | 6 | 7.5 | |
| Madre: depresión | | 1 | 1.3 | |
| Madre: depresión y ansiedad | y | 1 | 1.3 | |
| Madre: estrés | | 3 | 3.8 | |
| Padre: ansiedad | | 1 | 1.3 | |
| Padre: ansiedad, estrés y depresión | | 1 | 1.3 | |
| Padre: estrés | | 3 | 3.8 | |
| Padre: estrés y ansiedad | | 1 | 1.3 | |
| Ninguno | | 50 | 62.5 | |
| Consulta previa | | | | |
| Sí | | 16 | 20 | |
| No | | 64 | 80 | |
| Especialista | | | | |
| Psicólogo | | 10 | 12.5 | |
| Médico psiquiatra | | 6 | 7.5 | |
| Ninguno | | 64 | 80 | |

Padecimientos

| Factores que afectan la salud mental | | | f | % |
|--------------------------------------|--|----|------|---|
| Ansiedad | | 13 | 16.3 | |
| Ansiedad y estrés | | 3 | 3.8 | |
| Depresión | | 1 | 1.3 | |
| Depresión y ansiedad | | 2 | 2.5 | |
| Depresión, ansiedad y estrés | | 6 | 7.5 | |
| Estrés | | 3 | 3.8 | |
| Ninguno | | 52 | 65 | |

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 80.

Niveles de depresión

En la tabla 5, se muestran los resultados de la depresión, el 37.5% (30) de los estudiantes no presenta sintomatología y entre los estudiantes que sí presentaron se manifestó en mayor porcentaje el nivel extremadamente severo 18.8% (15) y en menor leve en 10% (8).

Tabla 5

Niveles de depresión

| Nivel | f | % |
|-----------------------|----|------|
| No sintomatología | 30 | 37.5 |
| Leve | 8 | 10.0 |
| Moderada | 14 | 17.5 |
| Severa | 13 | 16.3 |
| Extremadamente severa | 15 | 18.8 |

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 80

Niveles de ansiedad

En la tabla 6 se muestran los resultados correspondientes de los niveles de ansiedad. Los participantes tienen una alta sintomatología en extremadamente severa con el 41.3% (33), mientras que el de menor sintomatología fue el de "severa" con el 3.8% (3), por otra parte, el 33.8% (27) no presenta sintomatología.

Tabla 6

Niveles de ansiedad

| Nivel | f | % |
|-----------------------|----|------|
| No sintomatología | 27 | 33.8 |
| Leve | 6 | 7.5 |
| Moderada | 11 | 13.8 |
| Severa | 3 | 3.8 |
| Extremadamente severa | 33 | 41.3 |

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 80

Niveles de estrés

En la tabla 7, se muestran los resultados del estrés. El nivel con mayor respuesta fue severo 17.5% (14) y de menor respuesta leve con un 12.5% (10), mientras que el 40% (32) no presentó sintomatología.

Tabla 7

Niveles de estrés

| Nivel | f | % |
|-----------------------|----|------|
| No sintomatología | 32 | 40.0 |
| Leve | 10 | 12.5 |
| Moderado | 11 | 13.8 |
| Severo | 14 | 17.5 |
| Extremadamente severo | 13 | 16.3 |

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 80

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que el mayor porcentaje corresponde a estudiantes de sexo femenino, esto se asemeja con lo descrito por Firmino et al. (2018), Perilla et al. (2020), Diaz et al. (2019), Rathnayake, S., y Ekanayaka, J. (2016). Se observó que la edad promedio fue de 20.49, semejante a Perilla et al. (2020) con 20 y Samson, P. (2019) con

20.29, contrario a Rathnayake, S., y Ekanayaka, J. (2016) con 24.1. En relación con el estado civil, soltero fue el más presente, esto concuerda con Firmino et al. (2018), Perilla et al. (2020), Diaz et al. (2019), Cheung et al. (2016) y Samson, P. (2019). Hubo mayor porcentaje de estudiantes sin hijos, al igual que en el de Diaz et al. (2019). Se detectó un menor porcentaje de estudiantes que trabajan, concordando con Firmino et al. (2018) y Diaz et al. (2019).

Así mismo se logró identificar los diferentes niveles de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés que presentan los estudiantes de una universidad pública en Monterrey, Nuevo León. En donde la ansiedad mostró mayor porcentaje de sintomatología, en el que se presentaron mayores casos en el nivel extremadamente severo. En él se observó mayores niveles de antecedentes familiares de enfermedades mentales, siendo el más frecuente en madre con ansiedad, así mismo, se presentó una gran cantidad de estudiantes que con anterioridad fueron diagnosticados con ansiedad. Este hallazgo coincide con Diaz et al. (2019), Barraza, R., Muñoz, N., y Contreras, A. (2016), Firmino et al. (2018), Samson, P. (2019) y Cheung et al. (2016) donde también se obtuvieron mayores casos de ansiedad.

Respecto a la depresión se encontró una mayor proporción de participantes en el nivel extremadamente severo, esto evidenció una diferencia significativa entre algunos de los estudios relacionados los cuales presentaban un mayor porcentaje en el nivel moderado según Firmino et al. (2018), Diaz et al. (2019), Rathnayake, S., y Ekanayaka, J. (2016).

Finalmente, el estrés fue el de menor sintomatología donde el nivel severo obtuvo mayor porcentaje, sin embargo, contradice lo referido con Perilla et al. (2020) y Rathnayake, S., y Ekanayaka, J. (2016) porque en sus estudios obtuvieron mayor prevalencia de estrés.

CONCLUSIONES

Dada la alta prevalencia de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés identificado, consideramos que repercuten en el aprendizaje, disminuyen la concentración, la atención y retención afectando el rendimiento académico de los

estudiantes.

Contribución del estudio

Fomentar estrategias de apoyo mediante la detección oportuna de esta sintomatología. Aumentar el conocimiento sobre los factores desencadenantes y su influencia en los universitarios.

Dada la alta prevalencia de sintomatología de ansiedad identificada, consideramos que repercuten en el aprendizaje, disminuyen la concentración, la atención y retención afectando el rendimiento académico de los estudiantes

REFERENCIAS

- Ardiles, R., Barraza, R., Koscina, I., & Espínola, N. (2020). Inteligencia Emocional y su Potencial Preventivo de Síntomas Ansioso - Depresivos y Estrés en Estudiantes de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 26(27). doi: 10.29393/CE26-20IERA40020
- Barnhill, J. (2020). Generalidades sobre los trastornos de ansiedad. Estados Unidos de América: Manual MSD. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
- Barraza, R., Muñoz, N., & Contreras, A. (2016). Relación entre organización de personalidad y prevalencia de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 203-208. doi: 10.1016/j.rcp.2016.07.005
- Castillo, I., Barrios, A., & Alvis, L. (2018). Estrés académico en estudiantes de enfermería en Cartagena, Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(2). Recuperado de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/20-2%20\(2018-II\)/145256681002/#:~:text=Los%20estudiantes%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20las%20diferentes%20universidades%20de%20Cartagena,predominio%20fue%20el%20nivel%20medio.](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/20-2%20(2018-II)/145256681002/#:~:text=Los%20estudiantes%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20las%20diferentes%20universidades%20de%20Cartagena,predominio%20fue%20el%20nivel%20medio.)
- Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas Camagüey. (2018). Hoja informativa sobre depresión. Cuba: Infomed Camagüey. Recuperado de <https://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2018/03/hoja-inf-marz.pdf>
- Cheung, T., Wong, S., Wong, K., Law, L., Ng, K., Tong, M., Yip, P. (2016). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 779. MDPI AG. doi: 10.3390/ijerph13080779
- Chiang, M., Riquelme, G., & Rivas, P. (2018). Relación entre Satisfacción Laboral, Estrés Laboral y sus Resultados en Trabajadores de una Institución de Beneficencia de la Provincia de Concepción. *Ciencia y trabajo*, 20(36), 178-179. doi: 10.4067/S0718-24492018000300178
- De Dios, M., Varela, I., Braschi, L., & Sánchez, E. (2017). Estrés en estudiantes de enfermería. *Educación Médica Superior*, 31(3), 110-123. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000300013&lng=es&tlng=es
- Díaz, J., Fernández, L., Peña, F., Alfaro, P., Manrique, G., & Mayta, F. (2019). Lifestyles, Depression, Anxiety, and Stress as Risk Factors in Nursing Apprentices: A Logistic Regression Analysis of 1193 Students in Lima, Peru. *Journal of Environmental and Public Health*. 2019(1), 1-10. doi: 10.1155/2019/7395784
- Firmino, C., Valentim, O., Sousa, L., Antunes, A., Marques, F., & Simões, C. (2018). Stress, anxiety and depression in Portuguese nursing students. IX Congresso Internacional ASPESM: Saúde mental para todos, 109-118. Recuperado de https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27503/1/rpesm_

- Hospital San Juan Capestrano. (2020). Signos y síntomas de la depresión. Puerto Rico. de [https://www.sanjuancapestrano.com/depresion/sintomas-efectos/Hospital San Juan Capestrano](https://www.sanjuancapestrano.com/depresion/sintomas-efectos/Hospital%20San%20Juan%20Capestrano). (2021). Signos y síntomas de la ansiedad. Puerto Rico. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <https://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/ansiedad/sintomas-efectos/>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2016). Guía para el Estrés, causas, consecuencias y prevención. México: Gobierno de la República. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <http://hraei.net/doc/2016/guias/Guia-para-el-Estres.pdf>
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2016). Día Internacional de la Prevención del Suicidio. México: Gobierno de México. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/dia-internacional-de-la-prevencion-del-suicidio#:~:text=Seg%C3%BAn%20datos%20de%20la%20Encuesta,para%20la%20Prevalencia%20del%20Suicidio>.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2018). Ansiedad. Estados Unidos de América: Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-ansiedad>
- Maquera, M. (2020). Depresión y Estrés Académico en Estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno (tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Perú.
- Marín, A., Martínez, G. & Ávila, J. (2016). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 26(1),
- Maset, J. (2017). Estudio Cinfasalud sobre el estrés. España: Cinfasalud. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <https://cinfasalud.cinfa.com/p/estudio-cinfasalud-estres/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Portal de Salud de la Junta Juan de Castilla y León. (2018). Depresión. España. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-depresion/introduccion>
- Perilla, F., Castro, D., Hernández, K., Rincón, M., Jaimes, J., & Alba, M. (2020). Depresión, ansiedad y estrés: una situación en estudiantes de Enfermería en una Universidad Pública. *Revista Científica Estudiantil* 16 de abril, 59(278), 1-5. Recuperado de http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1002/pdf_280
- Polit, D. & Tatano, B. (2018). Investigación en Enfermería: Fundamentos para el Uso de la Evidencia en la Práctica de la Enfermería. Estados Unidos: Wolters Kluwer.
- Rathnayake, S., & Ekanayaka, J. (2016). Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Nursing Students in a Public University in Sri Lanka. *International Journal of Caring Science*, 9(3), 1020-1031. Recuperado de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/31_rathnayaky_orinial_9_3.pdf
- Ruiz, F., & García, M. (s.f.). DASS-21. ClinikLab. Recuperado de <https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/dass-21.pdf>
- Ruvalcava, G., Galván, A., Ávila, G., & Gómez, P. (2020). Ansiedad, Depresión y Actividad autonómica en estudiantes de enfermería, en el estado de Guanajuato, México. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 81-103. doi: 6.1.2020.212.81- 103
- Samson, P. (2019). Role of Coping in Stress, Anxiety, Depression among Nursing Students of Purbanchal University

in Kathmandu. Nepal Health Research Council, 17(3), 325-330. doi: 10.33314/jnhrc.v17i3.1843

Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Zepeda, K. (2019). Principales Trastornos de Salud Mental. Jalisco. México: Instituto Jalisciense de Salud Mental. Recuperado el 2 de mayo de 2021, de <https://salme.jalisco.gob.mx/salme-te-ofrece/acompanamiento>

CAPÍTULO 5

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE NIVEL MEDIOS SUPERIOR

MCE. Carmelita Pedraza Loredo, *estudiantes*; Vanessa Lizeth Ortiz Martínez, Brandon Aurelio Reyna Cedillo, Paola Martínez Moreno, José Alberto Burgoa Méndez, Isaac Eduardo Jiménez Procopio.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción. La depresión es una alteración en el estado de ánimo que se expresa a través de una serie de síntomas como tristeza, culpa, desesperanza y cansancio dificultando la capacidad de afrontar la vida diaria deteriorando la calidad de vida. Tiene mayor prevalencia en la adolescencia, siendo confundidas con cambios de humor, desinterés, propios de esa etapa, lo cual convierte a esta población en la presa perfecta de una crisis global. **Objetivo.** Determinar el nivel de depresión en adolescentes de nivel medio superior, así como las características sociodemográficas de los adolescentes con depresión. **Metodología.** Estudio de enfoque descriptivo transversal en 50 adolescentes de 18 y 19 años, estudiantes de institución pública técnica de nivel medio superior de Nuevo León. Se aplicaron dos cuestionarios, una cédula de datos sociodemográficos y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) el cual contaba con 21 ítems y que indica si no padece depresión, o lo padece a nivel leve, moderado o grave. **Resultados.** 36 fueron del sexo femenino, 14 masculino con edades de 18 años correspondiendo al 80% y 19 años con 20%, de 5° semestre con 60% y de 6° semestre con 40%. Sin depresión sobresalió con 30%, en segundo lugar, depresión grave con 28%. Se tuvo un promedio de 18.2 y mediana de 18. **Conclusiones.** Se obtuvieron resultados favorables predominando adolescentes sin depresión, pero, se debe tomar en cuenta la depresión grave y sobre estrés académico.

Palabras clave: depresión, adolescentes, nivel medio superior, estudiantes.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración en el estado de ánimo que se expresa a través de una serie de síntomas como tristeza, sentimientos de culpa, desesperanza, problemas en el patrón del sueño y la alimentación, sensación de cansancio y falta de concentración; puede dificultar el desempeño en el trabajo o escuela, así como la capacidad de afrontar la vida diaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). En aquellas personas con depresión es posible que se deteriore la calidad de vida, entono familiar y social.

La depresión se ha convertido en un factor con mayor prevalencia en la etapa de la adolescencia, ya que se han observado manifestaciones con relación al sexo, al ajuste

emocional, nivel educativo, del contexto; siendo que sean fácilmente confundidas con cambios de humor, desinterés, propios de esa etapa, lo cual convierte a esta población en la presa perfecta de esta crisis global (Larios et al. 2017). En la adolescencia, se generan diversos cambios los cuales pueden ser fácilmente confundidos con aquellos propios de la depresión y que conlleve a que no se actúe de manera inmediata.

El estrés académico producido por la competitividad grupal, sobrecarga de tareas, exceso de responsabilidades, evaluaciones, entre otros aspectos, genera un vínculo con la depresión en estudiantes, aumentando el riesgo de ideación suicida (Restrepo et al. 2018). Los factores académicos son quizá uno de los principales

desencadenantes para que los adolescentes presenten depresión.

La sintomatología depresiva aumenta la vulnerabilidad de los adolescentes a situaciones como el aislamiento, consumo de sustancias o ideación suicida (García et al. 2016). Los adolescentes empiezan a involucrarse en otros ámbitos, donde aunada la depresión, pueden generarse conductas nocivas, afectando la salud del propio individuo.

A partir de los 12 años, hay un incremento significativo de síntomas depresivos, sobre todo en mujeres (Sánchez, 2015). El sexo femenino es quien puede prevalecer más que los hombres con relación a la depresión, siendo que quizá las hormonas desencadenan un rol muy importante dentro de ese contexto.

De acuerdo con la OMS (2019), la depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes a nivel mundial, representando el 16% de la carga de enfermedades y lesiones, donde una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años. La depresión ha sido de las principales enfermedades mentales que causa diversas implicaciones a nivel mundial.

En México, 2.5 millones de jóvenes entre 12 y 24 años cuentan con depresión; además 10 de cada 100 mil han considerado el suicidio (Comisión de Salud y Atención a Grupos Vulnerables, 2019). El suicidio se genera con mayor prevalencia a consecuencia de la depresión y que a nivel nacional también impacta drásticamente.

La Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León (2019), manifestó que una de cada cuatro personas sufre un padecimiento mental, y que las patologías más frecuentes son depresión y ansiedad; con respecto a la carga de morbilidad entre los adolescentes, la depresión ocupa el tercer lugar dentro del estado. Nuevo León, al ser un estado con gran auge de individuos se puede ir desarrollando diversos sucesos estresantes los cuales pueden dar inicio a trastornos mentales; siendo comúnmente la depresión.

La depresión puede afectar de manera muy drástica a la población vulnerable si no se interviene

a tiempo; por lo tanto, puede tener importantes consecuencias sociales, personales y familiares (Narváez-Sánchez et al. 2018). El trastorno depresivo puede producir un daño significativo en la participación dentro del mundo laboral, con el consiguiente impacto económico y social; por lo tanto, se debe actuar de manera inmediata para poder prevenir esta enfermedad.

El personal de salud juega un papel fundamental dentro de la situación que genera la depresión; por ello, el presente estudio brindará información relevante relacionado con la depresión, facilitando así que el personal de enfermería pueda identificar signos y síntomas de alerta de manera oportuna para así notificar al personal médico para un óptimo tratamiento; además, que puedan brindar educación de salud mental no solo hacia los jóvenes, sino también hacia la comunidad en general.

Asimismo, la sociedad obtendrá información relacionada con la interacción que ejerce la depresión con los adolescentes en nivel académico, mostrando énfasis en la adolescencia por la confusión que puede presentarse con relación a signos y síntomas propios tanto de la depresión como de la adolescencia, sumando a esto el posible estrés académico, para que la sociedad pueda identificar y actuar de inmediato ante dicha situación, disminuyendo así las consecuencias que puede conllevar la depresión.

Marco de referencia

El siguiente estudio tiene como sustento teórico a la OMS (2017) quien define a la depresión como un trastorno mental, caracterizado por sentimientos de tristeza, culpa, falta de autoestima o trastornos del sueño, llegando a ser permanentes o temporales. La depresión es considerada una de las afectaciones de salud más fuertes debido a que generan un alto nivel de discapacidad (González-Forteza et al. 2015).

El Sistema Nacional de Salud (2014) menciona diversas teorías relacionadas con la depresión: las psicoanalistas definidas como una serie de mecanismos inconscientes que dirigen las emociones y pensamientos del ser humano; las conductistas, cuando una persona presenta inseguridades; las Cognitivo-Conductuales, donde

sobresale la teoría de Beck, quien denomina a la depresión como una consecuencia de alteraciones que el ser humano realiza al momento de procesar información y por último, la cognitiva, que trata a la depresión desde una perspectiva de vulnerabilidad-estrés.

La depresión se puede clasificar de acuerdo con su severidad; donde interviene el nivel leve, desarrollando síntomas que afectan poco la vida diaria; moderado, donde los síntomas no son tan específicos ni tan generalizados; y por último grave; en el cual se presentan síntomas hacia el individuo ocasionando un deterioro en los aspectos de la vida cotidiana (Sistema Nacional de Salud, 2014).

La depresión en los adolescentes suele estar relacionada con múltiples factores de riesgo; siendo los factores personales y sociales, ya que en esta etapa se desarrollan y potencializan los cambios físicos y psicológicos; además de factores familiares y genéticos (González-Forteza et al. 2015).

De acuerdo con Quito (2018) la depresión puede estar desencadenada por sucesos que afectan de manera negativa; además, del déficit de neurotransmisores, el cual implica la disminución de serotonina, noradrenalina y dopamina.

La OMS (2017) define a la adolescencia como un periodo de crecimiento y de desarrollo humano entre los 10 y 19 años; es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, lo cual lleva a una preparación para la edad adulta.

Las consecuencias inmediatas de un trastorno depresivo según Almudena (2015) durante la adolescencia, son los trastornos del comportamiento, el fracaso escolar, las conductas suicidas y las de dependencia, asociadas también con la violencia; coexisten problemas como el consumo de drogas, alcohol y tabaco; que, de igual manera, son susceptibles a presentar otros problemas psiquiátricos, como trastornos de ansiedad.

El estrés académico reacciona de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos; la sobrecarga de

tareas, trabajos requeridos, evaluaciones y exámenes son los principales factores estresantes en los estudiantes (Escobar et al.). 2018).

Estudios relacionados

Cabrera (2020) dentro de su estudio niveles de depresión en adolescentes media superior estado de Chiapas menciona que su objetivo fue identificar el nivel de depresión estado y rasgo que existe en los estudiantes de 3° semestre de la institución educativa media superior del estado. Fue un estudio descriptivo con diseño transversal. Se realizó la aplicación del inventario Depresión Estado - Rasgo a 80 estudiantes. En el resultado se encontró niveles altos de depresión - rasgo en el 36.3 % (N = 29), depresión - estado con el 53.8 % (N = 43), manifestando que la población tiene una vulnerabilidad alta a presentar depresión.

Fontenla en el 2017, en su estudio depresión y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad nacional del distrito de Nuevo Chimbote, tuvo como objetivos: determinar la relación entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés, así como identificar los niveles de depresión y de afrontamiento al estrés en los estudiantes. La muestra fue de 342 participantes de 17 a 24 años. Emplearon el Inventario de Depresión de Beck, y el Cuestionario de modos de Afrontamiento al Estrés. Se demostró que cuanto mayor sean los estilos de afrontamiento al estrés, menor será la depresión; además, el 42.7% presentaron un nivel mínimo de depresión.

Sandoval (2018) realizó un estudio descriptivo llamado autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande. Dentro de sus objetivos fueron determinar la relación entre autoestima y depresión, describir los niveles de depresión y de autoestima en los adolescentes. Participaron 139 jóvenes procedentes de Perú. Se utilizaron dos instrumentos, uno de ellos fue el Test Autoestima-25 y el otro fue el Inventario de Depresión de Beck. Se obtuvo como resultado que el 18.6% de los participantes presentaron depresión mínima, 66.1% depresión leve, 9.3% depresión moderada y el 5.9% grave.

Gonzales y Natalia en 2021 dentro de su

proyecto de investigación, tuvieron como objetivo determinar la relación entre la depresión y agresividad en estudiantes de un instituto de educación superior de Arequipa. La muestra estuvo constituida por 118 estudiantes de ambos sexos. El estudio tuvo un enfoque correlacional, descriptivo y cuantitativo. En la recolección de datos se utilizaron los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-IIA) y el Cuestionario de Agresión (AQ) de Buss y Perry, ambos adaptados a la realidad peruana. Los resultados demostraron que existe una relación directa ($Rho=0,624$) y significativa ($p=0,00$) entre las variables estudiadas. Así mismo, se halló un nivel moderado de depresión (18,6%) en el grupo de adultez temprana, mientras que los adolescentes presentaron un 7,7% en un nivel severo.

Urquiza y Vela (2017) realizaron un proyecto de investigación de tipo descriptivo transversal denominado depresión en los y las adolescentes de décimo año de educación básica en la unidad educativa municipal "Quitumbe", durante el periodo octubre 2016-febrero 2017, con los objetivos de identificar el nivel de depresión más frecuente y en qué personas se presenta más. Participaron 120 estudiantes. Utilizaron el Inventario de Depresión de Beck, el cual arrojó que el 75.9% de la población presentó depresión mínima, 15.5% leve, 6.9% moderada y 1.7% grave. Además, que el sexo masculino fue quien prevaleció con 67% y el femenino fue de 33%.

Nur et al. (2017) realizaron una investigación analítica-observacional titulada frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados en estudiantes de primer a octavo semestre en un decanato de la UCLA. El objetivo fue determinar la frecuencia de depresión y de los factores de riesgo asociados en los estudiantes. La muestra consistió en 230 estudiantes, 149 fueron de sexo femenino y 81 de sexo masculino. Se utilizó un cuestionario auto aplicado para la medición de los factores de riesgo y el Inventario de Depresión de Beck. Se evidenció que existe un 22.6% de estudiantes deprimidos, de ellos 20.0% corresponde a depresión leve y el 2.6% a moderada. Se constató mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino (25.3%).

Ordóñez en el 2019, en su estudio llamado

depresión y habilidades sociales en adolescentes de bachillerato de la unidad educativa "Julio María Matovelle" de la ciudad de Quito, tuvo como objetivos; determinar la relación que existe entre la depresión y las habilidades sociales, describir los niveles de depresión y de habilidades sociales en los que se encuentran los jóvenes. Participaron 189 adolescentes de 1° a 3° de bachillerato, donde 95 fueron mujeres y 94 hombres. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de habilidades sociales (EHS). De acuerdo con los resultados, se mencionó que la media se encuentra en 14.12 lo cual equivale a una depresión leve y que el sexo predominante es el masculino; con 47% de depresión leve.

Fajardo y Guaraca (2017) dentro de su estudio depresión en adolescentes escolarizados de décimo año de la unidad educativa municipal de la ciudad de Quito, mencionaron que sus objetivos fueron determinar los niveles de depresión e identificar el porcentaje de adolescentes escolarizados que presentan depresión. En ello, participaron 162 jóvenes; 82 mujeres y 80 hombres. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Encuesta de Entorno Familiar. Como resultado, se obtuvo que el 36.42% negó tener depresión, 22.84% depresión ausente, 24.07% depresión leve, 12.35% moderada y el 1.32% grave.

Barreda en el 2019, realizó una investigación titulada propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica en pacientes provenientes de consulta externa de un centro con especialidad en salud mental de Lima, Perú. Donde 191 de las personas fueron hombres y 209 mujeres, las cuales comprendían la edad entre 17 a 71 años. Se tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck para determinar el nivel de depresión. Como resultado se arrojó que el 26.3% de los participantes presentaron depresión mínima, el 24.3% leve, el 24.8% moderada y grave.

Objetivo general

Determinar el nivel de depresión en adolescentes de nivel medio superior.

Objetivo específico

Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes con depresión.

Definición de términos

La depresión es un estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, desesperación, pérdida de energía, dificultad para manejarse en la vida cotidiana, sentimientos de inutilidad y desesperanza, pensamientos de muerte o suicidio (Instituto Nacional del Cáncer, 2019).

La adolescencia es la transformación del infante antes de llegar a la adultez; se trata de un cambio de cuerpo y mente, siendo cambios tanto psicológicos como físicos (Pérez & Merino, 2015).

METODOLOGÍA

En el presente capítulo, se especifica el diseño del estudio, población, muestra, muestreo, criterios de inclusión, criterios de eliminación, instrumentos, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y plan de análisis de datos.

Diseño del estudio

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal; ya que, de acuerdo con Santos et al. (2004) se aborda que este tipo de diseño se enfoca en el estudio de la frecuencia y distribución de un fenómeno o enfermedad.

Población, muestra, muestreo

La población la integrarán adolescentes que estudien en una institución pública técnica superior del estado de Nuevo León, de 18 y 19 años. La muestra estará constituida por 50 adolescentes. El muestreo fue por conveniencia.

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos realizados de forma electrónica; el primero fue una cédula de datos sociodemográficos, realizada por los autores del presente estudio; contiene tres aspectos: sexo, edad y semestre, donde los adolescentes de nivel medio

superior seleccionarán la respuesta correspondiente a cada apartado.

De igual manera, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), creado por Beck et al. en 1996; tiene un Alfa Cronbach de 0,91 que garantiza ser aceptable. Con un promedio para ser contestado de 10 minutos.

Está compuesto por 21 ítems de opción múltiple relacionados con desesperanza e irritabilidad, culpa o sentimientos como estar siendo castigado (a), fatiga, pérdida de peso, pérdida de apetito sexual, cada uno de ellos se califica en una escala de 4 puntos, que va desde el 0 hasta el 3; la puntuación máxima es de 63 puntos. La interpretación del instrumento se realiza de la siguiente manera: del 0 al 3 indica que no existe depresión, entre 14 y 19 un nivel leve, de 20 a 28 un nivel moderado y de 29 a 63 un nivel de depresión.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la autorización ante el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Después, se preguntó si es posible la aprobación del director de la institución de nivel medio superior.

Se prosiguió a que la institución nos proporcionó los correos institucionales de los estudiantes para el fácil manejo de la información, donde se le mencionará que será necesario la participación de 50 estudiantes de tercer año, ya sea de 5° o 6° semestre.

Se elaboró de manera electrónica a través de *Google Forms* el consentimiento informado y ambos instrumentos. Se capacitarán cinco encuestadores estudiantes de enfermería para la aplicación de los instrumentos vía electrónica, esto a través de una prueba piloto.

Previamente se les envió los estudiantes de nivel medio superior un correo donde se les explicó acerca del estudio, se les informó que todo será de manera anónima. Se les indicará que si están interesados en participar deberán seleccionar la opción afirmativa dentro del consentimiento informado.

Ante la afirmación de participar, se procedió a que respondan los instrumentos. Finalmente, se les

agradeció a los estudiantes como a los superiores de la institución por su participación y del tiempo brindado.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014).

Se respetará lo establecido en el Título Segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, capítulo I, conforme a lo que establece el Artículo 13, se asegurará el respeto a la dignidad de las personas, se verificará la seguridad y privacidad de los adolescentes, así como el manejo de los datos de manera reservada esto a través del anonimato en ambos instrumentos.

De acuerdo con el Artículo 14, Fracciones V, VI, VII y VIII, se les explicará detalladamente el objetivo del estudio al director, prefectura y estudiantes, donde además se les solicitará el consentimiento informado. Se capacitarán cinco encuestadores para la aplicación de instrumentos quienes serán estudiantes de enfermería. El estudio se realizará a través de la autorización del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como del director de la institución educativa de nivel medio superior.

A través del Artículo 16, se protegerá la privacidad de los participantes. La información proporcionada se mantendrá bajo resguardo de los encuestadores y una vez cumplido el estudio, esta será eliminada.

Con referencia al Artículo 17, el presente estudio es considerado sin riesgo, debido a que sólo se realizará la aplicación de los dos instrumentos, sin llevar a cabo algún tipo de intervenciones hacia los estudiantes.

Conforme a lo dispuesto en los Artículos 20,

21, Fracciones I, II, III, IV y 22, Fracciones I y II, se requerirá el consentimiento informado por parte de los adolescentes. Se les explicará a través del correo electrónico, así como dentro del consentimiento sobre los objetivos, el procedimiento que se realizará, la confidencialidad de la información, riesgos y beneficios que traerán consigo el estudio, así como la libertad de no participar.

Referente al Capítulo V De la Investigación en Grupos Subordinados, Artículo 58, Fracciones I y II, el estudiante tendrá la elección de rechazar la participación sin presentarse afectaciones escolares.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante tablas y gráficos a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Posteriormente, se utilizó la estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para los datos sociodemográficos; así como medidas de tendencia central y de variabilidad, siendo la media, mediana, moda, valor mínimo, valor máximo y desviación estándar para los dos instrumentos.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 50 adolescentes de nivel medio superior, de los cuales 72% fueron del sexo femenino, 80% fueron de 18 años y 60% cursaba el 5° semestre de educación medio superior (Tabla 1).

Al revisar el puntaje total de síntomas de depresión se identificó una media de 18.2 (DE= .404). Al clasificar los síntomas de depresión se identificó un 30% sin síntomas y, un 28%, con síntomas graves (Tabla 2).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los adolescentes de nivel medio superior

| Características | f | % |
|------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Femenino | 36 | 72,0 |
| Masculino | 14 | 28,0 |
| Edad | | |
| 18 años | 40 | 80,0 |
| 19 años | 10 | 20,0 |
| Semestre | | |
| 5° | 30 | 60,0 |
| 6° | 20 | 40,0 |

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Tabla 2

Nivel de depresión en adolescentes de nivel medio superior

| Nivel de depresión | f | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Sin depresión | 15 | 30,0 |
| Leve | 13 | 26,0 |
| Moderado | 8 | 16,0 |
| Grave | 14 | 28,0 |
| Total | 50 | 100 |

Nota: *f* = frecuencia, %= porcentaje

En la tabla 3 al revisar el nivel de síntomas de depresión correspondiente al sexo, se identificó que en las mujeres prevaleció depresión grave con 24%, seguido de leve (20%), moderado y sin depresión (14%) respectivamente. En cuanto al sexo masculino, sin depresión (16%), enseguida el nivel leve (6%), grave (4%) y, por último, moderado (2%).

De acuerdo por edad de los adolescentes, los de 18 años predominó depresión grave (28%), 11% presenta depresión leve, 16% sin depresión y 14% moderado. Respecto a los de 19 años, 14% sin

depresión, 4% leve y 2% moderado.

De acuerdo con el nivel de depresión con relación a cada semestre, se observó que en los adolescentes de 5° semestre predominó con 22% depresión grave, en segundo lugar, con 16% depresión leve, 12% sin depresión y, por último, 10% moderado. En cuanto a 6° semestre, 18% sin depresión, 10% leve, 6% moderado y grave, respectivamente.

Tabla 3

Relación nivel de síntomas de depresión por sexo, edad y semestre académico en adolescentes

| Nivel de depresión | Sexo | | Total |
|--------------------|----------|-----------|-------|
| | Femenino | Masculino | |
| Sin depresión | 7 | 8 | 15 |
| Leve | 10 | 3 | 13 |
| Moderado | 7 | 1 | 8 |
| Grave | 12 | 2 | 14 |

| Nivel de depresión | Edad | | Total |
|--------------------|---------|---------|-------|
| | 18 años | 19 años | |
| Sin depresión | 8 | 7 | 15 |
| Leve | 11 | 2 | 13 |
| Moderado | 7 | 1 | 8 |
| Grave | 14 | 0 | 14 |

| Nivel de depresión | Semestre | | Total |
|--------------------|----------|----|-------|
| | 5° | 6° | |
| Sin depresión | 6 | 9 | 15 |
| Leve | 8 | 5 | 13 |
| Moderado | 5 | 3 | 8 |
| Grave | 11 | 3 | 14 |

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje n=50

DISCUSIÓN

Los datos recabados en el presente estudio han permitido estimar el nivel de depresión en adolescentes de nivel medio superior, en una institución pública de Nuevo León. A continuación, se discuten los resultados obtenidos, posteriormente se presentan las limitaciones surgidas durante el proyecto de investigación y finalmente, las conclusiones y recomendaciones.

En cuanto a la edad, se demostró que, en los adolescentes de 18 años, predominó depresión grave con 28%, esto difiriendo con Ordoñez (2019) donde en él prevaleció depresión leve con 50%.

Con relación entre sexo y nivel de depresión, se evidenció que en el femenino sobresalió depresión grave con 24%, seguido de leve con 20%, éste último con resultados similares al estudio de Urquizo y Vela (2017), ya que el segundo nivel que prevaleció fue el leve con 26%. Y en el caso del sexo masculino, se obtuvo 16% de adolescentes sin depresión, relacionándolo así con Fajardo y Guaraca (2017) con

40.5%.

De manera general, predominó 30% sin depresión igual que Fontenla (2017), quien obtuvo 42.7%. En segundo lugar, fue grave con 28%, teniendo así relación con Barreda (2019), quien manifestó 24.8%. Difiriendo así, con Sandoval (2018), debido a que en él predominó depresión leve con 66.1%.

Recomendaciones

Se sugiere que en futuras investigaciones se tome en consideración usar una muestra más grande permitiendo generalizar los resultados obtenidos y que con relación al sexo, éste sea ecuánime para así obtener resultados más homogéneos en la recurrencia de casos de depresión.

Además, insistir a producir más estudios en los que se describa o se enuncie la problemática que representa la depresión en la salud de los individuos y la sociedad, tal es el caso del estudio realizado por González-Forteza et al. (2015).

REFERENCIAS

- Almudena, G. A. (2015). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*; 84: 85-104.
- Barreda, Sánchez-Pachas, D. V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*; 1 (22): 39-52.
- Cabrera, DB (2020). PsicClini_Niveles _de depresión en adolescentes_Media_Superior_Estadp_Chiapas. Revista de divulgación científica UNISUR. 1 (1), 1-1. <https://www.universidaddelsur.edu.mx/ojs/index.php/REVISTAUNISUR/article/view/6>
- Comisión de Salud y Atención a Grupos Vulnerables (2019). Fortalecen la salud mental en Nuevo León. http://www.hcnl.gob.mx/sala_de_prensa/2019/05/fortalecen_la_salud_mental_en_nuevo_leon.php
- Escobar, Z. E. R., Soria, M. B. W., López, P. G. F. & Peñafiel, S. D. A. (2018). Manejo del estrés académico; revisión crítica. *EDUMECENTRO*; 2 (7).
- Fajardo, P. M. R. & Guaraca, C. J. I. (2017). Depresión en adolescentes escolarizados de décimo año, de la Unidad Educativa Municipal “Sebastián de Benalcázar”, de la Ciudad de Quito, de la Provincia de Pichincha, en el periodo octubre 2016 a marzo 2017. Licenciatura. Universidad Central del Ecuador.
- Fontenla, M. N. L. (2017). Depresión y Estrategias de Afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad nacional del distrito de Nuevo Chimbote. Licenciatura. Universidad César Vallejo.
- García, L. G. A., Ocaña, Z. J., Cruz, P. O., Hernández, S. S., Pérez, J. C. E. & Cabrera, M. M. (2016). Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Ciência & Saúde Coletiva*; 23 (4): 1089-1096.
- González-Forteza, C., Hermosillo, T. A. E., Vacio-Muro, M. A., Peralta, R. & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*; 72 (2): 149-155.
- González, H. y Natalia, E. (2021). *Depresión y agresividad en estudiantes de un instituto de educación superior de Arequipa, 2021*. Universidad César Vallejo.
- Instituto Nacional del Cáncer (2019). Depresión. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/depresion>
- Larios, J., Laborde, C., Sánchez, M., Gaviria, G. & Lastre, G. (2017). Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Ciencia e innovación en salud*; 4 (2): 1-8.
- Narváez-Sánchez, Y., Hernández-Suárez, M. I., Vázquez-Hernández, M., Miranda, C. A. & Magaña, O. L. (2018). Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco*; 1-2 (23): 28-33.
- Nur, E., Pulgar, E., Piñero, I., Mendoza, M. B., Paredes, M. V., Morales, M., Ortiz, O., Pernalet, Y. & Daza, D. (2017). Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados en estudiantes de primer a octavo semestre en un decanato de la UCLA. *Revista venezolana de salud pública*; 5 (1): 31-38.
- Ordóñez, A. M. A. (2019). Depresión y habilidades sociales en adolescentes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Julio María Matovelle” de la ciudad de Quito. Licenciatura. Universidad Tecnológica Indoamérica.

- Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión.
https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Organización Mundial de la Salud (2017). Desarrollo en la adolescencia.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud (2019). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pérez, P. J. & Merino, M. (2015). Adolescencia.
<https://definicion.de/adolescencia/#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20proviene%20de%20la,se%20conjuga%20con%20su%20entorno.>
- Quito, V. D. C. (2018). Etiología y diagnóstico clínico de la depresión en adolescentes. Licenciatura. Unidad académica de ciencias químicas y de la salud.
- Restrepo, J. E., Sánchez, O. A., Calderón, V. G., Castañeda, Q. T., Osorio, S. Y. & Diez, C. P. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health and Addictions*; 2 (18): 227-239.
- Sánchez, P. (2015). Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. *Adolescere*; 3 (2): 80-91.
- Sandoval, M. V. P. (2018). Autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, casa grande 2017. Licenciatura. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote.
- Santos, F., Rodríguez, C. & Rodríguez, R. (2004). *Metodología básica de investigación en enfermería* (1st ed.). Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Secretaría de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaría de Salud de Nuevo León (2019). Depresión. <http://www.saludnl.gob.mx/drupal/salud-mental-0>
- Sistema Nacional de Salud (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Urquiza, B. D. C. & Vela, P. S. A. (2017). Depresión en los y las adolescentes de décimo año de educación básica en la Unidad Educativa Municipal "Quitumbe", durante el periodo octubre 2016-febrero 2017. Licenciatura. Universidad Central de Ecuador.

CAPÍTULO 6

SALUD MENTAL POSITIVA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE PREGRADO

DCE. Jesús Enrique Aguilera Medina
Estudiantes; Emilio Gael Sánchez Acevedo
Eva Marisa Mar Monterrubio

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción: La salud mental positiva (SMP) es una construcción, se basa en encontrarle sentido a la vida y está influenciada por diferentes factores que pueden afectar al individuo. Estudiar una carrera de ciencias de la salud como la enfermería se caracteriza por una exigencia académica elevada, lo que genera mayores niveles de estrés. **Objetivo:** Conocer la salud mental positiva de los estudiantes de enfermería. **Metodología:** Estudio descriptivo con 80 estudiantes de licenciatura en enfermería. La recolección de datos se realizó mediante cuestionario con preguntas sobre datos demográficos y el cuestionario de Salud Mental Positiva conformada por 6 subescalas. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva y análisis de confiabilidad. **Resultados:** El 45 % de los estudiantes presentaron un nivel medio de salud mental positiva y el 55 % un nivel alto de salud mental positiva; Sin embargo al evaluar por subescalas la subescala de Autocontrol fue la más baja con un 72.6 % de nivel bajo y medio. **Conclusión:** Se encontró que la mayoría de los estudiantes presentan una salud mental positiva alta se encontró que el factor que tiene mejores resultados es la Actitud prosocial, esto indica que los alumnos encuestados tienden a tener actitudes y deseos de ayudar a los demás, mientras que el factor que tuvo resultados más bajos fue el Autocontrol, esto refiere que los alumnos que fueron encuestados tienen problemas para afrontar situaciones que les provoquen estrés o ansiedad y que tienen un control emocional bajo.

Palabras clave: Estudiantes de enfermería; Salud mental positiva

INTRODUCCIÓN

La salud mental y el bienestar son elementos claves para la capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). La salud mental positiva (SMP) es una construcción, no solamente se trata de estar feliz y contento, se basa en encontrarle sentido a la vida, a nacer, a vivir y a morir dentro de un ciclo complejo y aceptando los sentimientos tanto positivos como negativos, es poder estar afligido en momentos tristes, pero a su vez, manteniendo la capacidad de funcionar

individual y socialmente (Lluch, 2008, como se citó en Teixeira et al., 2021). Para operacionalizar este constructo de Salud Mental Positiva (Lluch, 2020) establece un decálogo que consisten en una serie de recomendaciones que ayudaran a la persona de manera individual o grupal a mejorar o mantener la salud mental y esto ha permitido que otros autores lo trasladen a otras situaciones más específicas como el decálogo de salud mental de Jiménez, S. que va enfocado a situaciones de emergencia, El decálogo de Puig M. enfocado a personas en situaciones de confinamiento; El decálogo de Brando C. enfocado a Adolescentes y Gente Mayor y finalmente el decálogo de Biurrum A. dirigido a Gestantes.

El tema de la SMP se ha abordado en diferentes países y por distintos autores utilizando el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP)

desarrollado por la Dra. Lluch en 1999 (Apéndice A), el cual tiene la función de medir el porcentaje de SMP en diversas poblaciones. Las investigaciones han sido realizadas en diversos países como lo son México (Barradas et al., 2010; Martínez et al., 2015; Toribio et al, 2018), en Perú (Avilés, 2018; Concha & Fuerte, 2018; Murillo, 2018), en España y Portugal (Sequeira et al., 2019). Este concepto ha sido analizado en estudiantes (Barradas et al., 2010; Concha & Fuerte, 2018; Murillo, 2018; Sequeira et al., 2019; Toribio et al, 2018), en trabajadores (Martínez et al., 2015) y en enfermeras (Avilés, 2018).

Se ha demostrado que existen diferentes factores que influyen directamente en la salud mental. Entre ellos se puede mencionar el tamaño del grupo primario de pertenencia (familia, amigos), el apoyo social, la situación económica, contexto social y las características del ambiente laboral donde se desarrolla la persona; estos factores marcan el grado de confianza y reciprocidad que puede sentir el sujeto, sentimientos asociados a una mejor salud mental. Es evidente entonces que existe un gran poder de interacción entre la salud mental y todos los factores que afectan a una persona, donde si en ellos existen alteraciones, propician la aparición y/o el pronóstico de trastornos mentales y enfermedades físicas (Ministerio de Salud de Chile, 2017).

Estudiar una carrera de ciencias de la salud se caracteriza por una exigencia académica elevada, lo que genera mayores niveles de estrés. De entre las diferentes carreras en la salud, enfermería se destaca como una de las principales carreras donde hay un nivel de agobio elevado, que va únicamente de un nivel moderado a muy severo (Kostov et al., 2018). El estrés ocasionado se relaciona a síntomas somáticos, tales como dolor de cabeza, mareos, problemas digestivos, agotamiento, problemas con el sueño y cansancio emocional. Es importante recalcar que no solo afecta la salud física del estudiante, sino también sus estilos de vida y su relación con los demás, lo que los conduce al deterioro en sus hábitos alimenticios, un aumento en el consumo de alcohol, tabaco o café, sedentarismo y descuido de la imagen corporal (Castillo et al., 2018).

En las personas jóvenes en general, se presenta la paradójica situación de que, al

encontrarse en un momento vital de cambios y en una institución totalizante como la escuela que regula lo que son buenos o malos comportamientos, cualquier modificación de su conducta puede ser sobredimensionada o, al contrario, infravalorada, ignorando lo que podría ser el desarrollo de un trastorno en esa persona. Sin embargo, el cambio de comportamiento podría deberse simple y llanamente a una reacción ante una situación conflictiva o dolorosa por la que está pasando el individuo, generando conflictos personales y dificultades adaptativas que tengan consecuencias en las relaciones interpersonales y en el comportamiento; este cambio de conducta puede ser síntoma de un trastorno mental, o bien puede deberse a una estrategia de protección ante dificultades propias de la existencia (Confederación Salud Mental de España, 2015).

Los estudiantes de una carrera del área de la salud están en constante interacción con personas que enfrentan procesos de salud y enfermedad, por lo que es importante que el joven procure una SMP. Lo que este estudio aporta a la enfermería es conocer el nivel de SMP de los estudiantes, para que desarrollen actividades para mejorar sus resultados y que su salud mental se mantenga positiva durante el tiempo que estudien, por lo que se plantea esta investigación para conocer la SMP de los estudiantes de enfermería de pregrado de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Marco de referencia

Para la elaboración de este trabajo nos vamos a apoyar en el modelo multifactorial de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) en el cual define a la SMP en los siguientes supuestos: (a) Como un constructor y significa que no se puede definir directamente; se necesitan términos más específicos, como factores o dimensiones; (b) Se entiende como un estado dinámico y flotante. La concepción dinámica de la SMP implica aceptar sentimientos y experiencias tanto positivas como negativas; y (c) Tiene límites que deben controlarse. Todos los estados emocionales tienen límites que, si se superan (por déficit o en exceso), pueden provocar patologías.

Además Lluch (2011) establece 10 recomendaciones para tener una vida cotidiana en

adecuadas condiciones (Apéndice B) las cuales son (a) Valorar positivamente las cosas buenas que tenemos en nuestra vida; (b) Poner cariño a las actividades de la vida cotidiana; (c) No ser muy severos con nosotros mismos ni con los demás; (d) No dejar que las emociones negativas bloqueen nuestra vida; (e) Tomar conciencia de los buenos momentos que pasan en nuestra vida cuando están pasando; (f) No tener miedo de llorar y sentir; (g) Buscar espacios y actividades para relajarnos mentalmente; (h) Intentar ir resolviendo los problemas que nos vayan surgiendo; (i) Cuidar nuestras relaciones interpersonales; y (j) No hay que olvidarse de pintar la vida con humor para que esta tenga más color.

Dentro de los factores del Modelo de SMP encontramos los siguientes (a) F1-Satisfacción Personal que se refiere al autoconcepto de la persona; (b) F2-Actitud prosocial que es la satisfacción con respecto al entorno social; (c) F3-Autocontrol refiriéndose a como se afrontan situaciones de estrés; (d) F4-Autonomía que toma en cuenta la capacidad del individuo para tomar sus decisiones; (f) F5-Resolución de Problemas y autoactualización que toma en cuenta la capacidad del individuo a adaptarse a los cambios y a su vez el desarrollo de una actitud de crecimiento; y (e) F6-Habilidades de Relación Interpersonal que sería la habilidad para ofrecer apoyo emocional y de escuchar a los demás (Lluch, 1999, 2020; Sequeira y Lluch, 2015; Lluch-Canut, Sequeira y Roldán-Merino, 2017, como se citó en Teixeira et al., 2021).

Estudios relacionados

De la Hoz et al. (2022) realizaron un análisis comparativo de la Salud Mental Positiva entre 337 hombres y mujeres universitarios en condición de aislamiento social por COVID-19. Los resultados muestran que los factores de Actitud Prosocial, Autocontrol y Resolución de Problemas resultan significativos en el impacto de salud mental positiva en estudiantes universitarios. Los cuales se deben considerar al momento de llevar a cabo procesos de intervención destinados al mejoramiento de las condiciones psicosociales en contextos educativos vulnerables.

Valdivia (2020) realizó un estudio para

determinar el nivel de salud mental positiva de los estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Continental sede en Huancayo. El diseño fue descriptivo transversal y la muestra estuvo conformada por 566 estudiantes de los diferentes semestres. El instrumento utilizado fue la escala de salud mental positiva de Teresa Lluch. Los resultados encontrados fueron que un 68.7% presentaron un nivel alto de salud mental positiva, el 31.25% un nivel medio. El factor que se encontró más bajo fue el de Autocontrol con un 66.96%

Sequeira et al. (2019) realizaron un estudio utilizando el CSMP (Lluch, 1999) para conocer la SMP de 2,238 estudiantes de dos escuelas públicas de enfermería, una de Portugal y otra en Barcelona, siendo así un (11.4%) hombres y (88.6%) mujeres, entre ambas escuelas. Los resultados arrojaron en hombres una SMP buena de 105 (43.8%), media 133 (55.4%) y baja 2 (0.8%), en mujeres la SMP buena fue de 769 (40.8%), media 1,111 (58.8%) y baja de 8 (0.4%). La dimensión que mayor puntuación recibió fue la de satisfacción personal y la más baja fue la Actitud Prosocial en ambos sexos.

Avilés (2018) llevó a cabo un estudio en áreas críticas del Hospital Nacional Dos de mayo Lima, al personal femenino para identificar el nivel de SMP. Aplicando el CSMP a una población de 54 enfermeras. Los resultados obtenidos muestran que 45 enfermeras (83.3%) cuentan con un nivel alto de salud mental positiva, mientras que 9 de ellas (16.3%) cuentan con un nivel medio de salud positiva. La dimensión mayor presentada fue la de autonomía y la más baja fue la de actitud prosocial.

Concha y Fuerte (2018) realizaron un estudio utilizando el CSMP (Lluch, 1999) para describir las características de la SMP de 220 estudiantes de la Universidad San Pedro de Chimbote en Perú, en el que se evaluaron hombres y mujeres de entre 17-40 años. Dando como resultado que un 15% y 6.28% presentaba una SMP alta y muy alta, un 40.45% y 9.55% presentaron una SMP baja y muy baja y el 28.18% presentaron una SMP media. La dimensión que mayor puntaje obtuvo fue la de satisfacción personal y la más baja fue la de Actitud Prosocial.

Murillo (2018) realizó un estudio para determinar el nivel de SMP de los estudiantes

matriculados en el año 2017 de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano. La población estuvo conformada por 524 estudiantes del I al VIII semestre, con una muestra de 222 estudiantes. La recolección de datos se realizó mediante el CSMP (Lluch, 1999). Los resultados obtenidos en la investigación revelan que un 50.9% de estudiantes cuentan con un nivel alto de SMP, seguida del 47.7% con nivel medio y 1.4% cuenta con nivel bajo. El factor con mayor puntuación fue el de satisfacción personal, por el contrario, el factor con menor puntuación fue el de Autocontrol.

Toribio et al. (2018) realizaron un estudio usando el CSMP (Lluch, 1999) para conocer la salud mental positiva por sexo en 533 estudiantes de nivel medio superior de diferentes escuelas públicas de la ciudad de Toluca en México siendo el (44.4%) en hombres y (55.6 %) en mujeres. Los resultados arrojaron que existe un 38.3% y 16.1% alto y muy alto de SMP y 28.7% y 16.9% de baja y muy baja SMP. El factor que mejor se presentó fue el de dimensión personal y el más bajo fue el de autocontrol en ambos sexos.

De los estudios revisados se encontró que generalmente existe una alta SMP global en la mayoría de los sujetos estudiados, pero, hay diversas distinciones con respecto a los 6 factores que maneja el CSMP (Lluch, 1999) el factor que normalmente se presentó más alto fue el F1-Satisfacción personal, y los factores que solían dar resultados más bajos fueron el F2-Actitud prosocial y el F3-Autocontrol.

Objetivo General

El objetivo principal de este artículo es conocer la SMP de los estudiantes de enfermería.

Objetivo Específico

Conocer la SMP según los factores del CSMP (Lluch, 1999).

Definición de términos

Salud mental positiva (SMP): Es un constructo que se basa en encontrarle sentido a la vida aceptando los sentimientos positivos y negativos, con la participación del ser humano a lo largo del ciclo de la vida mientras mantiene la capacidad de funcionar individual y socialmente. La SMP se mide con el Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP).

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El tipo de estudio fue descriptivo debido a que se enfocó en observar y registrar una sola variable, la cual es la SMP en un grupo específico de estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UANL y se fue de diseño transversal ya que evaluó la SMP en un momento puntual en el tiempo (Manterola et al., 2019).

Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por estudiantes de primer a octavo semestre de la Facultad de Enfermería de la UANL. El tamaño de la muestra fue un total de 80 estudiantes. El muestreo fue por conveniencia, ya que los participantes se eligieron voluntariamente para participar en el estudio.

Criterios de inclusión

Estudiantes del pregrado de enfermería que estén matriculados en la Facultad de Enfermería de la UANL en el periodo de Ene-Jun 2022. Alumnos que tengan una edad igual o mayor a 18 años.

Criterios de exclusión

Estudiantes que no cumplan con la edad mínima de 18 años. Estudiantes que estén realizando la pasantía. Estudiantes de grados de maestría y doctorado.

Medición del instrumento

La cédula de datos es un instrumento que se le aplica al encuestado para conocer datos relativos de su identidad, en este caso, el sexo, edad y semestre que cursa. Se realizaron mediciones de lápiz y papel y se describieron junto al instrumento.

Los participantes contestarán un único cuestionario, el cual es el que se manejó en esta investigación y es el CSMP proporcionado por Lluch (1999) y fue se realizó en idioma español. Este mide la SMP y consta de 39 ítems que están clasificados en 6 factores: (a) Factor 1 "Satisfacción personal" (8 ítems); (b) Factor 2 "Actitud prosocial" (5 ítems); (c) Factor 3 "Autocontrol" (5 ítems); (d) Factor 4 "Autonomía" (5 ítems); (e) Factor 5 "Resolución de problemas y autoactualización" (9 ítems); y (f) Factor

6 “Habilidades de relación interpersonal” (7 ítems). La escala de respuesta es la escala de Likert de 1 a 4: siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca. Se pueden obtener valores entre 39 (valor mínimo) y 156 (valor máximo) a mayor puntuación, mayor es la salud mental positiva (Teixeira et al., 2021).

La interpretación de los resultados globales según García (2016) se basa en 3 niveles como se muestra a continuación: (a) Nivel Bajo o *languising* son resultados entre 39-78; (b) Nivel Medio el cual abarca resultados entre 79-117; y (c) Nivel Alto o *Flourising* que se refiere a resultados entre 118-156. El CSMP muestra globalmente un coeficiente de consistencia alfa de Cronbach de acuerdo con Lluch (1999) de 0.91, según Martínez et al. (2015) de 0.862 lo que le permite ser aplicado en la población mexicana, y con respecto Hurtado et al. (2018) de 0.885.

Procedimiento de recolección de datos

El siguiente estudio fue sometido al comité de ética en investigación de la Facultad de Enfermería. Tras la aprobación, se solicitó autorización en la institución educativa donde se realizará el estudio. Después se visitó a los docentes de los distintos semestres, para obtener su aprobación para encuestar a las personas seleccionadas.

El mecanismo de contacto para reclutar a los participantes fue un contacto directo en las aulas de los alumnos de primero a octavo semestre ubicadas en la Facultad de Enfermería. Una vez aprobada por el docente y los alumnos a los que se les aplicará la encuesta, se les hizo entrega de la Cédula de datos, junto a la Carta de consentimiento informado, firmada antes de la realización del cuestionario, para validar el uso de la información recolectada, tras obtener la firma del encuestado, se explicará el objetivo y el procedimiento de recolección de datos.

El instrumento que se manejó en esta investigación es el CSMP proporcionado por Lluch (1999), este consta de un cuestionario auto aplicado. Al finalizar de llenar se le entregará como beneficio al alumno, una copia del Decálogo de Salud Mental Positiva hecho por la Dra. Lluch en 2011. La información será recolectada por alumnos de cuarto semestre de la Facultad de Enfermería que cursan la

materia de Investigación en enfermería.

Consideraciones éticas

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Servicios Parlamentarios, 2014), se tomó en cuenta el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos de Disposiciones Comunes en el Capítulo I se ocupó el Artículo 13, el cual indica que se deberá prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de los derechos de los estudiantes de enfermería, así mismo el desarrollar el Artículo 14 segmento V en donde se contará con la Carta de consentimiento informado en términos por el Reglamento. En base al Artículo 16, se protegió la privacidad de los estudiantes de enfermería, al igual que se consideró el riesgo conforme al Artículo 17 segmento II, mantuvo un riesgo mínimo, dado que no se aplicaron pruebas psicológicas a los estudiantes de enfermería.

Igualmente, se usó el Artículo 20, donde se entendió por el consentimiento informado mediante un documento escrito en el cual el sujeto de investigación, en este caso el estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL autorizó su participación en la investigación con el conocimiento del procedimiento y el riesgo mínimo al que se le someterá, así también tendrá la capacidad de libre elección sin coacción alguna.

También se empleó el Artículo 21, que muestra que para que el consentimiento informado es considerado existente, el sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa de modo que comprenda los aspectos del: (a) Segmento I; los objetivos de la investigación, (b) Segmento II; los procedimientos que se usaran y su propósito, (c) Segmento III; molestias o riesgos esperados, (d) Segmento IV; los beneficios a obtener, en cuyo caso sería el resultado de su SMP, (e) Segmento VI; la seguridad de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de dudas, (f) Segmento VII; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en la investigación y (g) Segmento VIII; contar con la seguridad de que no será identificado y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Se utilizó el Artículo 22 que menciona que el

consentimiento informado debe realizarse de manera escrita reuniendo los siguientes requisitos: (a) Segmento I; este mismo fue elaborado por el investigador principal señalando la información que refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas, (b) Segmento II; fue revisado, y en su caso, Aprobado por el Comité de Ética en Investigación, (c) Segmento III, se indicarán los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que tengan con el investigador, (d) Segmento VI; deberá ser firmado por dos testigos y por el representante legal, en este caso el maestro asesor y (e) Segmento V se extenderá por duplicado, donde el representante legal se quedará con un ejemplar en su poder.

Con respecto al Título Segundo de los Aspectos Éticos de Investigación en Seres Humanos De la Investigación en Grupos Subordinados en el apartado V se ocupó el Artículo 57, donde se indicó que los grupos seleccionados en este caso los estudiantes, pueden llegar a ser influenciados por alguna autoridad. Se llevó a cabo el Artículo 58, el cual mencionó que los representantes del núcleo afectado que participen en el Comité de Ética en

Investigación, en base al párrafo segundo del Artículo 41 de Bis de la Ley, vigilarán: el Segmento I, haciendo referencia que la participación, el rechazo o retiro de su consentimiento durante el estudio no afecte su situación escolar, respetando así el Segmento II en donde los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de los participantes.

Análisis de los Datos

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 28. Se realizaron una serie de procedimientos donde se obtuvo la estadística descriptiva para variables sociodemográficas, un análisis de confiabilidad de las subescalas y general, la sumatoria de las puntuaciones por subescalas y la clasificación por niveles de SMP.

RESULTADOS

En este punto se presentan las estadísticas descriptivas de las variables de interés; enseguida se describe el coeficiente de Cronbach por cada indicador de la Salud Mental Positiva y Finalmente se presentan los indicadores con sus niveles.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de la muestra de estudio

| Datos sociodemográficos | f | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Femenino | 66 | 82.5 |
| Masculino | 14 | 17.5 |
| Edad | | |
| 18 años | 15 | 18.8 |
| 19 años | 15 | 18.8 |
| 20 años | 13 | 16.3 |
| 21 años | 24 | 30 |
| 22 años | 6 | 7.5 |
| 23 años | 4 | 5 |
| 24 años | 3 | 3.8 |

| Datos sociodemográficos | f | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Semestre | | |
| Primero | 10 | 12.5 |
| Segundo | 10 | 12.5 |
| Tercero | 10 | 12.5 |
| Cuarto | 10 | 12.5 |
| Quinto | 10 | 12.5 |
| Sexto | 10 | 12.5 |
| Séptimo | 10 | 12.5 |
| Octavo | 10 | 12.5 |

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje.

Con respecto población encuestada fue de 80 estudiantes, 10 estudiantes por semestre, cada semestre representó un porcentaje de 12.5%, el sexo de los encuestados fue de 82.5% (n= 66) mujeres y 17.5% (n= 14) hombres.

Tabla 2

Confiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva de la Dra. Lluch, 1999

| Subescalas | Preguntas | Alfa de Cronbach |
|--|--|------------------|
| 1. Satisfacción personal | 1D, 6T, 7T, 12T, 14T, 31T, 38T, 39T | 0.758 |
| 2. Actitud prosocial | 1T, 3T, 23D, 25D, 37D. | 0.667 |
| 3. Auto control | 2T, 5D, 21D, 22D, 26D. | 0.723 |
| 4. Autonomía | 10T, 13T, 19T, 33T, 34T. | 0.826 |
| 5. Resolución de problemas y autoactualización | 15D, 16D, 17D, 27D, 28D, 29D, 32D, 35D, 36D. | 0.758 |
| 6. Habilidades de relación interpersonal | 8T, 9T, 11D, 18D, 20D, 24T, 30T. | 0.600 |

Nota: T= Transformada, D= Directa

La confiabilidad según el alfa de Cronbach (Tabla 2) que se obtuvo de los factores del CSMP (Lluch, 2019) fue aceptable en él, F4 Autonomía (0.826) y se encontró que el resultado más bajo fue el del F6 Habilidades de relación interpersonal (0.600).

Tabla 3

Niveles de Salud Mental Positivas resultados generales

| Factor | Bajo | | Medio | | Alto | |
|---------|----------|---|----------|----|----------|----|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| General | 0 | 0 | 36 | 45 | 44 | 55 |

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje.

Según Polit y Beck (2018) entre más cercanos estén los índices de confiabilidad a 1.00, será más fuerte la evidencia de confiabilidad. Los valores de 0.80 o más suelen considerarse apropiados, pero, esto depende de cada autor.

Con respecto a los niveles de SMP general (Tabla 3), se encontró que 0% (n= 0) de los estudiantes tenían un nivel bajo, 45% (n= 36) tenían un nivel medio y el 55% (n= 44) tenía un nivel alto.

Tabla 4

Niveles de Salud Mental Positiva por subescala y general

| | Bajo | | Medio | | Alto | |
|--|----------|-----|----------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1. Satisfacción personal | 3 | 3.8 | 24 | 30 | 53 | 66.3 |
| 2. Actitud prosocial | 1 | 1.3 | 13 | 16.3 | 66 | 82.5 |
| 3. Autocontrol | 3 | 3.8 | 55 | 68.8 | 22 | 27.5 |
| 4. Autonomía | 7 | 8.8 | 42 | 52.5 | 31 | 38.8 |
| 5. Resolución de problemas y autoactualización | 2 | 2.5 | 39 | 48.8 | 39 | 48.8 |
| 6. Habilidades de relación interpersonal | 2 | 2.5 | 46 | 57.5 | 32 | 40 |

Nota: *f* = frecuencia, %= porcentaje.

Los niveles de SMP de los factores son tomados de la clasificación dada en el Programa de promoción de la Salud Mental Positiva para adultos (Teixeira et al., 2020).

En los resultados por subescalas (Tabla 4) se obtuvieron los siguientes datos: F2 Actitud prosocial nivel bajo 1.3% (n= 1), medio 16.3% (n = 13) y alto 82.5% (n= 66 este obtuvo los resultados más bajo de los 6, F4 Autonomía nivel bajo 8.8% (n = 7), medio 52.5% (n= 42) y alto 38.8% (n = 31) este alcanzó los resultados más alto de los 6.

Posteriormente dado que se identificó que la subescala F3 Autocontrol fue la que presentó los valores más bajos, se procedió a realizar un análisis descriptivo de las preguntas que integran esta subescala y se encontró que la pregunta “5 soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas” presentó el valor más bajo, por lo que se recomienda un curso de capacitación para el manejo de las emociones para identificar los detonantes y brindar estrategias positivas para controlar las emociones.

DISCUSIÓN

La SMP es un constructo, que es cambiante, busca experimentar las emociones positivas y negativas para saber controlarlas, se utilizó el CSMP (Lluch, 1999) para poder conocer la SMP de los estudiantes de enfermería, se encontró que del 100%

de los encuestados el 45% (n= 36) tiene un nivel medio en SMP y el otro restante que es el 55% (n= 44) tiene un nivel alto, esto coincide con los estudios que fueron revisados (Avilés, 2018; Barradas et al., 2010; Concha & Fuerte, 2018; Martínez et al., 2015; Murillo, 2018; Toribio et al., 2018), pues, la mayoría de los sujetos tienen un nivel alto de SMP.

Se encontró que hay algunas diferencias con respecto a los niveles que presentan las subescalas del cuestionario, debido a que el factor que tiene resultados más positivos es el F1 Satisfacción personal (Concha & Fuerte, 2018; Murillo, 2018; Sequeira et al., 2019; Toribio et al., 2018), mientras que en la Facultad de Enfermería de la UANL se encontró que el factor que tiene resultados más positivos es el F2 Actitud prosocial, el cual es un factor que suele tener resultados bajos en otros estudios (Avilés, 2018; Concha & Fuerte, 2018; Sequeira et al., 2019). Al hablar acerca del factor que tiene resultados menos positivos, la presente población coincidió con la población de otros estudios, ya que el F3 Autocontrol fue la que tuvo resultados más bajos (Murillo, 2018; y Toribio et al., 2018).

Al realizar análisis del área más baja fue el F3 Autocontrol, lo cual tiene implicaciones importantes, porque interactuamos con compañeros, amigos, familia o pareja. Hay seis emociones básicas las cuales son miedo, enojo, sorpresa, alegría, tristeza y asco (Matsumoto y Ekman, 2009; Damasio, 2000,

como se citó en Cossini et al., 2017), con respecto a las emociones negativas se encontró que son miedo, ansiedad, ira, tristeza, depresión y asco (Mesurado et al., 2018; Piqueras et al., 2009).

Por lo cual se recomienda el desarrollo de estrategias como la meditación ya que se asocia a una mayor diferenciación emocional y a menores dificultades emocionales (Hill y Updegraff, 2012, como se citó en Pascual & Conejero, 2019).

Así mismo, otra estrategia es la regulación de la confrontación de los hechos consiste en modificar lo que sentimos regulando nuestra exposición a los acontecimientos o situaciones que nos provocan emociones. Por otro lado, se han realizado estrategias de afrontamiento, y se distinguen porque son estrategias centradas en el problema, las que intentan alterar el problema que desencadena la emoción. Estas mismas hacen referencia al interior del individuo generando en él cambios cognitivos o motivacionales (Pascual & Conejero, 2019)

CONCLUSIONES

La conclusión a la que se puede llegar con los datos recolectados con los estudiantes de la Facultad de Enfermería UANL tiene un nivel alto de SMP general según el CSMP (Lluch, 1999), debido a que se encontró que la población tenía niveles altos (55%) y medios (45%), además, no se encontró que haya alumnos con una SMP general baja.

En base a los 6 factores que se presentan en el CSMP (Lluch, 1999), se encontró que el factor que tiene mejores resultados es el F2 Actitud prosocial, esto indica que los alumnos encuestados tienden a tener actitudes y deseos de ayudar a los demás, mientras que el factor que tuvo resultados más bajos fue el F3 Autocontrol, esto refiere que los alumnos que fueron encuestados tienen problemas para afrontar situaciones que les provoquen estrés o ansiedad y que tienen un control emocional bajo

REFERENCIAS

- Avilés, L. M. (2018). Nivel de salud mental positiva en enfermeras de áreas crítica del Hospital Nacional Dos de Mayo-Lima. [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/27901>
- Barradas, M. E., Sánchez, J. M., Guzmán, M. L., & Balderrama, J. A. (2010). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1(1). <https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150278009.pdf>
- Castillo, I. Y., Barrios, A., & Alvis, L. (2018). Estrés académico en estudiantes de enfermería de Cartagena, Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145256681002>
- Concha, M. A., & Fuerte, L. (2017). Características de la salud mental positiva en estudiantes de Ciencias de la Salud, de la Universidad San Pedro de Chimbote. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 19(1–2), 65–90. <https://es.scribd.com/document/386824286/Revista-Intercontinental-de-Psicologia-y-Educacion-Vol-19-nums-1-y-2>
- Confederación Salud Mental España (2015). Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. RED2RED CONSULTORES. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Cossini, F. C., Rubinstein, W. Y., & Politis, D. G. (2017). ¿Cuántas son las emociones básicas? Estudio preliminar en una muestra de adultos mayores sanos. *Anuario de Investigaciones*, 24, 253–257. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369155966032.pdf>
- De la Hoz, E. J., Navarro J. E., & Martínez, I. (2022). Análisis comparativo de la salud mental Positiva entre hombres

y mujeres universitarios en condición de aislamiento social por COVID-19. *Formación Universitaria*. 15(2), 93-102. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062022000200093>

- García, I. (2016). Saúde mental positiva em adolescentes. [Tesis de maestría, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17844/1/Dissertac%CC%A7a%CC%83o_definitiva_IRENE%20ROURA%20%281%29.pdf
- Hurtado-Pardos, B., Lluch-Canut, T., Casas, I., Sequeira, C., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. (2018). Evaluación de la fiabilidad y validez del cuestionario de salud mental positiva en profesores universitarios de enfermería en Cataluña. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 9, 5–17.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34503/1/artigo%20afiliado%20Csequeira-12.pdf>
- Kostov, O., Paskaleva, D., Tufkova, S., Bozhkova, M., & Kuzmanov, B. (2018). Study of stress and depression among students specialty "nurse" in the medical university of Plovdiv before the session. *Biomedical Research*, 29(12), 2655–2658. <https://www.alliedacademies.org/articles/study-of-stress-and-depression-among-students-specialty-nurse-in-the-medical-university-of-plovdiv-before-the-session.pdf>
- Lluch, M. T. (1999) Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva [Tesis de doctorado, Universitat de Barcelona] Repositorio de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/2366>
- Lluch, M. T. (2011). Decálogo de Salud Mental Positiva. Universitat de Barcelona. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20062/1/Decalogo_Salud_Mental_Positiva_trilingue.pdf
- Lluch-Canut, M.T. (2020). Decálogos de Salud Mental Positiva adaptados a diferentes situaciones y/o personas afectadas por circunstancias de la pandemia de Coronavirus COVID-19. Colección OMADO, Deposito Digital de la Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/155018/4/VERSION%20GLOBAL%20Castellano.pdf>
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36–49. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.11.005>
- Martínez, R., Pando, M., León, S. G., González, R., Aldrete, M. G., & López, L. F. (2015). Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18(33), 78–88. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372015000100007
- Mesurado, B., Vidal, E. M., & Mestre, A. L. (2018). Negative emotions and behaviour: The role of regulatory emotional self-efficacy. *Journal of Adolescence*, 64(1), 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.01.007>
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional De Salud Mental 2017–2025. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>
- Murillo, S. P. (2018). Salud mental positiva en estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, Puno – 2017 [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano]. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3276814>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 17 de junio). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pascual, A., & Conejero, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias.

Revista Mexicana de Psicología, 36(1), 74–83. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243058940007>

Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85–112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>

Polit, D., & Beck, C. (2018). *Investigación de enfermería Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de enfermería* (9.a ed.). Wolters Kluwer.

Secretaría de Servicios Parlamentarios. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Gonçalves, A., Nogueira, M. J., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2019). Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(5), 483–492. <https://doi.org/10.1177/1078390319851569>

Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2021). Programa de promoción de la Salud Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): manual de apoyo. Universidad de Barcelona, Deposito Digital. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/173986/1/Programa%20de%20Salud%20Mental%20Positiva%20MENTIS%20PLUS%2b.pdf>

Toribio, L., González-Arratia López-Fuentes, N. I., & Oudhof Van Barneveld, H. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: diferencias por sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(2), 131–143. <https://doi.org/10.22544/rcps.v37i02.03>

Valdivia L. (2020) *Salud Mental positiva en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad Continental*. [Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9404/4/IV_FHU_501_TE_Valdivia_Tinoco_2020.pdf

CAPÍTULO 7

ESTUDIO DE BULLYNG ESCOLAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

MP. Sofia Lizzet Martínez Ortiz, *estudiantes*; Aguirre Hernández Krizia Yarezi, Garza Robles Jesús Antonio, Gutiérrez Ivanna, Monjaras Mendoza Liliana Victoria, Zumaya Cortes Vanessa Guadalupe.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio de investigación fue determinar la prevalencia de bullying en estudiantes universitarios en cuanto al sexo y edad en una Universidad Pública del Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. **Metodología:** El diseño del estudio fue descriptivo y transversal. La población del estudio fue de 70 estudiantes universitarios, de ambos sexos, mayores de 18 años de quinto y sexto semestre. **Resultados:** La edad de los participantes fue de 18 a 24 años en un 90% de los cuales el 65.7 % pertenecían al género femenino y 34.3% masculino, los estudiantes reportan haber sufrido bullying en un 21.8 %, el 1.4% reporta haber sido víctima de violencia física, el 5.7% ha sufrido violencia real por rumores, el 4.8% reporta ha sufrido de violencia virtual. **Conclusiones:** Dados los resultados, se considera la prevalencia de bullying en la institución universitaria por lo que es importante orientarlos ante cualquier situación de bullying estudiantil, así como la creación de campañas para prevención.

Palabras clave: Bullying escolar, estudiantes universitarios

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar es definido por Olweus (1993) como una situación donde el estudiante es expuesto a acciones negativas por una o más personas en repetidas ocasiones a lo largo del tiempo y donde se excluyen casos en los cuales dos jóvenes de igual fuerza física o fortaleza psicológica se agreden; el bullying ha sido objeto de estudio en el ámbito mundial, debido al impacto en el bienestar emocional y el rendimiento escolar de los estudiantes.

Las personas que son victimizadas a través del acoso escolar desarrollan mayores problemas de salud mental que desencadenan problemas que afectan directamente a la educación superior en el que cabe destacar el abandono de estudios universitarios, el cambio de carrera o de universidad.

El acoso escolar en ámbitos universitarios tiene importantes efectos en la vida de las personas que la padecen, producen angustia emocional, aislamiento social, nerviosismo, bajo rendimiento académico, que puede conducir al abandono de los estudios y pérdida de oportunidades de desarrollo. La calidad de vida y el bienestar emocional de la persona queda afectada, y existe sentimiento de culpa y miedo ante posibles represalias, el daño para la imagen de las instituciones es grande y genera inestabilidad institucional y pérdida de prestigio (Hernández et. al, 2015).

Por lo tanto, se requiere conocer las características, composición y alcances de dicho fenómeno para comprender a profundidad del comportamiento del acoso escolar en comunidades como la universitaria para tener el control y conocimiento que se está presentando como dicha

problemática.

El propósito de este estudio de investigación es determinar la presencia de bullying en estudiantes universitarios de una Universidad Pública del Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Marco de Referencia

El sustento del marco de referencia se basará en el concepto de bullying o acoso escolar que de acuerdo con (Ortega et. al, 2005) se refiere a la intimidación, el abuso, el maltrato físico y psicológico de una persona o grupo de personas sobre otro u otros, incluye una serie de acciones negativas de distinta índole, como bromas, burlas, golpes, exclusión, conductas de abuso con connotaciones sexuales y agresiones físicas, este término deriva de una palabra inglesa, aceptada a nivel mundial para referirse al acoso entre compañeros, como una forma ilegítima de confrontación de intereses o necesidades en la que otro de los protagonistas, persona, grupo, institución, que adopta un rol dominante y obliga por la fuerza a que otro se ubique en uno de sumisión, causándole con ello un daño que puede ser físico, psicológico, social o moral.

A continuación, se describen los tipos de bullying, entre ellos:

Físico: Es el tipo de acoso más común, involucra un contacto físico entre los agresores y la víctima, y suele presentarse a modo de golpes, empujones e inclusive palizas de uno o diversos agresores contra una sola víctima.

Verbal: Son actividades no corporales que se conducen con el objetivo de provocar un mal psicológico, las conductas tienen la posibilidad de consistir en discriminar, dar a conocer chismes o rumores, hacer ocupaciones de exclusión o bromas insultantes y reiteradas del tipo colocar apodos, ofender, amenazar, burlarse, reírse de los demás, crear rumores de carácter racista

Cibernético: Es un tipo de acoso bastante grave, por la enorme visibilidad y alcance que se consigue de los actos de humillación contra la víctima y el anonimato en que tienen la posibilidad de quedar los acosadores, el contenido del acoso va a partir de los normales insultos a montajes fotográficos o de vídeo para reírse de la víctima, imágenes

inadecuadas tomadas sin su permiso, críticas respecto al origen, religión, el grado socioeconómico de la víctima o de sus parientes y amigos, etcétera.

Algunas características de los agresores es que presentan una conducta agresiva, se suele dar entre pares, no hay provocación previa, sucede en desigualdad de condiciones, se da de manera repetitiva y rara vez se denuncia; De misma forma algunas de sus causas destacan las malas actuaciones de los adultos, dificultades para el trato social, vivir en un entorno familiar de indiferencia, el querer llamar la atención en casa y evidentemente ambientes llenos de agresividad; De tal manera que las consecuencias pueden ser negarse a ir a la escuela, una baja de calificaciones, malestares físicos, como dolores de cabeza o estómago, vergüenza les pasa y se sienten inferiores, el abandono de estudios, depresiones nerviosas, e incluso llegar al suicidio Cobo y Tello (2008).

Las víctimas de bullying tienden a tener bajos niveles de autoestima, tienen la posibilidad de sentirse deprimidas, inseguras, ansiosas, hipersensibles, cautelosas y reservadas (Berthold y Hoover, 1999; Craig, 1998; Olweus, 1995; Rigby y Slee, 1991). Comúnmente, dichos estudiantes se hallan encerrados en sí mismos, preocupados y temerosos frente a el caso nueva (Byrne, 1994), o presentan una introversión extrema (Slee y Rigby, 1993).

A continuación, ciertas formas de maltrato que ejemplifican algunos tipos de agresión presentes en el acoso escolar mencionadas por Monks y Smith (2010) y que pueden aparecer en las comunidades universitarias:

Acoso directo e indirecto: Una de las primordiales maneras de clasificar la violencia o la agresión es diferenciando la manera de atacar como directa o indirecta. En un ataque directo, la víctima identifica al atacante; en uno indirecto, la víctima es dañada empero ignora quien es el causante.

Acoso psicológico o verbal: A los individuos no les agrada que les digan sus deficiencias; de esta forma que esta es una manera de acometida masiva o conglomerada que habitualmente toma la manera de expresiones demasiado agresivas y constantes, o

como apodosos despectivos que aluden a las deficiencias de las víctimas. Es más común que la violencia física, más que nada entre los adolescentes. Actualmente, entre más grande es la edad de estos, más sutil es el tipo de acometida que conducen a cabo.

Acoso relacional: Varios casos de violencia son considerados como violencia “relacional” ya que rompe las interacciones sociales en medio de las víctimas y sus pares. Aunque a partir del grado preescolar puede aparecer esta clase de embestida (sobre todo en medio de las niñas), se hace más recurrente y nocivo en la pubertad, pues cuando los jóvenes adquieren la mayoría de sus capacidades sociales y cuando el asentimiento de sus pares es sustancial.

Según los datos de la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo) de 2017, un 94% de las víctimas presenta algún problema psicológico debido al acoso escolar, siendo los principales los síntomas depresivos (68,8%) y la ansiedad (67,2%). Además, el número de autolesiones alcanza el 2,4%, las ideas suicidas suponen un 4,6%, y los intentos reales de suicidio el 1,2%, estas cifras se dieron a conocer en el XVIII Seminario Lundbeck Bullying y Mobbing. La huella el acoso en la salud mental, encuentro en el que los especialistas se refirieron a que el impacto del bullying se deja sentir igualmente, y de manera grave, en el ámbito familia. Hasta en un 56% de los entornos familiares algún miembro sufre problemas psicológicos a causa del acoso escolar, como ansiedad (50%), miedo (31,7%) y síntomas depresivos (29%).

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan estudios relacionados de las variables de estudio que corresponde a bullying escolar en estudiantes universitarios.

López (2017), en su estudio participaron 512 estudiantes universitarios de una institución educativa pública en el estado de Morelos (México), de los cuales 300 fueron mujeres y 212 fueron hombres. Las conductas de acoso escolar que más destacaron fueron el trato con indiferencia (48.6%), hacer a un lado a la persona (44.7%), molestar con

burlas (39.8%), hacer críticas a sus espaldas (33.4%), e insultarlos (33%). Las acciones que menos se presentaron fueron los golpes (0.2%). El 59.6% de los estudiantes refirió que han sufrido este tipo de situaciones una o dos veces a lo largo de curso y el 7.2% una o dos veces durante algunos meses. El instrumento utilizado en el presente estudio fue la Escala de Victimización en la Escuela elaborada por el Grupo Lisis (2004) a partir de la Escala Multidimensional de Victimización de Mynard y Joseph (2000) y el Cuestionario de Experiencias Sociales de Crick y Grotpeter (1996).

Vega, et. al (2021), con el objetivo de determinar la relación entre la frecuencia y desbalance de poder en las víctimas de violencias escolares con trastornos de salud mental, en 578 estudiantes de nivel superior de 18 a 25 años de edad (246 mujeres y 33 hombres) reportaron que solamente 82 participantes (14.2%) fueron considerados como víctima de bullying al manifestar que experimentan algún tipo de violencia de 2 a 3 veces a la semana durante el último mes y además percibir un desbalance de poder con respecto a su agresor, así como también, se observó con la escala CBVS (California de victimización de bullying) que el bullying fue un tipo de victimización medianamente frecuente en comparación con la violencia escolar que fue presentado mínimamente con 4.0% y mayormente violencia entre pares un 22.7%.

Oviedo, et. al (2020) implementó un cuestionario a 1.653 estudiantes de primer curso de varias carreras de una universidad al norte de España. Los resultados muestran que aquellos estudiantes que son víctimas de acoso, en comparación con aquellos que no lo son, se plantean abandonar sus estudios en mayor medida, teniendo además las variables relacionadas con la integración social (apoyo de amigos y profesores) un efecto moderador. Estos hallazgos plantean la necesidad de incluir estrategias de intervención sobre abandono universitario, estos resultados muestran que un 17.3% de los estudiantes de primeros cursos ha sido víctima de acoso en la universidad y que, además, el 7.8% del alumnado ha sufrido acoso grave, el 41.9% manifiesta que alguna vez se ha planteado abandonar la carrera, frente a un 58.1% que nunca lo

ha hecho.

Definición de términos

Bullying: se refiere a cualquier forma de maltrato físico, psicológico o verbal que un niño o grupo de niños ejercen sobre un compañero.

Edad: se refiere al tiempo vivido por una persona expresado en años.

Sexo: se refiere a las características biológicas que distinguen a las personas como masculinas, femeninas.

Semestre: período de escolaridad que consiste en un tiempo de 6 meses.

Objetivo general

Determinar la presencia de bullying en estudiantes universitarios de una universidad pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Objetivos específicos

.Conocer la prevalencia del bullying en cuanto al sexo del estudiante universitario

.Conocer la prevalencia del bullying en cuanto a la edad del estudiante universitario

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo ya que se midió la prevalencia de bullying en estudiantes universitarios, además, es transversal ya que la recolección de datos se realizó en mayo 2022.

Población, muestra y muestreo

La población para el estudio estuvo conformada por 409 estudiantes de ambos sexos mayores de 18 años, inscritos regularmente en el quinto y sexto semestre académico de una universidad pública de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue probabilístico con asignación proporcional de acuerdo al grupo, la muestra fue de 70 estudiantes universitarios.

Instrumentos de medición

Para el presente estudio se utilizó la escala de Victimización en la Escuela (cf. Equipo Lisis, 2004; cf. Crick & Grotpeter, 1996) se compone de 22 reactivos, de los cuales los primeros 20 describen situaciones

de victimización directa e indirecta entre iguales (relacional, verbal y física), con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = muchas veces y 4 = siempre). El reactivo 21, que tiene seis opciones de respuesta, permite conocer si el estudiante, al momento de contestar el cuestionario, es victimizado reiteradamente por uno o varios agresores, y el reactivo 22, con cinco opciones de respuesta, indica la frecuencia con la cual ocurren las situaciones descritas en la escala (López, 2016).

Los ítems 2, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18 y 19 demuestran si hay presencia o ausencia de victimización relacional, los ítems del 1, 9, 13 y 15 demuestran la manifestación de victimización física, la manifestación verbal se muestra en los ítems 3, 4, 6, 11, 16 y 20, el ítem 21 permite conocer si la persona que contesta el cuestionario es victimizada reiteradamente por una persona o varias, por último, el ítem 22 permite conocer la frecuencia con la que ocurren las situaciones descritas en la escala. Tiene un tiempo estimado de 10 a 15 minutos. El instrumento tiene una fiabilidad que oscila entre 0.75 y 0.91 según el Alpha de Cronbach (Cava et al., 2007).

Procedimiento de recolección de datos

Para el inicio del presente estudio primero se solicitó la autorización del Comité de Ética en Investigación de la institución educativa. Posteriormente se solicitó la autorización en las instituciones educativas participantes para la realización del estudio.

Una vez autorizada, se contactó a los estudiantes del listado proporcionado por las instituciones para explicar el objetivo de investigación, el consentimiento informado y la obtención de datos, se les mencionó que la información recabada sería confidencial y anónima, indicando que aquellos que no decidieran participar tenían total libertad de abandonar el estudio si así lo deseaban.

Se le solicitó a cada estudiante que aceptó participar que por favor llenará y firmará la información del consentimiento informado, posteriormente se procedió a las instrucciones para

responder el instrumento, al terminar de responder se les pidió que lo entregarán y poner atención a cada pregunta, se les brindó el instrumento y consentimiento en un sobre amarillo para guardar la confidencialidad en cada estudiante, depositándolo al finalizar en una urna para no saber el orden en que lo depositó.

Al concluir, se les agradeció a los estudiantes y a la institución por dejarnos realizar la investigación en los estudiantes universitarios.

Consideraciones éticas

El estudio se concentró en el Reglamento de la Ley General de Salud, para la realización se tomaron en cuenta aspectos éticos que garantizaron:

La libertad y bienestar de los estudiantes de la investigación, se consideró en el Capítulo I en el Artículo 13 debido a que en la investigación de estudio prevaleció el respeto a la honestidad, y la lealtad en la protección de cada uno de sus derechos, con un trato justo y armonioso a los estudiantes, respetando su área de trabajo, y a la institución.

Referente al Artículo 16 que establece la protección de la privacidad del participante, se consideró no llamar al participante por su nombre para proteger su anonimato y confidencialidad. Así mismo, los instrumentos fueron anónimos y se respondieron de manera individual.

En base al Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró sin riesgo, ya que para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario que no produce ningún riesgo al participante.

En relación con el Artículo 20, 21, Fracción I, VI, VII, VIII, Artículo 22, Fracciones I y II, el consentimiento informado consistió en un acuerdo por escrito, realizado por los investigadores y aprobado por la Comisión de Ética en Investigación y por la institución educativa participante. Los investigadores brindaron información clara y suficiente al participante, se mencionó el objetivo y procedimientos a realizar, además se le explicó al participante en el estudio, que tendría la libertad de retirarse cuando lo decida. También se le mencionó que los datos obtenidos se utilizarán en forma

confidencial.

Con relación al Capítulo V, Artículo 57 y 58, Fracción I y II, los resultados de la investigación no fueron utilizados en perjuicio del estudiante participante, ni se vieron afectados en su situación académica, se respetaron los hallazgos de los acontecimientos de la investigación, se guardó la confidencialidad de las personas participantes.

Análisis de datos

Para el análisis de datos la información de la escala de Victimización en la Escuela, fueron capturados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Se utilizó la estadística descriptiva para dar cumplimiento al objetivo general del estudio que fue identificar la presencia de acoso escolar en estudiantes, se obtuvo una sumatoria general de la escala y se analizaron las medidas de tendencia central y dispersión. Para responder al objetivo específico uno que fue conocer la prevalencia del bullying o acoso escolar en cuanto al sexo en los estudiantes y objetivo específico dos que fue conocer la prevalencia del acoso escolar en cuanto a la edad, se obtuvieron puntajes totales y se presentan los datos en tablas de contingencia.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados del estudio realizado en 70 estudiantes de la Institución Universitaria, primero se presenta la tabla de los datos sociodemográficos, después las dimensiones que son: violencia física, violencia real, violencia virtual, y por último análisis y frecuencia, para dar respuesta a los resultados obtenidos en el estudio.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la población de estudio
Nota: $n = 70$

| Variable | f | % |
|-----------------|----|------|
| Sexo | | |
| Femenino | 46 | 65.7 |
| Masculino | 24 | 34.3 |
| Edad | | |
| 18-24 | 63 | 90 |
| 25+ | 7 | 10 |
| Semestre | | |
| 5to | 36 | 51.4 |
| 6to | 34 | 48.6 |

De acuerdo con los resultados de la tabla 1, se encontró que el 65.7% corresponde al sexo femenino, y un 34.3% al sexo masculino, predominando un 90% entre el rango de edad de 18-24 y un 10% a la edad de 25+, en cuanto al semestre estudiantes indicaron un 51.4% a los del semestre de 5to, y un 48.6% al semestre de 6to.

Tabla 2

Presencia de Bullying por facultad y sexo de los participantes

| | Población | | Presencia de bullying | |
|------------------------|-----------|------|-----------------------|-------|
| | f | % | f | % |
| Facultad de enfermería | 36 | 51.4 | 16 | 11.22 |
| Femenino | 28 | 77.8 | 9 | 6.74 |
| Masculino | 8 | 22.2 | 7 | 4.48 |
| Facultad de derecho | 34 | 48.6 | 15 | 10.58 |
| Femenino | 18 | 52.9 | 11 | 7.86 |
| Masculino | 16 | 47.1 | 4 | 2.72 |

Nota: $n = 70$

En la Tabla 2, muestra los resultados referentes a la presencia de Bullying en las

instituciones donde se realizó el estudio, donde los datos a destacar es que en la un 21.8% de los estudiantes han sufrido bullying de cualquier tipo (físico, real o virtual), donde en la facultad de enfermería es más común entre mujeres, donde un 6.74% de las encuestadas lo ha sufrido, y de igual manera en la facultad de derecho predomina el Bullying entre mujeres con un 7.86%.

En la tabla 3 se observa con un porcentaje del 1.4% donde aseguran que algún compañero les ha pegado y con otro 1.4% algún compañero los ha robado, por parte de los estudiantes universitarios. Un 80% indica que nunca han sido víctimas de esta violencia física.

Tabla 3

Porcentaje de respuestas relacionadas con la dimensión violencia física en los participantes

| variable | Nunca | | Pocas veces | | Muchas veces | | Siempre | |
|---------------------------------------|-------|------|-------------|------|--------------|-----|---------|-----|
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Algún compañero me ha pegado | 63 | 90 | 6 | 8.6 | 0 | 0 | 1 | 1.4 |
| Algún compañero me ha amenazado | 55 | 78.6 | 10 | 14.3 | 5 | 7.1 | 0 | 0 |
| Algún compañero me ha robado | 49 | 70 | 16 | 22.9 | 4 | 5.7 | 1 | 1.4 |
| Algún compañero me ha dado una paliza | 59 | 84.3 | 9 | 12.9 | 2 | 2.9 | 0 | 0 |

Nota: $n = 70$

Respecto a la dimensión de la violencia real se encuentra como mayor porcentaje 5.7% los estudiantes aseguran que algún compañero ha contado rumores sobre ellos y los ha criticado a sus espaldas, seguido con un 4.3% aseguran que algún compañero ha contado mentiras de ellos y finalmente con 2.9% algún compañero se ha enfadado con ellos y los ha apartado del grupo de amigos e ignorado.

siempre lo ha sufrido.

Un total de 65 % demuestra que los estudiantes nunca han sido víctimas de violencia real y el 1.9%

Tabla 4

Porcentaje de respuestas de la dimensión violencia real de los participantes

| | Nunca | | Pocas veces | | Muchas veces | | Siempre | |
|--|-------|------|-------------|------|--------------|------|---------|-----|
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Algún compañero ha contado mentiras de mi | 43 | 61.4 | 20 | 28.6 | 4 | 5.7 | 3 | 4.3 |
| Cuando algún compañero se ha enfadado conmigo me ha apartado de mi grupo de amigos | 47 | 67.1 | 19 | 27.1 | 2 | 2.9 | 2 | 2.9 |
| Algún compañero me ha ignorado | 39 | 55.7 | 22 | 31.4 | 7 | 10 | 2 | 2.9 |
| Cuando algún compañero se ha enfadado conmigo me ha tratado con indiferencia | 43 | 61.4 | 22 | 31.4 | 4 | 5.7 | 1 | 1.4 |
| Algún compañero me ha amenazado | 55 | 78.6 | 10 | 14.3 | 5 | 7.1 | 0 | 0 |
| Algún compañero me ha tratado con indiferencia o me ha dejado de lado para conseguir lo que él quiere | 46 | 65.7 | 22 | 31.4 | 2 | 2.9 | 0 | 0 |
| Algún compañero ha contado rumores sobre mi y me ha criticado a mis espaldas | 38 | 54.3 | 22 | 31.4 | 6 | 8.6 | 4 | 5.7 |
| Algún compañero me ha tratado con indiferencia o me ha dejado de lado a propósito para que me sienta mal | 46 | 65.7 | 22 | 31.4 | 2 | 2.9 | 0 | 0 |
| Algún compañero ha compartido mis secretos con otros | 44 | 62.9 | 18 | 25.7 | 8 | 11.4 | 0 | 0 |
| Algún compañero me ha acusado de algo que yo no he hecho | 47 | 67.1 | 20 | 28.6 | 2 | 2.9 | 1 | 1.4 |
| Algún compañero le ha dicho a los demás que no sean mis amigos | 53 | 75.7 | 14 | 20 | 2 | 2.9 | 1 | 1.4 |

Nota: n = 70

Respecto a la tabla 5 de las preguntas de violencia virtual, se identificó que el 1.4% de los estudiantes ha tenido algún compañero que se ha metido con ellos y un 1.4% algún compañero los ha insultado, sin embargo, un 2.9% refiere que algún

compañero los ha despreciado o humillado. Se obtuvo un total del 67.7% donde refieren que nunca han sufrido de violencia virtual, y con un 4.8% indicó que muchas veces han sido víctimas.

Tabla 5

Porcentaje de preguntas relacionadas con la dimensión violencia virtual de la población de estudio

| Violencia Virtual | Nunca | | Pocas veces | | Muchas veces | | Siempre | |
|--|-------|------|-------------|------|--------------|------|---------|-----|
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Algún compañero se ha metido conmigo | 48 | 68.6 | 17 | 24.3 | 4 | 5.7 | 1 | 1.4 |
| Algún compañero me ha insultado | 41 | 58.6 | 21 | 30.0 | 7 | 10.0 | 1 | 1.4 |
| Algún compañero se ha burlado de mi para fastidiarme | 43 | 61.4 | 22 | 31.4 | 2 | 7.1 | 0 | 0 |
| Algún compañero se ha metido con mi familia | 56 | 80.0 | 12 | 17.1 | 2 | 2.9 | 0 | 0 |
| Algún compañero me ha despreciado o humillado | 49 | 70.0 | 17 | 24.3 | 2 | 2.9 | 2 | 2.9 |

Nota: n = 70

En la tabla 6 se muestra como en uno de los resultados domina más la respuesta en un compañero/a especialmente en base a responder el

instrumento con el 68.6% y la frecuencia con la que ha ocurrido la presencia de bullying en las instituciones universitarias con el 55.7%.

Tabla 6

Porcentaje de lo piensa el participante al momento de responder el cuestionario

| Ítem | f | % |
|---|----|------|
| En quien estabas pensando al responder las preguntas | 48 | 68.6 |
| En un compañero/a especialmente | 5 | 7.1 |
| En un compañero/a especialmente, acompañado de un grupo de amigos/as que le apoyan | 8 | 11.4 |
| En varios compañeros/as que son un grupo de amigos en varios compañeros/as que no son amigos entre sí | 9 | 12.9 |
| Con que frecuencia te ha ocurrido Nunca me han pasado esas cosas | 39 | 55.7 |
| Solo me han pasado 1 o 2 veces en el curso | 23 | 32.9 |
| Me han pasado 1 o 2 veces durante varios meses | 3 | 4.3 |
| Me han pasado 1 o 2 veces a la semana durante varios meses | 5 | 7.1 |

Nota. N = 70

DISCUSIÓN

Después de haber finalizado con el estudio del bullying en estudiantes universitarios en las instituciones educativas se encuentra que el 1.4% indicó que algún compañero le ha pegado y robado, mientras que en el estudio de López (2017) se reportó que solo el 0.2% había recibido golpes. Así mismo, se reporta que el 32.9 % de los estudiantes ha sufrido este tipo de situaciones de violencia 1 o 2 veces durante el curso contrastando con lo reportado por el autor López en su estudio de 2017 reportando que 59.6% de los estudiantes han sufrido estas situaciones de violencia a lo largo del curso. Así mismo, es importante destacar que en el presente estudio un 80% de los estudiantes nunca han sido víctimas de violencia física y un 67.7% de los estudiantes refieren nunca haber sufrido violencia virtual.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio se concluye que la distribución de los estudiantes de 5to semestre de la Facultad de Enfermería fue de 51.4%, en cuanto al 6to semestre de la Facultad de Derecho el 48%. Un 65.7% de los participantes son del sexo femenino y la edad que predomina es de 18-24 años (90 %).

Se observó que un 1.4% de los participantes presentó violencia física, en cuanto a violencia real

5.7% los estudiantes aseguran que "algún compañero ha contado rumores sobre mí y me ha criticado a mis espaldas", seguido con un 4.3% aseguran que "algún compañero ha contado mentiras de mí" y finalmente con 2.9% "algún compañero se ha enfadado conmigo me ha apartado de mi grupo de amigos y me ha ignorado."

En la violencia virtual se presentó el 1.4% que han tenido algún compañero se ha metido conmigo, y por otro lado un 1.4% algún compañero me ha insultado, sin embargo, con un 2.9% restante algún compañero me ha despreciado o humillado. Un 68.6% señaló que pensó en un compañero especialmente y el 55.7% refirió nunca haber pasado por esas cosas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la institución educativa poder realizar con frecuencia exposición con los estudiantes donde promuevan temas referentes al control y manejo de las emociones, así como campañas de permanencia en el semestre sobre el tema de Bullying y su impacto emocional en ellos estudiantes, contar con un departamento de orientación emocional donde los estudiantes tengan la total confianza de acercarse a poder reportar si están siendo víctimas de bullying y poder garantizar la oportuna y pronta intervención en la situación.

REFERENCIAS

- Adams F., Lawewnce G., (2011). Bullying Victims: The Effects Last Into College. JSTOR. Berger C., Rodkin F. (2009). Víctimas masculinas y femeninas de agresores masculinos:
- Bernardo A. B., Tuero E., Cervero A. Dobarro A., Galve- González C., (2020). Acoso y ciberacoso: Variables de influencia en el abandono universitario. CNEIP.
- Cilliessen A. (2009). Asociaciones de aceptación de pares y popularidad percibida con acoso y victimización en la adolescencia temprana. SAGE journals.
- Cobo P., Tello R. (2008). Bullying en México: conducta violenta en niños y adolescentes. Diferencias de estatus social por género y fuente de información. Springer Link.
- Gómez N, A. (2013). Bullying: El poder de la violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y víctimas en escuelas primarias de Colima. Revista mexicana de una investigación educativa, 18(58),839-870. Recuperado en 23 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662013000300008&lng=es&tln=es.
- Grupo Lisis (2016). Instrumentos y Fichas 2013-2016. <https://lisis.blogs.uv.es/instrumentos-2013-2016/>.
- Hernández C.A., Jiménez M. y Guadarrama E, (2015). La percepción del hostigamiento y acoso sexual en mujeres

- estudiantes en dos instituciones de educación superior. ANUIES.
- Herrera-López M., Romera E., Ortega- Ruiz R. (2017) Bullying y cyberbullying en Colombia; coocurrencia en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- López Pérez M. (2017). Acoso escolar y cibernético en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Educación* N°15.
- Musalem R. B, Castro P. (2014). QUE SE SABE DEL BULLYING. *Rev Med. Clinic. Condes*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500005X>
- Olweus D. (1998). *Conductas de acoso y amenazas entre escolares*. Madrid: Morata.
- Pleitez, M. Á. (2019). Diagnóstico de bullying en escuelas focalizadas del municipio de Santa Ana. *Conocimiento Educativo*.
- Romero P. A, Plata S. J. (2014). *Acoso Escolar En Universidades*. Enseñanza e Investigación en Psicología
- Salmivalli C., (2010) *Bullying and the peer group: A review*. Elsevier
- Slee, P. y Rigby, K. (1993). The relationship of Eysenck's personality factors and self-esteem in schoolboys. *Personality and individual differences*,
- Vega J. I., Ciscneros E. J., (2021). Bullying en Universitarios y Salud Mental: La importancia de la frecuencia y el desbalance de poder. <https://www.researchgate.net/>.

CAPÍTULO 8

USO DE ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Dr. Gerónimo Esequiel Luna Salazar, Dra. María Guadalupe Martínez Márquez, *Estudiantes*;
Angela Paola Castillo Medina, Valeria Michelle Espinosa Moreno.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio fue describir las estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes universitarios de enfermería. **Metodología:** se llevó a cabo un estudio descriptivo con estudiantes que cursan el 8° semestre durante el periodo enero-junio 2022, la muestra estuvo conformada por 50 estudiantes El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia se empleó el instrumento "Uso de estrategias de aprendizaje" de Amaya y Prado. **Resultados;** predominaron las mujeres con un 84%, las estrategias de aprendizaje más popularmente seleccionadas por los estudiantes es la de "Afectivas y Ambientales" con una media 87, esto quiere usan su aprendizaje como su propia motivación, la siguiente estrategia es la "pragmática" con una media de 85 es decir usan su aprendizaje como una práctica. La estrategia menos utilizada fue "Uso de experiencias anteriores" con una media de 71, esto indica evitan comparar los temas antes vistos, con nuevos aprendizajes. **Conclusiones:** En estas nuevas metodologías, la responsabilidad de planear, organizar y transformar el conocimiento es compartida por el facilitador y el estudiante, pero es a este último a quien se le ofrece la libertad de manifestar sus características personales y las preferencias en los métodos, técnicas o estrategias que utiliza para llegar a una verdadera asimilación, acomodamiento y consolidación del saber, y no sólo a una simple reproducción fugaz del contenido que pretendía asimilar.

Palabras clave: Estrategia de enseñanza, aprendizaje, universitario

INTRODUCCIÓN

Una de las tendencias educativas actuales más destacadas es la adopción y puesta en práctica de metodologías bajo las cuales el estudiante toma el rol principal de su proceso de aprendizaje, en las que enfoque está destinado a la adquisición de competencias y centradas en su aprendizaje, contraponiéndose directamente a los modelos de enseñanza tradicionales donde el profesor es protagonista del proceso de adquisición de conocimientos y la libertad de cátedra se antepone a la participación de los estudiantes. En estas nuevas metodologías, la responsabilidad de planear, organizar y transformar el conocimiento es compartida por el facilitador y el estudiante, pero es a este último a quien se le ofrece la libertad de manifestar sus características personales y las preferencias en los métodos, técnicas o estrategias que utiliza para llegar a una verdadera asimilación,

acomodamiento y consolidación del saber, y no sólo a una simple reproducción fugaz del contenido que pretendía asimilar (Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], 2015).

Como elemento trascendental de la metodología centrada en el estudiante, las estrategias de aprendizaje juegan un papel fundamental para procurar procesos más eficientes. Gargallo Et al. (2007) definen las Estrategias de Aprendizaje como un "conjunto organizado, consciente e intencional de lo que hace el estudiante para lograr con eficacia el objetivo de aprender en un contexto social dado". En los últimos años, éstas se han identificado como una de las líneas de investigación más notables y fructíferas dentro del ámbito educativo universitario, pues los docentes que buscan desarrollar propuestas curriculares innovadoras coinciden en reconocer el valor de promover un proceso autónomo, crítico y reflexivo en el aprendizaje de sus estudiantes (Aizpurua, 2018; Pegalajar, 2014).

La UANL (2015) afirma que, a pesar de tratarse de un proceso que corresponde relativamente al estudiante, la puesta en práctica del mismo para adquirir y hacer uso de estrategias de aprendizaje debe estar basado en las características del estudiantado y debe ser diseñada y facilitada por el docente, quien posee un profundo conocimiento al área disciplinar específica a aprender y cuáles serían las estrategias más adecuadas para emplear en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Por otro lado, es de relevante importancia que se instruya a los estudiantes respecto al conveniente y adecuado uso de las estrategias, es decir, enseñarles a aprender, no con el fin de alterar sus preferencias, sino de potencializar el nivel de eficiencia al emplear dichos recursos, y en consecuencia mejorar su rendimiento académico, robustecer sus capacidades intelectuales, fomentar el desarrollo de un rol más activo durante el proceso y así alcanzar el aprendizaje significativo (Gargallo, Campos & Almerich, 2016; Pérez & Roys, 2018.; Piovano, 2018; Roys, 2018).

La importancia de este trabajo es que permite conocer el uso y la aplicabilidad de las estrategias de aprendizaje que los estudiantes emplean en el proceso de formación universitaria, y a partir de los resultados, generar alternativas que faciliten el desarrollo de las estrategias de aprendizaje por parte de los profesores y los mismos estudiantes, contribuyendo a que el proceso de formación sea realmente significativo con respecto a la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos basados en las 10 estrategias de aprendizaje propuestas por Amaya y Prado (2014) que permitan responder a la pregunta ¿Cuáles son las estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes universitarios de Enfermería?

Marco de Referencia

En el presente apartado se sustenta teóricamente el concepto de estrategias de aprendizaje en base a la obra de los autores Amaya y Prado (2014). Fundamentalmente, las estrategias de aprendizaje las definen como actividades u operaciones mentales que realiza el estudiante para mejorar el aprendizaje, siendo su aplicación de naturaleza intencional y considerada de utilidad para

el procesamiento, organización, retención y recuperación del material informativo. Por otra parte, el aprendizaje lo definen como el proceso de adquisición de un nuevo conocimiento o habilidad, existiendo una necesidad de propiciar su manifestación en situaciones futuras para ser considerado significativo. Los autores proponen la siguiente clasificación de las estrategias:

- Afectivas y ambientales: El alumno toma en cuenta el ambiente para optimizar el estudio. Además, es consciente de los aspectos sociales y afectivos que influyen en el aprendizaje.

- Análisis: El alumno identifica los elementos esenciales para dar sentido al todo del conocimiento.

- Implementación: El alumno utiliza acciones concretas durante la adquisición del conocimiento: subraya, dibuja, realiza esquemas, etc.

-Integración: Al enfrentarse a un conocimiento nuevo, el alumno trata de integrarlo. Ve los diferentes elementos del conocimiento como un todo, en forma organizada y relacionada.

- Memoria: El alumno utiliza algunas estrategias mnemotécnicas para que el conocimiento sea permanente.

- Metacognitivas: El alumno regula y autoevalúa su propio proceso de aprendizaje. Identifica las habilidades óptimas para el aprendizaje y constantemente las está evaluando para su efectividad.

- Organización y clasificación: El alumno busca organizar el conocimiento nuevo en forma lógica. Clasifica información y la plasma en esquemas, cuadros sinópticos y mapas conceptuales.

- Personalización: El alumno transforma el conocimiento y lo interioriza. Proyecta el aprendizaje en forma personal, con creatividad; no se repite, se asimila y explica con palabras propias.

- Pragmáticas: El alumno siempre busca la utilidad del conocimiento nuevo.

- Uso de las experiencias anteriores: El alumno constantemente hace referencia al nuevo conocimiento con las experiencias y/o conocimientos pasados y los relacionan.

Estudios relacionados

Freiberg, Ledesma, y Fernández (2017) en su artículo “Estilos y Estrategias De Aprendizaje En Estudiantes Universitarios De Buenos Aires”, señalan que las estrategias de aprendizaje identifican y describen la selección que los estudiantes hacen durante sus actividades de aprendizaje de los medios que les permitan la asimilación y acomodamiento exitoso del nuevo conocimiento respecto al ya existente. Participaron 438 estudiantes universitarios de diversas carreras con edades de entre 19 y 36 años de los cuales 59.8% fueron hombres y 40.2% mujeres. Las Estrategias de Aprendizaje fueron evaluadas con el instrumento “Inventario de Estrategias de Aprendizaje y Estudio” que arrojó un alfa de Cronbach igual a 0,75. El diseño del estudio fue transversal, correlacional. En los resultados encontraron diferencias por sexo en la Estrategia Pragmática con una media de 1.96, (DE 1.22) para hombres mientras que para mujeres una media de 1.56, (DE 1.10).

Vera, Poblete y Díaz (2018) en su investigación “Percepción de estrategias y estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios de primer año” estudiaron una muestra de 147 sujetos con el objetivo de identificar las estrategias de aprendizaje más empleadas por los estudiantes de este nivel, respecto al sexo, edad y procedencia. Para el estudio aplicaron un método deductivo con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, transversal y de campo. Emplearon un tipo de muestreo no probabilístico por selección intencionada constituida por 49% hombres y 51% mujeres y con edades de 17 a 30 años. Para la recolección de datos emplearon en Cuestionario de Evaluación de las Estrategias de Aprendizaje de Estudiantes Universitarios de Gargallo et al. (2009) que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.87. Como resultados encontraron que los puntajes más altos se ubican en las estrategias metacognitiva de control y autorregulación (M=23,6, DE=3,20), otra estrategia que también es empleada con frecuencia es la referida a las habilidades de interacción social y aprendizaje con compañeros (M=22,8, DE=4,66), que contempla el trabajo en equipo y la interacción colaborativa con sus pares. Referente a las estrategias de la escala

correspondiente al procesamiento de la información las de mayor puntaje se encuentran en la organización (M=18,1, DE=4,89) y personalización, creatividad y pensamiento crítico (M=18,5, DE=3,87).

Daisi, Auchter y Sánchez (2019) en su estudio “Estilos de aprendizaje en estudiantes de los últimos años de la carrera de la licenciatura en enfermería”, desarrollaron un estudio de investigación cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. Dicho estudio tuvo por muestra 80 de los estudiantes de la carrera de Enfermería en la Universidad Nacional del Nordeste, en donde el 50% eran de cuarto y el otro 50% de quinto año, se empleó el cuestionario Honey-Alonso CHAEA diseñado para identificar los estilos de aprendizaje.

Dentro del Grupo seleccionado, el 67% (54) eran personas de sexo femenino y el 33% (26) del sexo masculino. Refiriéndose al rango de edad este se encontraba entre 21 y 43 años. El estilo de aprendizaje de los estudiantes del segundo ciclo de la Licenciatura en Enfermería mostró que en un 44% se prefería el reflexivo, en un 28% el teórico, en el 21% era activo y el 8% más eficiente.

Herrera, et.al. (2017), realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la satisfacción de los estudiantes con un plan de acciones dirigido a mejorar sus estrategias de aprendizaje autónomo, se desarrolló un estudio pre-experimental, donde se trabajó con toda la población, compuesta por 33 estudiantes del primer semestre de la carrera de Enfermería, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador, durante el período académico octubre 2015-febrero 2016. Dicho estudio utilizó el método Delphi, para validar el cuestionario aplicado y el diseño del plan de acciones. La aplicación de la técnica de ladov sirvió para determinar los índices de satisfacción grupal e individual de los estudiantes en relación con el plan de acciones ejecutado.

Dentro de los resultados identificados se logró observar que, el 93.94 % respondió que sí le gusta estudiar, pero la mayoría consideró no estar preparado para asumir su propio aprendizaje. Solo el 30.30 % de los individuos investigados ingresó a la carrera de Enfermería guiado por la vocación. A su vez se identificaron deficiencias relativas a hábitos y técnicas de auto aprendizaje relacionadas con la

lectura, la planificación, los procedimientos, la profundidad de análisis de los tópicos y el trabajo grupal. El índice de satisfacción grupal quedó en la categoría satisfactorio, mientras que en el individual prevaleció la de clara satisfacción.

Jerónimo (2020), desarrollo un estudio de investigación que tuvo como objetivo de identificar las estrategias de aprendizaje que aplican los estudiantes de grado y posgrado en educación. La muestra estuvo conformada por 534 estudiantes universitarios, 265 hombres (49,6%) y 269 mujeres (50,4%). Se realizó un análisis estadístico de tendencia central media, desviación- estándar y varianza.

Los resultados que se presentaron fueron superiores a la media (valor 3.0 en la escala Likert) en la totalidad del instrumento. La media general del uso de estrategias es 3.74 en un rango posible de 1 a 5; el valor más bajo es 3.58 para la estrategia metacognitiva, y el más alto igual a 3.90 para las Estrategias de Control del Contexto, Interacción Social y Manejo de Recursos. Relativo al desarrollo de las estrategias en relación con el nivel académico.

Objetivos

Los objetivos planteados para la presente investigación son:

Objetivo general

Describir las Estrategias de Aprendizaje empleadas por estudiantes Universitarios de Enfermería.

Objetivo específico

Describir el uso de las Estrategias de Aprendizaje en estudiantes Universitarios de Enfermería por sexo.

Definición de términos

Las **estrategias de aprendizaje** son una secuencia de operaciones cognoscitivas y procedimentales para procesar información y aprenderla significativamente.

Sexo: La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, ya que el objetivo fue dar a conocer el uso de las diferentes estrategias de aprendizaje utilizadas por estudiantes universitarios de enfermería, detectar cuales son las de uso más frecuente (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Población, Muestra y Muestreo

La población del estudio estuvo conformada por estudiantes universitarios de una universidad pública de Enfermería ubicada en Monterrey, Nuevo León, México. Específicamente los estudiantes que cursan el 8° semestre durante el periodo enero-junio 2022. La muestra estuvo conformada por 50 estudiantes por disposición de la academia de investigación de la institución. El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia.

Instrumento de Medición

Para describir las estrategias de aprendizajes más utilizadas por los estudiantes seleccionados, se empleó el instrumento "Uso de estrategias de aprendizaje" de Amaya y Prado (2014). El instrumento consta de un total de 51 ítems que plantean preguntas referentes a las diez estrategias de aprendizaje que describen los autores: Integración (ítems 1, 2, 11 y 16), Implementación (4, 15, 19, 20 y 39), Personalización (5, 6, 9, 12, 23, 24, 25 y 35), Memoria (7, 8, 30, 31, 32 y 33), Análisis (3, 10 y 26), Uso de experiencias anteriores (13, 17 y 18), Pragmáticas (14, 21 y 22), Organización y Clasificación (27, 28, 29, 36, 37 y 40), Afectivas y Ambientales (34, 38, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 51), y Metacognitivas (41, 42, 43 y 44). Cada reactivo se contesta de acuerdo con una escala ordinal de cuatro elementos que corresponden a Nunca = 1, Poco = 2, Algo = 3 o Mucho = 4. El puntaje mínimo es 51 y el puntaje máximo 204.

Procedimiento de recolección de datos.

El procedimiento para la recolección de datos del presente proyecto fue sistemático, primeramente, se solicitó la autorización del Comité de Ética en

Investigación de la Facultad de Enfermería, posteriormente se solicitó a la Subdirección Académica de la Facultad el permiso de la Dirección de la Institución para iniciar la recolección de datos.

Posteriormente, el cuestionario fue aplicado de manera virtual, se solicitó autorización al docente designado por la Subdirección Académica para la recolección de datos dentro de su horario de clase, Esto se llevó a cabo vía Microsoft- Teams, mediante la aplicación Google Forms, creando un equipo correspondiente y dado a conocer a los participantes, se procuró que el horario fuese de su preferencia. Debido a que fue una investigación confidencial solo se identificaron por sexo. Al finalizar se les pidió la realización del porcentaje de sus respuestas enfocadas en las estrategias, se capturaron los datos en SPSS, y de igual manera se le agradeció a cada uno por su participación, asimismo, se les proporcionara un documento con el tríptico informativo sobre las Estrategias de Aprendizaje y la importancia de llevarlas a cabo acerca de las bondades de conocer el uso adecuado de las estrategias de aprendizaje.

Consideraciones éticas.

El presente estudio se realizó con apego a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) en su versión actualizada al 2014.

Visualizando el Capítulo I Disposiciones Comunes del Artículo 13.- Al momento de la implementación de esta investigación a toda persona que participe para la ejecución y colaboración de este, se le dará el trato digno y respetuoso en todo el proceso.

Artículo 14. - Fracción V: Conto con el consentimiento informado de todas las participaciones que se den en el proceso de la investigación Fracción VI: los procedimientos serán realizados por estudiantes de licenciatura en enfermería de séptimo semestre. Fracción VII el estudio se llevará a cabo posteriormente a la obtención de un dictamen favorable de El Comité de Ética en Investigación de la Facultad de enfermería.

Artículo 16.- Cada individuo que participa en

alguna investigación se debe proteger su privacidad, donde sólo los datos de identificación será el sexo ya sea masculino o femenino. Artículo 17, Fracción I, Investigación sin riesgo: Se le explico al participante que los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de cada uno de ellos

Artículo 20.- Entendemos por consentimiento informado un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en investigación, para lo cual se le brindó un conocimiento completo de la forma natural de procedimientos y riesgos a los que se aplicará, con la capacidad de libre elección sin imposición.

Artículo 21.- En este artículo para que el consentimiento informado se considera existente, el sujeto de investigación fue informado a tal grado que, este pudo comprender los siguientes aspectos: I. La justificación y los objetivos de la investigación; II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito; III. Las molestias o los riesgos esperados; IV. Los beneficios que puedan obtenerse; VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de cualquier procedimiento, riesgo, beneficio y otros asuntos relacionados con la investigación. VII. El sujeto tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios.

Artículo 22.- El consentimiento informado debe realizarse por escrito y este debe contener los siguientes requisitos: Será realizado por él investigador principal, indicando la información a que el artículo anterior se refiere el cumpliendo a los demás mandatos jurídicos aplicables.

Estrategia de análisis de datos.

Los datos fueron procesados electrónicamente a través del programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 23 para Windows ®. Se utilizó estadística descriptiva para analizar el uso de estrategias de aprendizaje que emplean los estudiantes de enfermería, para analizar

los datos y dar respuestas a los objetivos planteados para la presente investigación.

Para dar respuesta al primer objetivo que señala: Identificar las estrategias de aprendizaje empleadas por estudiantes de licenciatura en enfermería pertenecientes al octavo semestre, se presentaron los resultados a través medias aritméticas, desviaciones estándar y valores mínimos y máximos. Se obtuvo un puntaje resultado de la sumatoria de todos los reactivos que involucra cada una de las 10 estrategias, estos puntajes se presentan mediante medidas de tendencia central (media aritmética) así como medidas de variabilidad y posicionamiento (desviación estándar y valor mínimo, máximo).

Para dar respuesta al segundo objetivo que señala: Describir el uso de las estrategias de aprendizaje en estudiantes de licenciatura de enfermería por sexo, se utilizó estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central (media) así como medidas de variabilidad y posicionamiento (valor mínimo, máximo y desviación estándar) para cada grupo de variables analizado (hombres/mujeres).

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de los objetivos planeados en esta investigación. En primer lugar, se presenta las estadísticas descriptivas del primer objetivo general que especifica cual es la estrategia de aprendizaje que más utilizan los estudiantes de enfermería y como objetivo específico, explicar cuál es la estrategia de aprendizaje que más se utiliza en los ambos sexos tabla 1.

Las encuestas realizadas a los estudiantes de enfermería tenían 51 ítems a contestar. La cantidad de encuestados fueron de 50 participantes de los cuales predominaron las mujeres con un 84% las cuales equivalen a 42 participantes y el 16% restante fueron hombres equivalentes a 8 estudiantes masculinos.

Tabla 1

Porcentaje de estudiantes por sexo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 8 | 16.0 |
| Femenino | 42 | 84.0 |
| Total | 50 | 100 |

Para la resolución del objetivo se describen los diferentes tipos de estrategias de aprendizaje de manera general en los estudiantes encuestados (tabla 2), se muestra que la estrategia predominante que se utiliza en los estudiantes fue la de "Análisis" con una media del 84.16% y como segunda estrategia de aprendizaje que más se utiliza es la "Pragmática" con una media del 80%, posterior a la enfocar las más utilizadas, los estudiantes indicaron con sus resultados que la estrategia menos utilizada es la de "Uso de Experiencias Ambientales" con una media del 76.5% .

Tabla 2

Tabla general de estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios

| | Minino | Máximo | Media | DE |
|--------------------------------|--------|--------|-------|-------|
| Integración | 50.00 | 100.00 | 78.00 | 12.12 |
| Implementación | 45.00 | 100.00 | 80.80 | 12.13 |
| Personalización | 43.75 | 96.88 | 77.81 | 11.50 |
| Memoria | 62.50 | 100.00 | 83.00 | 9.21 |
| Análisis | 66.67 | 100.00 | 84.16 | 9.70 |
| Uso de Experiencias anteriores | 41.67 | 100.00 | 76.50 | 18.03 |
| Pragmáticas | 50.00 | 100.00 | 84.00 | 13.76 |
| Organización y Clasificación | 50.00 | 100.00 | 74.83 | 13.22 |
| Afectivas y ambientales | 55.56 | 100.00 | 83.94 | 10.42 |
| Metacognitivas | 50.00 | 100.00 | 78.37 | 12.51 |

Con respecto a la tabla 3 y 4 se muestran las estrategias de aprendizaje por sexo. En los resultados obtenidos en hombres, dónde obtuvimos varios porcentajes de cada estrategia, la más popularmente seleccionadas por los estudiantes de octavo semestre es la de "Afectivas y Ambientales" con una media de 87, esto quiere decir que los estudiantes de octavo semestre usan su aprendizaje como su propia motivación, la siguiente estrategia es

la "pragmática" con una selección media de 85, por lo tanto podemos detectar que los estudiantes de octavo semestre usan su aprendizaje como una práctica. La estrategia menos utilizada fue "Uso de experiencias anteriores" con una media de 71, esto indica evitan comparar los temas antes vistos, con nuevos aprendizajes

Tabla 3

Estrategias De Aprendizaje para el sexo femenino

| | Mínimo | Máximo | Media | DE |
|------------------------------|--------|--------|-------|------|
| Integración | 50.00 | 100.00 | 77.97 | 11.3 |
| Implementación | 45.00 | 100.00 | 80.59 | 12.1 |
| Personalización | 43.75 | 96.88 | 78.05 | 11.5 |
| Memoria | 66.67 | 100.00 | 83.33 | 8.63 |
| Análisis | 66.67 | 100.00 | 83.92 | 10.1 |
| Experiencias Anteriores | 41.67 | 100.00 | 77.38 | 16.2 |
| Pragmáticas | 50.00 | 100.00 | 84.12 | 13.3 |
| Organización y Clasificación | 50.00 | 100.00 | 74.50 | 12.2 |
| Afectivas y ambientales | 55.56 | 100.00 | 83.20 | 10.3 |
| Metacognitivas | 50.00 | 100.00 | 78.57 | 11.9 |

Para finalizar con las tablas de resultados, se obtuvo un porcentaje de 84% en la estrategia de aprendizaje "pragmáticas" siendo la más seleccionada por los estudiantes de octavo semestre como la estrategia de aprendizaje mayormente utilizada, también, fue detectada la estrategia de aprendizaje "Análisis" con una media de 83%, este porcentaje quiere decir que los estudiantes se guían por medio de libros y/o anotaciones propias.

Una de las estrategias de aprendizaje menos seleccionadas es la "Organización y Clasificación" dando una media de 74%, lo que nos dice que los estudiantes de octavo semestre no planifican su forma de estudio de manera organizada.

Tabla 4

Estrategias de aprendizaje para el sexo masculino

| | Mínimo | Máximo | Media | DE |
|--------------------------------|--------|--------|-------|-------|
| Integración | 50.00 | 100.00 | 78.12 | 16.70 |
| Implementación | 65.00 | 100.00 | 81.87 | 12.79 |
| Personalización | 62.50 | 90.63 | 76.56 | 11.92 |
| Memoria | 62.50 | 100.00 | 81.25 | 12.40 |
| Análisis | 75.00 | 100.00 | 85.41 | 7.38 |
| Uso de Experiencias Anteriores | 41.67 | 100.00 | 71.87 | 26.32 |
| Pragmáticas | 50.00 | 100.00 | 83.33 | 16.66 |
| Organización y Clasificación | 54.17 | 95.83 | 76.56 | 18.62 |
| Afectivas y Ambientales | 69.44 | 100.00 | 87.84 | 10.38 |
| Metacognitivas | 50.00 | 100.00 | 77.34 | 15.99 |

DISCUSIÓN

Debido a que el objetivo de la presente investigación consistió en identificar el tipo de estrategias más utilizadas por estudiantes de enfermería, en la cual se identificó la priorización de las estrategias de Análisis con una media de 84.16% y las Pragmáticas con una media de 84.00%, comparando los resultados obtenidos con los autores (Daisi, Auchter y Sánchez. 2019) se puede señalar que se observa un aumento en el Análisis de la media 84.00 y 28% respectivamente, por lo que puede concluir que los estudiantes en general utilizan en menor medida la estrategia de Análisis.

De acuerdo al objetivo específico de la investigación, el cual se centra en describir las estrategias de aprendizaje más utilizadas de acuerdo al sexo, se identificó que dentro de las variables sociodemográficas la mayoría de los estudiantes prevalece el sexo femenino con una media de 42%, lo que coincide con lo obtenido por Daisi, Auchter y

Sánchez. 2019; Jerónimo 2020; Vera, Poblete y Díaz 2018, donde este prevalece con un 51%, 50,4% y 67% respectivamente. Por otro lado esto difiere con lo obtenido por Freiberg, Ledesma, y Fernández 2017 quienes señalan que el sexo masculino predomina con una frecuencia de 59.8% por 40.2% de sexo femenino. Por lo que se puede concluir que al ser enfermería una carrera en donde predomina la presencia de las mujeres los resultados en los estudios relacionados concuerdan en el mayor porcentaje de sexo femenino.

Después de observar los resultados generales por sexo, compararemos que estrategia es la más utilizada por los sexos femenino y masculino, se tiene que el sexo femenino prioriza la estrategia de aprendizaje Pragmáticas con una media de 84.12%, respecto al sexo masculino se obtuvo que la estrategia de aprendizaje empleada con más frecuencia es la de Afectivas y ambientales con una media de 87.84%, y por otro lado la menos utilizada por ambos sexos masculino y femenino es la estrategia de Uso de Experiencias Anteriores con una media de 76.50% por parte del sexo femenino y una media de 71.87% por parte del sexo masculino.

Estos resultados obtenidos por sexo difieren delo citado por Freiberg, Ledesma, y Fernández, 2017 y Vera, Poblete y Díaz, 2018, ya que en sus

investigaciones mencionan que las estrategias priorizadas por el sexo femenino es la de Organización con una media de 19.03%, y la menos priorizada es la estrategia de pragmáticas con una media de 1.56%, para el sexo masculino prevalecen las estrategias de aprendizaje Pragmática y de Memoria con una media de 1.96% y 6.13% respectivamente.

CONCLUSIÓN

Se logró observar que las estrategias de aprendizaje son actividades que facilitan el aprendizaje de los estudiantes universitarios de enfermería, por lo que es de vital importancia que las instituciones formadoras del recurso humano de Enfermería conozcan y reconozcan las formas en que sus estudiantes aprenden, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad en la práctica docente que facilite el acceso al conocimiento de los mismos y esto les brinde una mayor probabilidad de éxito en su formación profesional. Se pretende, que la presente investigación sea el parteaguas de futuras investigaciones relacionadas con la forma de aprender de los estudiantes de enfermería con el fin de tratar de estandarizar el proceso de enseñanza aprendizaje en esta área disciplinar.

REFERENCIAS

- Aizpurua, A., Lizaso, I. & Iturbe, I. (2018). Estrategias de aprendizaje y habilidades de razonamiento de estudiantes universitarios. *Revista de Psicodidáctica*, 23(2), pp. 110-116.
- Daisi, M., Auchter, M. & Sánchez, L. (2019). ESTILOS DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE LOS ULTIMOS AÑOS DE LA CARRERA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. Libro de Artículos Científicos en Salud 2019, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste.
- Freiberg H. A., Ledesma H. & Fernández L. M. (2017). Estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes universitarios de Buenos Aires, *Revista de Psicología* Vol. 35: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472017000200005
- Gargallo, B., Suárez, J. & F. Alicia. (2007). ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE Y RENDIMIENTO ACADEMICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Revista de investigación educativa*, 25(2), 421-441.
- Hernandez, R., Fernandez, C. & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. EditorialMc Graw Hill/Interamericana Editores, México.

- Herrera, Y., Valdivia, P., Zagalas, M. & Alonso, S. (2017) Plan de acciones dirigido a las estrategias de auto aprendizaje en estudiantes de primer semestre de Enfermería. *Educación médica superior*, 31(4).
- Janicas R. & Narchi NZ. (2019) Evaluación del aprendizaje de estudiantes de enfermería utilizando escenarios realísticos con y sin debriefing: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100369&script=sci_arttext&tlng=es
- Jerónimo, L., Yániz E. & Cárcamo, C. (2020). Estrategias de aprendizaje de estudiantes colombianos de grado y posgrado. *magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 13, 1-20.: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/MAGIS/article/view/28323>
- Marian, D., Auchter, M. C., & L. I, S. (2019). Estilos de aprendizaje en estudiantes de los últimos años de la carrera de la licenciatura en enfermería. Año 2019. Libro de Artículos Científicos en Salud. https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2020/10/2019_007.pdf
- Méndez, Z. A. & Gutiérrez, R. D. (2016). Estrategias de enseñanza y aprendizaje. Una mirada desde diferentes niveles educativos. Editorial: Red Durango de Investigadores Educativos A. C.: <https://redie.mx/librosyrevistas/libros/actoyproc9.pdf>
- Moreno M., Prado E., & García, D. (2013). Percepción del ambiente de aprendizaje en la primera práctica clínica por los estudiantes de la licenciatura de enfermería <http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/bitstream/handle/unison/963/garciavindiolalizabethguadalupel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pegalajar, M. (2016). Estrategias de aprendizaje en alumnado universitario para la formación presencial y semipresencial. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 659-676
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987. Texto vigente, última reforma publicada DOF 02-04-2014.
- Roque H., Valdivia M., Zagalas S. & Alonso G. (2017). Plan de acciones dirigido a las estrategias de auto aprendizaje en estudiantes de primer semestre de Enfermería: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400015
- Roys, J. & Pérez, Á. (2018). Vista de Estrategias de aprendizaje significativo en estudiantes de Educación Superior y su asociación con logros académicos. Universidad de Jaén: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/3570/3102>
- Vera, A., Poblete, S. & Díaz, C. (2019). Percepción de estrategias y estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios de primer año. *Revista cubana de educación superior*,

CAPÍTULO 9

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Dra. María Guadalupe Martínez Márquez, *estudiantes*; Leslie Abigail Patiño Reyna, Alejandra Reyes Chávez, Alonso Emmanuel Robledo Ruiz, Juan José Urdiales Rodríguez.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción. Las estrategias de enseñanza que se utilizan en las prácticas clínicas son fundamentales para que los estudiantes aprendan a formarse como buenos profesionales de salud que cumplan con las expectativas del paciente. **Objetivos** del estudio fueron identificar las estrategias de enseñanza que utilizan los instructores en la práctica, el tipo de evaluación que se utiliza y conocer la percepción del estudiante sobre la enseñanza. **Metodología.** Estudio descriptivo y transversal. Se trabajó con una muestra de 44 estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería de una universidad pública de Monterrey, N. L. Se aplicó el instrumento denominado Evaluación de la Instrucción Clínica elaborado por Blanco et. al. (2014). El cuestionario está estructurado por un total de 18 preguntas. Posee una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta que va de Siempre a Nunca. **Resultados.** La mayoría de los estudiantes señalaron a los casos clínicos como estrategia de enseñanza que se utiliza en su práctica hospitalaria (65.9%), seguido de la discusión (61.4%) y la demostración y retroalimentación (54.5%). El 40.9% de los participantes mencionaron que es el examen escrito el principal medio para evaluarlos. Finalmente, el 47.7% de los estudiantes considera que la enseñanza clínica no está favoreciendo en su aprendizaje ya que se explica que en ocasiones éste no está al pendiente del estudiante por falta de tiempo. **Conclusiones.** Las principales estrategias de enseñanza en la práctica clínica fueron los casos clínicos, la discusión durante la sesión, y la demostración. El principal medio de evaluación en la práctica es el examen escrito. Finalmente, la percepción de los estudiantes acerca del favorecimiento de su aprendizaje por medio de la guía del instructor denota que no hay resultados muy favorables y esto representa un área de oportunidad.

Palabras clave: estrategias de enseñanza, enseñanza clínica, evaluación de aprendizajes

INTRODUCCIÓN

Las estrategias de enseñanza implementadas en la formación académica y profesional de los licenciados en enfermería constituyen un punto fundamental para el desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que habrán de proyectar en los escenarios reales de su práctica disciplinar. Toda institución formadora de profesionales en el área de la salud piensa que el facilitador debe crear un entorno y condiciones

favorables para que pueda suceder un proceso efectivo de enseñanza-aprendizaje (González Carrillo et al., 2017).

El aprendizaje a través de la experiencia es importante cuando se trata de generar profesionales reflexivos y críticos, pero también es necesario reconocer que los encargados de los estudiantes durante sus prácticas clínicas deben tener un papel muy importante para poder enseñar y saber utilizar diferentes estrategias con el fin de que el estudiante pueda desenvolverse de manera correcta y significativa en el ámbito hospitalario y que esto a su vez favorezca su aprendizaje durante el tiempo

destinado para sus prácticas.

Bello, Barrios y Pérez (2012) en su artículo "Elementos a considerar por el docente clínico en odontología para la elaboración de estrategias de enseñanza clínica", consideran que el docente dentro del ámbito clínico tiene el deber de transmitir información suficiente y promover competencias que puedan garantizar que los estudiantes tengan un desempeño satisfactorio y puedan tomar actitudes autodidactas y así poder lograr profesionales eficientes.

Existen investigaciones relacionadas al tema de estudio que se han hecho en diferentes contextos y con distintos métodos gracias a que se quiere indagar si las estrategias que están utilizando los instructores en el área clínica son correctas para que el estudiante pueda adquirir conocimientos durante su estancia en el hospital al momento de su práctica.

Durante (2012) menciona que la enseñanza en el ámbito clínico es una estrategia fundamental para los profesionales de la salud. La considera como una educación no formal, lo contrario de la enseñanza en las aulas. Así mismo menciona que en la enseñanza en el ambiente clínico se deben utilizar estrategias con estructuras idóneas al momento de la enseñanza, de tal forma que los estudiantes de enfermería tengan un proceso correcto de aprendizaje que les ayude a enfrentar situaciones reales dentro del ámbito hospitalario y puedan realizar los procedimientos correctos y resolver los problemas en el área clínica.

Díaz (2002) menciona que las estrategias de enseñanza son "procedimientos que se utilizan en forma reflexiva y flexible para promover el logro de aprendizajes significativos en los alumnos". Por otra parte, Campos (2000) indica que "las estrategias de enseñanza se refieren a las estrategias utilizadas por el profesor para mediar, facilitar, promover, organizar aprendizajes, esto es, en el proceso de enseñanza".

Para fines del presente trabajo es importante señalar la diferencia entre estrategias de enseñanza y estrategias de aprendizaje. Las estrategias de aprendizaje "son procedimientos (conjunto de pasos, operaciones o habilidades) que un aprendiz emplea en forma consciente, controlada e intencional como

instrumentos flexibles para aprender significativamente y solucionar problemas" (Díaz, 2002). "Hacen referencia a una serie de operaciones cognitivas que el estudiante lleva a cabo para organizar, integrar y elaborar información y pueden entenderse como procesos o secuencias de actividades que sirven de base a la realización de tareas intelectuales y que se eligen con el propósito de facilitar la construcción, permanencia y transferencia de la información o conocimientos" (Campos, 2000).

De acuerdo con las definiciones propuestas por los autores anteriores, se puede decir que las estrategias de enseñanza son los procedimientos que el docente debe utilizar de modo inteligente y adaptativo, esto con el fin de ayudar a los alumnos a construir su actividad adecuadamente, y así, poder lograr los objetivos de aprendizaje que se le propongan.

Las estrategias de aprendizaje, por su parte, son un conjunto de actividades, técnicas y medios, los cuales deben estar planificados de acuerdo con las necesidades de los alumnos a los que van dirigidas dichas actividades, tienen como objetivo facilitar la adquisición del conocimiento y su almacenamiento; así como también, hacer más efectivo el proceso de aprendizaje.

Ciertamente existen puntos donde convergen ambas estrategias, puesto que se está hablando del proceso de enseñanza-aprendizaje, sin embargo, dada la naturaleza del presente trabajo se abordará de manera explícita la indagación de las estrategias de enseñanza utilizadas por los maestros de práctica clínica para el logro de aprendizajes de los alumnos de enfermería.

Acorde a lo anterior, se sabe que una parte fundamental en la formación académica del personal de enfermería es el entrenamiento clínico. En esta instancia el alumno debe integrar los conocimientos y desarrollar las habilidades y destrezas para la adquisición de las competencias requeridas como profesional.

En este sentido, es importante mencionar que utilizar de manera adecuada las estrategias de enseñanza es un paso primordial para que los

docentes que van a estar a cargo de la práctica clínica faciliten que los alumnos puedan obtener un aprendizaje significativo, y que de dicha utilización depende en gran medida el desempeño profesional de los futuros enfermeros y enfermeras que requiere la sociedad.

En atención a la evolución de muchas de las áreas involucradas en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la práctica clínica, como son los avances tecnológicos, el desarrollo de nuevas investigaciones en el ámbito psicológico y educacional, las nuevas demandas del entorno sociocultural, entre otras, el modo de enfrentar y planificar este proceso también ha tendido al cambio en el afán de corresponder y responder a esta transformación.

Desde el punto de vista teórico, el tema de las estrategias de enseñanza-aprendizaje ha sido abordado por la psicología educativa mediante diversos enfoques que explican cada uno desde su perspectiva cómo es que se da y se desarrolla el proceso de aprendizaje y en consecuencia, la necesidad de implementar nuevas estrategias de enseñanza. Dichos enfoque van desde los más tradicionales, como el conductismo clásico, hasta los más recientes, tales como el aprendizaje social y el constructivismo, los cuales, de acuerdo a los avances en la investigación educativa, constituyen el sustento más completo e integral no sólo para explicar los fenómenos del aprendizaje y la enseñanza, sino para obtener propuestas de cambio y transformación en este ámbito que favorezcan el desarrollo cognitivo, actitudinal y social de los recursos humanos que van a dar respuesta a las demandas sociales actuales en lo que a servicios de salud se refiere, tal como se señaló anteriormente.

El constructivismo explica que el aprendizaje es el proceso cognitivo (complejo) donde el nuevo (aprendizaje) surge a partir de lo que ya se sabe y en donde debe permitírsele al sujeto que aprende que desarrolle su estilo propio y siga sus propios intereses, entre otras cosas.

A manera de cierre de la presente introducción del trabajo de investigación, se reitera que la práctica clínica es uno de los pilares del aprendizaje que resulta fundamental en la formación

de profesionales del cuidado en enfermería, ya que en la actualidad representa un reto ineludible para el docente lograr que sus estudiantes incorporen en sus estancias clínicas un modelo de cuidado sensible y en una dimensión técnica muy eficaz que cumpla con las expectativas del paciente.

De ahí la importancia de enfocarnos en las estrategias de enseñanza que se utilizan en las prácticas clínicas por parte de los maestros e instructores ya que, gracias a ello, los estudiantes durante su estancia hospitalaria aprenderán a formarse como buenos profesionales de salud. Es necesario señalar también el papel que juega el personal encargado de los servicios en la práctica clínica, ya que ellos deben contribuir apoyando en la demostración de procedimientos y en la enseñanza correcta y eficaz de todo lo relacionado con el trabajo de enfermería, no sólo que se les muestre o se les diga qué hacer a los estudiantes, sino saber si en realidad se está enseñando correctamente, con apego a lo estipulado en la guía de actividades ya establecida, utilizando estrategias de enseñanza que sean eficaces y procurando apoyar a los estudiantes para que ellos mismos puedan optar por sus propias estrategias de aprendizaje.

Por todo lo anterior se realizará un estudio descriptivo con el propósito de identificar las estrategias de enseñanza en la práctica clínica por parte de los instructores de enfermería.

Marco de referencia

Dentro de la práctica clínica, el ambiente de aprendizaje se considera como una forma de organizar la enseñanza, con el empleo de tecnología y la creación de una situación educativa centrada en el estudiante que fomente su autoaprendizaje y el desarrollo de su pensamiento crítico y creativo, con reglas de comportamiento conocidas y aceptadas por ellos, de acuerdo con su estado de desarrollo cognitivo, social y moral (Ruiz, 2009).

La investigación de estrategias de enseñanza ha abordado aspectos como los siguientes: diseño y empleo de objetivos e intenciones de enseñanza, preguntas insertadas, ilustraciones, modos de respuesta, organizadores anticipados, redes semánticas, mapas conceptuales y esquemas de

estructuración de textos, entre otros (Díaz, Barriga y Lule, 1978).

En la enseñanza de enfermería, el aprendizaje implica la construcción de significados como el «aprender a hacer» a través de la práctica, la generación de identidad y la afiliación a una determinada comunidad (Díaz, 2010).

Estudios relacionados

González, et al (2017) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la percepción que tiene el estudiante de enfermería sobre la enseñanza en la estancia clínica y si ésta se relacionaba con la experiencia y el perfil docente para lograr el aprendizaje. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en 212 estudiantes de sexto, séptimo y octavo semestre que realizaban sus prácticas clínicas en instituciones del sector salud en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada. Se elaboró y se utilizó un instrumento con escala de respuesta tipo Likert y se fundamentó en la teoría de Jean Watson.

Los resultados que se obtuvieron fueron positivos en la dimensión teoría-práctica, competencia docente, evaluación del aprendizaje y ambiente hospitalario, sin embargo, en la aplicación de la teoría de Jean Watson y el aprendizaje en la estancia clínica -dos de los aspectos más relevantes en la formación profesional de los enfermería- los resultados son negativos (38-49 % y 50 y 41% respectivamente).

En la relación teoría y práctica y la aplicación de la teoría de Jean Watson y aprendizaje en estancia clínica, los porcentajes más elevados corresponden al sexto semestre, probablemente porque los estudiantes aún se encontraban anclados a una base más teórica que práctica. En las dimensiones de competencia docente, evaluación del aprendizaje y ambiente hospitalario, los estudiantes del octavo semestre mostraron porcentajes más favorables (70-80%), esto debido a que han transitado por cuatro estancias clínicas y la teoría es cursada en sólo 10 semanas.

Lopes, Morais, Fernández (2017), describieron representaciones y vivencias de la actividad profesional de los estudiantes y

supervisores en el contexto de la enseñanza clínica; analizaron la articulación escuela-hospital en el proceso de formación en el contexto de la enseñanza clínica y la función de la supervisión en enfermería como articuladora organizativa; abordaron también los principios constitutivos de la calidad de la formación inicial de enfermeros, con incidencia en la actividad en el contexto profesional y en la supervisión. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario a 92 estudiantes en la enseñanza clínica (2.º año) y entrevistas semiestructuradas a un grupo de 5 estudiantes y 2 supervisoras. Se apuntaron algunas potencialidades y fragilidades de los procesos formativos, relacionadas con el papel de la supervisión y la articulación de la teoría con la práctica, en la construcción del conocimiento en la acción profesional. Se observó la necesidad de reforzar las relaciones interinstitucionales y promover modalidades de supervisión de orientación reflexiva y dialógica.

Pereira, Joaquim, y Hiromi (2017) realizaron su estudio para identificar las dificultades de los estudiantes en la interacción con las personas a las que se cuida en la enseñanza clínica e identificar las principales causas subyacentes. Fue mediante un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo en estudiantes del 2.º año de la licenciatura en enfermería en un contexto de enseñanza clínica. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario semiestructurado. Los datos cuantitativos se analizaron en el IBM SPSS Statistics 23.0 y los cualitativos por el análisis de contenido según la técnica Bardin. Se incluyó a 90 estudiantes, predominantemente del sexo femenino (81,11 %) con una edad comprendida entre los 19 y los 31 años. Las dificultades identificadas fueron comunicarse con personas poco comunicativas, o que no se comunican verbalmente, agitadas, confusas, desorientadas y/o agresivas. Las principales causas fueron déficit de formación en el área de la comunicación e inexperiencia en la aplicación de técnicas relacionales. Se considera como muy importante invertir en la formación de los estudiantes mediante el uso de metodologías del cuidado que promuevan la sistematización y operacionalización de la relación.

Aspizú y Collar. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de explorar la utilización de métodos activos para el aprendizaje de habilidades clínicas en las diferentes formas de organización de la enseñanza. Realizaron un estudio descriptivo y transversal en 20 estudiantes de diferentes estancias en asignaturas del ciclo clínico. Los resultados muestran que en el instrumento que utilizaron se obtuvieron índices de Cronbach sobre 0.7, lo que sugiere una consistencia interna aceptable. Se reportaron diferencias significativas entre distintas estancias en la utilización de casos clínicos en los seminarios; la utilización del libro de texto para confeccionar el examen y el uso de preguntas reproductivas en exámenes escritos. Los educandos refirieron baja frecuencia en algunas estancias de la observación y corrección de la ejecución del examen físico, realización de discusiones diagnósticas colectivas y la revisión con retroalimentación de discusiones diagnósticas escritas.

En conclusión, se obtuvo en base a los resultados que la alta consistencia interna del instrumento aplicado sugiere una cualidad del instrumento, pero también alta homogeneidad de la actividad docente dentro de cada asignatura. La percepción de los estudiantes sugiere variabilidad entre asignaturas en la utilización de métodos de enseñanza activos para el aprendizaje de habilidades clínicas.

Martins et al., (2010) en su estudio realizaron una exploración acerca del estado actual del conocimiento científico sobre el pensamiento crítico en estudiantes de enfermería, en concreto en el contexto de la enseñanza clínica. Su metodología utilizada es de una revisión integradora de la literatura en 3 bases de datos electrónicas, de acuerdo con las recomendaciones del Joanna Briggs Institute para la realización de su estudio. Los resultados son de un total de 277 artículos publicados entre enero de 2010 y noviembre de 2015, se incluyeron 28 en esta revisión. El pensamiento crítico es un proceso complejo que implica habilidad intelectual, capacidad para conjugar la experiencia, el conocimiento y el raciocinio, y un componente actitudinal. Existen estrategias educativas que promueven eficazmente el desarrollo de esta capacidad en los estudiantes de

enfermería. En conclusión, nos menciona que es importante crear ambientes propicios para estimular la reflexión, la creatividad y la confianza de los estudiantes, así como desarrollar y aplicar estrategias innovadoras que promuevan las habilidades de los mismos para pensar críticamente.

Definición de términos

Práctica clínica: Se define como el entorno donde se desarrollan características especiales para alcanzar las competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales que implican aprender a cuidar necesariamente la relación directa con la persona cuidada.

Estrategias de enseñanza: Se refiere a las actividades técnicas, metodológicas que percibe el estudiante por el instructor clínico durante su práctica.

Objetivo General

- Identificar las estrategias de enseñanza utilizadas por los instructores de la práctica

Clínica para favorecer el aprendizaje dentro de la práctica hospitalaria de los estudiantes de la licenciatura en enfermería.

Objetivos específicos

- Identificar las estrategias de enseñanza que utilizan los instructores en la práctica hospitalaria para el aprendizaje del estudiante.
- Describir el tipo de evaluación que utiliza el instructor clínico en la práctica hospitalaria del estudiante.
 - Describir la percepción del estudiante sobre las estrategias utilizadas en la práctica clínica por el instructor y si considera que le sirvieron en su aprendizaje.

METODOLOGÍA

En este apartado se presenta el diseño del estudio, población, muestra, muestreo, criterios de inclusión, exclusión o eliminación, procedimiento para la selección de los participantes, mediciones o instrumentos, consideraciones éticas y propuesta para el análisis de los datos.

Diseño de estudio

En el presente estudio se utilizó un diseño de estudio descriptivo y transversal; descriptivo porque se describieron las estrategias de enseñanza utilizadas por el instructor en la práctica clínica y transversal debido a que la información se recolectó en el presente y, en ocasiones, a partir de características pasadas o de conductas o experiencias de los individuos.

Población, muestra, muestreo

La población del estudio estuvo constituida por 270 estudiantes de nivel superior de la Facultad de Enfermería de tercero, cuarto y quinto semestre, con una muestra de 44 estudiantes dividida en 3 subgrupos. Debido a esto, el muestreo se considera por conveniencia, ya a que se escogieron distintos grupos del mismo nivel de estudios.

La muestra estuvo conformada por 44 sujetos por disposición de los requerimientos de la unidad de aprendizaje de Metodología de Investigación.

Criterios de inclusión

Estudiantes entre 18 a 21 años de edad, nivel académico a partir de tercer, cuarto y quinto semestre de la carrera de licenciatura en enfermería, ambos sexos, que tengan conocimiento sobre las estrategias de enseñanza en la práctica clínica.

Instrumento de medición

Se aplicó el instrumento denominado Evaluación de la Instrucción Clínica para recabar la información de los participantes. La duración aproximada para contestar el cuestionario fue de 15 minutos. El cuestionario fue construido por Blanco et. al. (2014) y ha sido aplicado a los estudiantes en las diferentes rotaciones durante su estancia en los hospitales de la Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán". Dentro del mismo se utilizó una Escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Siempre (5); La mayoría de las veces (4); Unas veces sí y otras no (3); Pocas veces (2); Nunca (1), para que el participante pudiera dar una respuesta más concreta de la pregunta.

El cuestionario "Evaluación de la Instrucción Clínica" está estructurado por un total de 18 preguntas, con un Alpha de Cronbach de .80.

Procedimiento de recolección de datos

Una vez que el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se procedió a solicitar la autorización a la Subdirección Académica para acudir a las aulas donde se localizaban los diferentes grupos que cumplieran con los requisitos para la aplicación del cuestionario "Evaluación de la Instrucción Clínica".

Se solicitó el apoyo a la prefectura para corroborar los grupos disponibles, así como los horarios que tenía cada uno de éstos para poder acudir a las aulas; se solicitó el permiso de los maestros responsables de grupo y una vez que se contó con la aprobación, se invitó a los estudiantes a participar en el estudio contestando el cuestionario; el tiempo aproximado de llenado fue de 15 minutos, recalando que su participación era voluntaria y anónima; se les explicó el objetivo de la investigación, y se les hizo entrega del formato de consentimiento informado; una vez firmado éste, se les entregó el instrumento y se procedió a leer de forma clara y precisa las instrucciones de llenado, se les indicó que el cuestionario era anónimo, por lo que los resultados solo se conocerían de forma general. Después de terminar de contestar los cuestionarios se introdujeron en un sobre.

El investigador principal se encontraba a una distancia prudente para contestar dudas. Por último, se agradeció cada uno de los participantes por su tiempo y colaboración en el estudio. Los instrumentos serán resguardados por el investigador seis meses y posteriormente se destruirán.

Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo conforme a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987).

De acuerdo con el Capítulo I del Artículo 13 se respetará la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los participantes, por lo cual el sujeto no correrá riesgo alguno que pueda dañar su persona y su privacidad.

Como lo dispone el Artículo 14 Fracción V, se contó con el consentimiento informado y por escrito

del sujeto de investigación, esta investigación fue realizada por profesionales de la salud, con el fin de cuidar la integridad del sujeto del estudio, bajo la responsabilidad de una institución al que se refiere el artículo 114, con el dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, siguiendo con el Artículo 14 Fracción VII.

De acuerdo con la Fracción VIII del artículo ya mencionado con anterioridad, se llevó a cabo una vez que se obtuvo la autorización de los directivos del plantel educativo.

Todos los estudiantes que fueron sujetos a esta investigación fueron notificados acerca de la protección de su privacidad en todo momento. Es importante señalar que este estudio se consideró sin riesgo ya que, para la obtención de los datos no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Esto en base a lo establecido en los Artículos 16 y 17 Fracción I.

En concordancia con lo estipulado en el Capítulo V en esta investigación, se informó que la participación o el rechazo de los sujetos a intervenir durante el estudio no afectará su situación escolar. La participación de los estudiantes será voluntaria y los

resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de los individuos participantes, así como lo establecen los Artículo 57 y 58, Fracción I, II.

Análisis de datos

Para la captura y análisis de los datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0. Se aplicó la estadística descriptiva para la medición de las variables categóricas y continuas, medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y de variabilidad (desviación estándar). Para revisar la fiabilidad del instrumento "Evaluación de la Instrucción Clínica" se determinó el coeficiente Alpha de Cronbach.

Los objetivos de esta investigación se midieron de forma cuantitativa excepto el tercer objetivo específico, para el cual se realizó un ejercicio de análisis de tipo cualitativo extrayendo categorías para establecer conclusiones.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados del estudio de Estrategias de enseñanza en la práctica clínica, en primer término, se presenta el Coeficiente de Alpha de Cronbach y la Estadística Descriptiva.

Tabla 1

Consistencia Interna de la Evaluación de la Instrucción Clínica

| Variable | Preguntas | α |
|--------------------------------------|-----------|----------|
| Evaluación de la Instrucción Clínica | 1-17 | .857 |

Nota: α = Alpha de Cronbach, $n = 44$

En la tabla 1 se reporta la consistencia interna del instrumento de Evaluación de la Instrucción Clínica a través del coeficiente Alpha de

Cronbach ($\alpha=.857$) el cual se considera aceptable (Burns & Grove, 2014).

Tabla 2

Datos sociodemográficos de la población de estudio

| Variable | <i>f</i> | % |
|-----------------|----------|------|
| Sexo | | |
| Femenino | 38 | 86.4 |
| Masculino | 6 | 13.6 |
| Semestre | | |
| Tercer Semestre | 15 | 34.1 |
| Cuarto Semestre | 14 | 31.8 |
| Quinto Semestre | 15 | 34.1 |
| Servicio | | |
| Pediatría | 15 | 34.1 |
| Ginecología | 15 | 34.1 |
| Geriatría | 14 | 31.8 |

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje, n = 44.

En la tabla 2 se observa que el 86.4% pertenece al sexo femenino, el 34.1% de los participantes cursan tercer y quinto semestre

de la licenciatura en enfermería y el 34.1% se encuentra en el servicio de pediatría y ginecología.

Tabla 3

Medidas de tendencia central para la variable edad de los participantes

| Variable | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Min.</i> | <i>Max.</i> |
|--------------|----------|-----------|------------|-----------|-------------|-------------|
| Edad en años | 44 | 19.50 | 19.00 | 1.229 | 18 | 23 |

Nota: \bar{X} =media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar, Val. Min. =valor mínimo, Val. Max. = valor máximo

En la tabla 3 se reporta que la media de edad fue de 19.50 (Mdn=19.00).

la práctica clínica por servicio de enfermería en el área hospitalaria, los resultados se presentan de la tabla 4 a la 6.

Para responder el objetivo 1 que indica identificar las estrategias utilizadas por parte de los instructores de

Tabla 4

Frecuencias y Proporciones del Cuestionario Evaluación de la Instrucción Clínica: Estrategias de enseñanza (Caso clínico)

| Variable | Siempre | La mayoría de las veces | Unas veces sí y otras no | Pocas veces | Nunca |
|---|--------------|-------------------------|--------------------------|--------------|-------------|
| | % | % | % | % | % |
| 1. He recibido información teórica sobre cómo se debe examinar a un paciente | 38.6 (17) | 29.5 (13) | 25.0 (11) | 6.8 (3) | 0 (0) |
| 2. He recibido información teórica sobre cómo se discute un caso clínico | 9.1 (4) | 27.3 (12) | 38.6 (17) | 18.2 (8) | 6.8 (3) |
| 3. He recibido información teórica sobre cómo se deben leer los estudios del expediente clínico | 4.5 (2) | 13.6 (6) | 36.4 (16) | 34.1 (15) | 11.4 (5) |
| 17. Considero que me han enseñado a enfocar el diagnóstico de un paciente | 11.4 (5) | 25.0 (11) | 40.9 (18) | 13.6 (6) | 9.1 (4) |

Nota: % = porcentaje, entre paréntesis = frecuencia, n = 44

En la tabla 4 se observa que, de acuerdo con los mayores porcentajes obtenidos, la mayoría de los estudiantes señalaron que los casos

clínicos como estrategia de enseñanza, unas veces sí y otras no, se utilizaban en su práctica hospitalaria.

Tabla 5

Frecuencias y Proporciones del Cuestionario Evaluación de la Instrucción Clínica: Estrategias de enseñanza (Discusión / Sesión clínica)

| Variable | Siempre | La mayoría de las veces | Unas veces sí y otras no | Pocas veces | Nunca |
|---|-------------|-------------------------|--------------------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % | % |
| 6. Se han realizado discusiones con el instructor clínico sobre los diagnósticos más encontrados en el área | 20.5 (9) | 25.0 (11) | 40.9 (18) | 9.1 (4) | 4.5 (2) |
| 8. En las sesiones se habla o discute respecto a casos clínicos | 9.1 (4) | 25.0 (11) | 36.4 (16) | 18.2 (8) | 11.4 (5) |
| 9. Los alumnos, compañeros, han participado en su evaluación en las sesiones clínicas | 11.4 (5) | 36.4 (16) | 31.8 (14) | 18.2 (8) | 2.3 (1) |

Nota: %=porcentaje, entre paréntesis=frecuencia, n=44

En la tabla 5 se muestra que la mayoría de los participantes indicaron que unas veces sí y otras no, se utilizaban en su práctica hospitalaria la

discusión/sesión clínica como estrategia de enseñanza.

Tabla 6

Frecuencias y Proporciones del Cuestionario Evaluación de la Instrucción Clínica: Estrategias de enseñanza (Demostración práctica / Retroalimentación)

| Variable | Siempre | La mayoría de las veces | Unas veces sí y otras no | Pocas veces | Nunca |
|--|--------------|-------------------------|--------------------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % | % |
| 4. He sido observado por algún instructor durante la realización de un interrogatorio a un paciente y después me ha señalado los errores y virtudes de mi intervención | 13.6 (6) | 22.7 (10) | 31.8 (14) | 15.9 (7) | 15.9 (7) |
| 5. He sido observado por algún instructor clínico durante la realización del examen físico de un paciente y después me ha señalado los errores y virtudes de éste | 9.1 (4) | 15.9 (7) | 43.2 (19) | 18.2 (8) | 13.6 (6) |
| 12. Durante el examen práctico me observan | 22.7 (10) | 18.2 (8) | 22.7 (10) | 20.5 (9) | 15.9 (7) |
| 15. Los instructores de la práctica clínica le prestan menos atención de la necesaria | 11.4 (5) | 27.3 (12) | 38.6 (17) | 11.4 (5) | 11.4 (5) |

Nota: %=porcentaje, entre paréntesis=frecuencia, n=44

En la tabla 6 se indica por parte de la mayoría de los estudiantes de Enfermería que unas veces sí y otras no, se utilizan en su práctica hospitalaria la demostración y retroalimentación como estrategia de enseñanza. Para dar respuesta al objetivo 2 que

establece conocer cuáles son los medios de evaluación aplicados en la práctica clínica por parte de los instructores en el área hospitalaria, los resultados se muestran en la tabla 7.

Tabla 7

Frecuencias y Proporciones del Cuestionario Evaluación de la Instrucción Clínica: Evaluación teórica, escrita y caso clínico

| Variable | Siempre | La mayoría de las veces | Unas veces sí y otras no | Pocas veces | Nunca |
|--|--------------|-------------------------|--------------------------|--------------|-------------|
| | % | % | % | % | % |
| 7. Se han realizado exámenes escritos con correcciones posteriores | 13.6 (6) | 13.6 (6) | 38.6 (17) | 22.7 (10) | 11.4 (5) |
| 10. Los exámenes teóricos se basan en lo enseñado en la práctica | 34.1 (15) | 31.8 (14) | 22.7 (10) | 4.5 (2) | 6.8 (3) |

| | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| 11. En los exámenes se utilizan casos clínicos | 11.4 (5) | 25.0 (11) | 34.1 (15) | 11.4 (5) | 18.2 (8) |
| 13. El tipo de preguntas escritas en el examen promueve estudiar memorizando | 15.9 (7) | 40.9 (18) | 27.3 (12) | 6.8 (3) | 9.1 (4) |
| 14. Las preguntas escritas en el examen promueven el razonamiento | 22.7 (10) | 31.8 (14) | 27.3 (12) | 13.6 (6) | 4.5 (2) |
| 16. La actividad del instructor de la práctica clínica ha sido afectada por otras tareas de las que está a cargo | 13.6 (6) | 15.9 (7) | 38.6 (17) | 25.0 (11) | 6.8 (3) |

Nota: %=porcentaje, entre paréntesis=frecuencia, n=44

En la tabla 7 se muestra que el 40.9% de los participantes mencionaron que la mayoría de las veces el tipo de preguntas escritas en el examen promueve estudiar memorizando, el 38.6% de los estudiantes indicaron que unas veces sí y otras no se han realizado exámenes escritos con correcciones posteriores y que la actividad del instructor de la

práctica clínica ha sido afectada por otras tareas de las que está a cargo. Para dar respuesta al objetivo 3 que indica describir la percepción del estudiante sobre las estrategias utilizadas en la práctica clínica por el instructor y si considera que le sirvieron en su aprendizaje, los resultados se observan en la tabla 8.

Tabla 8

Frecuencias y Proporciones. Consideración acerca del favorecimiento del aprendizaje a través de la enseñanza clínica

| Pregunta | Sí | | No | | Algunas veces | |
|--|----|-------|----|-------|---------------|-------|
| | f | % | f | % | f | % |
| Consideran que las estrategias utilizadas por el instructor ayudan en su aprendizaje | 18 | 40.9% | 21 | 47.7% | 5 | 11.3% |

En la tabla 8 se pudo encontrar que el 40.9% de los estudiantes consideran que la enseñanza clínica impartida por los instructores sí favorece en su aprendizaje ya que mencionan que el estudiante aprende más mediante lo práctico, que hay una explicación por parte del instructor cuando se hayan dudas, el instructor ayuda a que el estudiante mejore en su práctica, hay una capacitación constante por

parte de los instructores y complementan lo visto en la teoría con lo práctico.

Se puede observar que el 47.7% de los estudiantes considera que la enseñanza clínica no está favoreciendo en su aprendizaje ya que se explica que en ocasiones las enfermeras son las que les enseñan más que el instructor, que no los instructores no le ponen la dedicación adecuada, no les enseñan

lo necesario para su aprendizaje, sólo asisten a la práctica, no están al pendiente del estudiante por falta de tiempo ya que los instructores se ocupan de otras tareas asignadas, no siguen los temas asignados para la instrucción, no les prestan la atención suficiente, no resuelven las dudas que el estudiante pueda tener y en ocasiones no los dejan interactuar con todos los pacientes aislados.

Por último, se observa que el 11.36% de los estudiantes respondió que algunas veces la enseñanza clínica les favorece en su aprendizaje ya sea porque el conocimiento del instructor es deficiente, los temas que explica son repetitivos, no se apegan más a los estudiantes, no hay tanta comunicación entre estudiante-instructor, no tienen tiempo suficiente para cada estudiante, no saben cómo explicar y no juntan la teoría que se les imparte con la práctica.

DISCUSIÓN

Las estrategias de enseñanza clínica utilizadas por los instructores son importantes para el aprendizaje del estudiante dentro del área hospitalaria ya que éstas lo ayudan a tener un mejor aprendizaje durante su práctica clínica y así poder realizar de forma correcta las actividades que le corresponden dentro del área en donde este cursando. De los estudiantes que fueron encuestados, se encontró que en promedio la mayoría de los instructores clínicos hacen uso correcto de diferentes estrategias de enseñanza, pero aun así es insuficiente para el aprendizaje del estudiante durante su práctica clínica, como lo menciona Aspizú y Collar (2013).

Los estudiantes que participaron en su mayoría expresan que en ocasiones los docentes de la enseñanza clínica tienen demasiadas ocupaciones de gestión y coordinación, dificultando dedicar más tiempo en la enseñanza dentro de la práctica clínica, afectando de alguna manera su aprendizaje, concordando con lo que mencionan López et. al. (2017). No se trata de que los instructores tengan insuficiente conocimiento sobre qué son las estrategias de enseñanza clínica, sino que existe poco conocimiento sobre el cómo aplicarlas de manera correcta para que el estudiante pueda obtener un buen aprendizaje dentro del hospital

durante sus prácticas clínicas (Pereira, Joaquim y Hiromi, 2017).

De acuerdo con los estudiantes, el instructor clínico tiene otras tareas dentro del hospital o con otros estudiantes, que hace que se le dificulte dedicarle más tiempo a la enseñanza del alumno o a la supervisión de este dentro de la práctica clínica, afectando de alguna manera su aprendizaje como lo menciona Moreno et. al. (2013), donde refiere que los docentes poseen de ocupaciones de gestión y coordinación que hace que les afecte al momento de su enseñanza dentro del área hospitalaria.

Se muestran resultados positivos en las estrategias de enseñanza durante la práctica clínica, sin embargo, en la aplicación del instrumento y las respuestas de los encuestados sobre la enseñanza de diversas estrategias durante su estancia hospitalaria los resultados más predominantes son negativos obteniendo un 47.7%, coincidiendo con el estudio de Knopfler et. al. (2011) donde evaluaron que hay que partir de la práctica para analizar los problemas, cuestionar las estrategias usadas para resolverlas, revelar los procesos de reflexión durante la acción y analizar los esquemas y teorías implícitas que se usan y poder madurar como profesional de la salud.

Además, en este estudio se obtuvo que en ocasiones los instructores clínicos no mantienen una buena relación con el estudiante afectando el entorno del alumno al momento de realizar sus prácticas clínicas ya que no hay una aclaración de dudas al momento del que el alumno le pregunta al maestro y no se le responde adecuadamente; así como

menciona González et. al. (2015) en donde refiere que existe poca vinculación con el entorno educativo para atender las observaciones y las necesidades de los estudiantes.

CONCLUSIÓN

El rol del docente clínico es particularmente central en las diferentes estrategias de enseñanza, un aprendizaje adecuado y estimulante, así como el control oportuno de la sesión de aprendizaje son dos tareas primarias. El logro de estas dos tareas permitirá construir una adecuada comunicación de los objetivos que serán el primer paso para una evaluación adecuada. En las estrategias de enseñanza, la evaluación descansa principalmente en la observación directa del desempeño de los estudiantes. De acuerdo con los resultados, no se pudo observar la aplicación de todas las estrategias de enseñanzas para el aprendizaje, ya esto depende de la metodología de cada instructor, pero podemos

afirmar que la mayoría de los estudiantes sí tiene un buen aprendizaje dentro y fuera de la práctica clínica.

Sin embargo, se considera que dentro de la práctica hospitalaria de acuerdo con los estudiantes encuestados no hay resultados excelentes o muy favorables en el aprendizaje del estudiante; es por eso que las estrategias de enseñanza por parte de los instructores se deben mejorar ya sea mediante el manejo de actividades dinámicas y la implementación de diversos incentivos, dando como resultado un mejor aprendizaje para el alumno durante su práctica clínica.

Recomendaciones

Las estrategias de enseñanza deberán de ser instruidas de una mejor manera directamente hacia los instructores clínicos para el mejoramiento de aprendizaje dentro del área hospitalaria y así evitar

problemas dentro de ella y mejorar el cuidado que le realizarán al paciente y así los alumnos tengan más confianza de ellos mismos y puedan realizarlo con seguridad.

Referencias

- Aspiazú, M. B., Valdés, T. R., Rodríguez C. T. & Aspiazú, O. B. (2013). Aplicación de métodos activos de enseñanza en el aprendizaje de habilidades clínicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13, 144-151.
- Barrios, B. S. & Pérez, P., (2012). Elementos a considerar por el docente clínico en odontología para la elaboración de estrategias de enseñanza clínica. *Revista Ciencia Odontológica*, 9, 112-122.
- Burns, N., & Grove, S.. (2012). *Investigación en Enfermería*. Barcelona: Elsevier.

- Díaz, F. B. (2010). Estrategias de enseñanza para la promoción de aprendizajes significativos. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 13, 139-223.
- Durante, E. (2012). La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. *Revista de Docencia Universitaria*, 10, 149-175.
- González, C., Pizarro, N., Talavera, S. & García, V. (2017). Enseñanza-aprendizaje en la estancia clínica: percepción desde los estudiantes de licenciatura en enfermería. *Revista Científica Europea*, 13, 313-326.
- López, C., Morais, A. & Fernandes, I. (2017). Nursing students 'perceptions of training processes in clinical supervision contexts. *Revista de Enfermagem Referência*. 4, 65-74.
- Moreno, M. A., Prado, E. N., & Garcia, D. J. (2013, 24 julio). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas.
- Pereira, R., Joaquim, P., Hiromi, L.(2017). Undergraduate nursing students 'difficulties during clinical training: perception of the main causes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 55-62.

CAPÍTULO 10

FACTORES Y ACCESIBILIDAD DE LAS TIC'S EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Ing. Erasmo Argenis Castillo Espinoza, *estudiantes*; Cynthia Alejandra Hernández Ibarra, Dulce Maribel Contreras Méndez, Elizabeth Ipiña Hernández, Kevin Axel Díaz López, Loreida Montserrat Muñoz Gonzáles, Oscar Felipe Báez Moreno, Zayra Guadalupe Estrada Pérez.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores y la accesibilidad a las TIC's además de describir el uso y la experiencia que se le da a las TIC's por parte de los estudiantes de enfermería. **Metodología:** El estudio es descriptivo, donde la población está conformada por 444 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública ubicada en el área metropolitana del estado de Nuevo León donde el tamaño de la muestra fue de 70 estudiantes. **Resultados:** 40.0% estima una dominación completa en utilizar distintos dispositivos móviles; utilizando herramientas de comunicación sincrónica vía web alrededor de 47.1% sostiene tener una dominación completa; el 40.0% es eficaz al momento de utilizar los recursos y herramientas digitales para la exploración de temas del mundo actual y la solución de problemas reales; el 58.6% de los alumnos siempre utilizan con frecuencia servicios de mensajería y un 40% siempre encuentra tranquilidad, alivio y desahogo cuando navega por la red con él teléfono móvil. **Conclusiones:** Las TIC's son de suma importancia para el desarrollo social, económico y educativo de todas las personas y en especial se ha logrado identificar que el uso de las TIC's en el ámbito educativo son casi indispensable para hacer a los estudiantes más competitivos; desgraciadamente nos dimos cuenta en este estudio que los estudiantes en la actualidad desconocen las ventajas de la educación apoyada en las TIC's, ya que sólo ven estas herramientas como un espacio de comunicación y ocio, y que los estudiantes de facultad utilizan más el Internet para redes sociales y otras páginas que para información que enriquezca la sabiduría.

Palabras Claves: Accesibilidad, aprendizaje, enfermería.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de Información (TIC's) comenzaron a difundirse a partir de los años setenta, y fue en los años ochenta cuando hubo un aumento gradual y ascendente en la promoción de las TIC's, la cual fue la base de la sociedad de la información promovida en los años noventa (Crovi, 2008).

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación se definen "como herramientas y procesos para acceder, recuperar, guardar, organizar, manipular, producir, intercambiar y

presentar información por medios electrónicos" (Sunkel, 2006). Las TIC's se conciben como el universo de dos conjuntos, representados por las tradicionales Tecnologías de la Comunicación (TC) constituidas principalmente por la radio, la televisión y la telefonía convencional y por las Tecnologías de la Información (TI) caracterizadas por la digitalización de las tecnologías de registros de contenidos (informática, de las comunicaciones, telemática y de las interfaces). Las TIC's a través del tiempo han permitido almacenar, intercambiar y transmitir información desempeñando un papel sustancial en

las nuevas generaciones del conocimiento ofreciendo la posibilidad de comunicarse, colaborar de manera interpersonal y multidireccional. Según Cobo (2011) Desempeñan un papel sustantivo en la generación, intercambio, difusión, gestión y acceso al conocimiento.

En los procesos de enseñanza-aprendizaje, conlleva numerosos cambios. Por una parte, cabe señalar las modificaciones que se producen a nivel de infraestructuras tecnológicas como lo fue pasar de usar papel rotafolio para poder hacer presentaciones a usar un proyector y diapositivas, otro lado, los cambios que se producen a nivel del profesorado y de los alumnos (VERA, 2014). De igual manera (KNOWLES, 2001) destaca que el aprendizaje es visto como un proceso, que destaca lo que sucede en el curso de la experiencia de aprendizaje para posteriormente obtener un producto de lo aprendido; y el aprendizaje como función, que realza ciertos aspectos críticos del aprendizaje, como la motivación, la retención, la transferencia que presumiblemente hacen posibles cambios de conducta en el aprendizaje humano.

El aprendizaje junto con la educación son procesos que permiten adquirir conocimientos como afirma (Kantor, 1978) quien menciona que la educación es un proceso de socialización planificada lo cual facilita el desarrollo de la inteligencia y el aprendizaje; postula que la educación debe ser entendida no como contenidos formales sino como el establecimiento de actividades funcionales de una manera planificada, así, el aprendizaje se considera como la capacidad intelectual donde se desarrolla enseñando el cómo y no el qué al realizar ciertas actividades en situaciones específicas.

(Ibañez, 1994) por su parte, considera que la educación tiene como objetivo la formación de capacidades y actitudes de los individuos para su integración a la sociedad como seres que sean capaces de regular el estatus quo y a la vez puedan transformar la realidad social en pro de los valores vigentes en un momento histórico determinado. Por tanto, la tarea de la educación superior es “la formación de profesionales competentes; individuos que resuelvan creativamente, es decir, de manera

novedosa, eficiente y eficaz, los problemas sociales”, esto implica integrar en la formación del nuevo recurso humano, las competencias para el uso de la TIC’s.

Las TIC’s pueden contribuir al acceso universal de la educación, la igualdad, el ejercicio de la enseñanza y el aprendizaje de calidad; facilitan ampliar la información, mejorar la calidad y garantizar la integración (UNESCO, 2015). Estas tecnologías en la actualidad representan nuevos retos especialmente en la educación debido a que las TIC’s se han integrado en los procesos educativos de aprendizaje como herramientas que facilitan el desarrollo, convirtiéndose en instrumentos cognitivos que ayudan a que el estudiante pueda ampliar sus capacidades intelectuales a lo largo del tiempo generando influencia en la adquisición y fortalecimiento de los conocimientos por parte de los alumnos.

Existen antecedentes que mencionan la importancia del uso de las TIC’s por parte de los estudiantes para hacer significativo su aprendizaje y mejorar el rendimiento académico, además de la importancia que tiene la intervención innovadora del docente durante el proceso formativo. Algunas de las causas del fracaso escolar o bajo rendimiento académico, los programas de estudio, la masificación de las aulas y el uso de metodologías no innovadoras se convierten en factores predisponentes (Colmenares, Aplicando las TIC en el aprendizaje de la enfermería profesional, 2019). En este sentido se destaca la importancia para que los sistemas de educación deben adaptarse en todo momento a los cambios de la sociedad. Mientras la sociedad de la información se desarrolla y multiplica, la educación debe permitir que todos puedan aprovechar esta información; recabarla, seleccionarla, ordenarla, manejarla y utilizarla (Peñalosa, 2013).

En México, el uso de internet como recurso para la consulta de información es el de mayor recurrencia (61.9%), las actividades relacionadas con la comunicación personal (correo electrónico, chat, etcétera) tienen una proporción de 60.9%, mientras que el uso con fines de apoyo a las actividades escolares se menciona con un 31.6% (INEGI, 2012).

Según los datos de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, en 2018 el 65.8% de la población de seis años o más en México es usuaria de Internet. 18.3 millones de hogares (52.9% del total nacional) disponen de conexión a Internet. 95.1% de los usuarios con estudios de nivel superior se conectan a la red, así como 54.9% de los que tienen estudios de educación básica. En México, el 74% de las zonas urbanas cuentan con servicio de internet, mientras que, en las zonas rurales, la cifra es del 40.6%, y aunque existen 74.3 millones de usuarios de internet, solo el 45% de los hogares cuentan con una computadora, las personas de 6 años o más usan las redes sociales con el 51%, consumir contenidos audiovisuales gratuitos con el 49% y realizar actividades de capacitación o educación (cursos, tutoriales, etcétera.) con el 46% (Telecomunicaciones, 2019).

Las TIC's pueden constituir un recurso importante para lograr el acceso a todos los ciudadanos a la educación y también para elevar la calidad de los programas de formación en cualquier institución educativa del país ya que es uno de los indicadores de evaluación nacional e internacional a considerar en los Programas Educativos. El proceso de enseñanza aprendizaje se ha visto transformado por el uso de los tics que han permitido cambiar de una tiza y pizarrón, a una clase más didáctica con el uso de la tecnología (laptops, infocus, smartphones, tablets, wifi, networks, internet) y demás instrumentos que han permitido el enriquecer de la educación actual. Así, se hace necesario distinguir las implicaciones que trae la implementación de las TIC en la creación de ambientes apropiados para la enseñanza, el aprendizaje y la retroalimentación (Manrique, 2014).

En los estudiantes de enfermería el uso de las TIC's es de importancia por el uso de la información y comunicación, ya que por parte de los estudiantes de enfermería es significativo para mejorar el rendimiento académico, además de la importancia de intervención que tienen como docentes de enfermería. El cual las TIC's favorece su utilidad para hacer de ello de manera auxiliar con el conocimiento básico de estas, como un proceso formativo que permita la asimilación de nuevos conocimientos

innovadores en la enseñanza y aprendizaje de ellos en aportación a la sociedad de enfermería. Por otra parte, como estudiante de enfermería del cuidado se obliga mantenerse actualizado para en un futuro dar una atención de calidad, el cual es útil apoyarse en la TIC's.

Es un hecho que las TIC's se han convertido en uno de los factores a considerar en las evaluaciones internas y externas de las instituciones de nivel superior de todas las ramas de la ciencia, tecnología o filosofía. En el contexto del área de la salud es necesario para mantenerse actualizado en cuanto a nuestros procesos y aportaciones en el paradigma de la sociedad del conocimiento de esta. En el ámbito estudiantil de la profesión de esta área el cambio recurrente en el mundo actual obliga al estudiante a buscar la actualización constante para que en conjunto se proporcione una atención de calidad como equipo de profesionales de la salud.

Dentro del área de enseñanza en las ciencias de la salud, se centra tanto como en la teoría como en la práctica siendo esta última la que refuerza los conocimientos teóricos, así mismo en la práctica es importante el uso de las TIC, por el medio de las cuales se mejorará el ambiente de aprendizaje. La educación exige que el estudiante esté interesado en el aprendizaje y que sea el mismo el que busque el logro de sus metas personales, las cuales en un futuro serán manifestadas en su futura profesión (López, 2019).

Esta investigación tiene como propósito identificar el nivel de uso y accesibilidad de las TIC's por parte de los estudiantes de enfermería para su aprendizaje tanto en el ámbito teórico como en el práctico ante el nuevo surgimiento de nuevos programas educativos basados primordialmente en las TIC's.

Marco de Referencia

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación se definen como lo que conlleva transformaciones y reestructuraciones que dan lugar a creación e intercambio del conocimiento, así como nuevas formas de adquirir, abordar y organizar el

proceso de formación. Se presentan diferentes escenarios formativos, teorías clásicas del aprendizaje conductismo, cognitismo y constructivismo (Almenara, 2015)

El aprendizaje se define como un proceso que mediante el cual el sujeto, a través de la experiencia, la manipulación de objetos, la interacción con las personas genera o construye conocimiento, modificando, en forma activa sus esquemas cognoscitivos del mundo que lo rodea, mediante el proceso de asimilación y acomodación (Piaget, 1991). Así mismo el aprendizaje se define como lo que se produce en un contexto de interacción con: adultos, pares, cultura, instituciones. Estos son agentes de desarrollo que impulsan y regulan el comportamiento del sujeto, el cual desarrolla sus habilidades mentales (pensamiento, atención, memoria, voluntad) a través del descubrimiento y el proceso de interiorización, que se le permite apropiarse de los signos e instrumentos de la cultura, reconstruyendo sus significados (Vygotsky, 2007).

El constructivismo propone que el ambiente de aprendizaje debe sostener múltiples perspectivas o interpretaciones de realidad, construcción de conocimiento y actividades basadas en experiencias ricas en contexto. Esta teoría se centra en la construcción del conocimiento, no en su reproducción. Un componente importante del constructivismo es que la educación se enfoca en tareas auténticas, que son las que tienen una relevancia y utilidad en el mundo real (Hernández, 2008). De esta manera, tenemos que el aprendizaje es un proceso constructivo, pero también es un proceso intencional, ya que supone el planteamiento de metas o propósitos por parte de los estudiantes. También es estratégico, puesto que requiere que los estudiantes apliquen métodos y utilicen recursos que les ayuden a asimilar significados, como las estrategias de organización de información o la elaboración de nuevos productos a partir de dicha información (Peñalosa, 2013).

El conectivismo es una teoría del aprendizaje para la era digital, que toma como base el análisis de las limitaciones del conductismo, el cognitismo y el constructivismo, para explicar el

efecto que la tecnología ha tenido sobre la manera en que actualmente vivimos, nos comunicamos y aprendemos. Es la integración de los principios explorados por las teorías del caos, redes neuronales, complejidad y autoorganización. Éste se enfoca en la inclusión de tecnología como parte de nuestra distribución de cognición y conocimiento (Siemens, 2010).

Estudios Relacionados

(Castillo, 2019) Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la carrera de Enfermería, la variable de estudio fue 81 Estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río en Cuba entre enero y marzo de 2018. Se consideró como universo a los 81 estudiantes que cursaban el segundo año de la carrera Licenciatura en Enfermería. Los resultados fueron disponibilidad de medios relacionados con las TIC, el 29,6% posee acceso a un medio, mientras que el 23,5% no poseía acceso a ningún medio. En cuanto a los medios disponibles, la mitad del universo estudiado expresó poseer un teléfono móvil con sistema operativo Android o iOS, mientras que el 29,6% no poseía ninguno. En relación con el uso de la Internet por parte de los estudiantes, el 59,3% de los estudiantes encuestados refirieron no emplear la conexión institucional a Internet, mientras que el 40,7% la empleaban para la realización de trabajos científicos o para el ocio (redes sociales) y correo electrónico.

Colmenares (2019) La variable de estudio fue de 58 estudiantes de enfermería de la UNAM en la Ciudad de México antes y después de utilizar un blog como herramienta para mejorar su aprendizaje, de la muestra estudiada, los alumnos tenían entre 21 y 23 años. La accesibilidad y utilización del internet u otros medios, se observó que 93% de los estudiantes tiene acceso a internet desde su hogar (88% de los estudiantes no lo hace desde la escuela). Su forma de conectarse a internet fuera del hogar es a través de redes abiertas (97%) o uso de datos móviles (79.3%), y 64% de los estudiantes acceso a internet de 2 a 4 horas al día para realizar actividades escolares. 98% de los estudiantes cuenta con al menos un aparato electrónico en su casa.

(Russel Alberto, 2019) Uso de tecnología de

información y comunicación y su relación con el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco. Se realizó un estudio analítico, prospectivo transversal, con diseño correccional a 202 estudiantes de enfermería utilizando una escala de uso de las TIC's. Respeto al uso de las tecnologías de información y comunicación; 55% tuvieron uso frecuente, 40.6% uso muy frecuente, y 3.5% uso poco frecuente: en relación con el rendimiento académico, 67.8% tuvieron rendimiento académico regular y 32.2% rendimiento bueno. Al analizar las relaciones entre las variables, se identificó el uso de las tecnologías de información y comunicación se relaciona de manera significativa con el rendimiento académico de los estudiantes ($X^2 = 29.601$; $p=0.0000$). En la evaluación por dimensión, se identificó, el uso de soporte pedagógico ($p=0.007$); y de información tecnológica ($p=0.002$) se relacionaron significativamente académica de la muestra del estudio.

García (2018) El mayor género encuestado fue género femenino en un 78,28% y el 21,7% de los encuestados el género masculino, la edad fue de 18 y 25 años con el 87,33%. El resto, entre los 25 y 35 años con el 4,98%, entre los 25 y los 35 años con el 3,62% y el 4,07% tiene más de 45 años. La prevalencia de acceso y utilización de internet u otras fuentes es que el 98,64% de los participantes en el cuestionario utiliza las TIC's en su vida cotidiana, varias veces al día (97,74%, $n=216$) y siendo el dispositivo móvil el más utilizado en un 84,62% ($n=187$), seguido del ordenador (13,57%, $n=30$). El 97,74% de la muestra de estudio ($n=216$) utiliza Internet para la búsqueda de información relacionada con la salud, siendo la Educación para la Salud (38,91%, $n=86$) y la Investigación (36,65%, $n=81$). En relación con sus intereses, destaca la búsqueda de información en un 85,97% ($n=190$), por detrás del uso de las redes sociales (88,69%, $n=196$). La valoración media del grado de satisfacción con respecto a la utilización de las TIC's es de 8,06 y la valoración de 8 es del 76,47% ($n=169$) ($Mo=8$). También resulta destacable que la valoración media de los encuestados es de 8,58 respecto a la utilidad de las TIC's en el proceso de enseñanza-aprendizaje y la valoración de 8 es del 88,69% ($n=196$).

(Maldonado, García, & Sampedro-Requena, 2019) De los estudiantes incluidos en la investigación, el 51,7% pertenecen a la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) del municipio de Mexicali y el 48,3% a la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO) del municipio de Oaxaca de Juárez. El sexo femenino prevaleció en ambas universidades (UABC: 57,0% y UABJO: 78,6%). La edad media de los estudiantes de la UABC fue de 21,8 años con una desviación estándar de 3,5 años, y de la UABJO fue de 20,9 años con una desviación estándar de 2,2 años. El estado civil soltero(a) se presentó con altos porcentajes en ambas universidades (UABC: 86,1% y UABJO: 96,7%). La accesibilidad a las TIC's fue al menos una computadora de escritorio se presentó en el 38,7% de la UABC y el 44,2% de la UABJO; mientras que el acceso al menos a un Smartphone fue de 69,6% y 76,7%, respectivamente. Respecto al acceso a Internet, el 87,4% de los estudiantes de UABC y el 76,3% de la UABJO tienen acceso en el hogar. El 68,7% de la UABC y el 45,1% de la UABJO tienen Internet móvil. El 87,0% de la UABC y el 90,7% de la UABJO, se conectan a Internet con mayor frecuencia mediante el celular. El 44,8% de los estudiantes de la UABC y el 40,5% de la UABJO, siempre usan las redes sociales para entretenimiento. El 30,9% de los estudiantes de la UABC y el 36,3% de la UABJO, frecuentemente. Las redes sociales preferidas por los estudiantes de la UABC fueron Facebook (68,7%) y WhatsApp (21,3%), al igual que de los estudiantes de la UABJO, (WhatsApp: 45,1% y Facebook: 32,1%).

(Palomé-Vega, 2019) La variable de estudio 54 estudiantes en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro en México. Uso de las Tics por genero mujeres (76%) y (24%) hombres. La media de edad fue $19.89 \pm .67\%$ tenía equipo de cómputo portátil, 18.5% de escritorio y 3% ninguno. En cuanto a la conectividad en su domicilio, solo 93% tenía acceso. La conectividad móvil solamente la poseía 81%. Al indagar el número de horas empleadas a la semana en la computadora, se encontró que 4 3% utilizaba más de una hora y hasta cinco; en contraste, 9% empleaba más de 20 horas. Para el uso de la computadora, 52% había recibido información de programas informáticos para procesar

textos, 20% tenía conocimientos de informática básica, 20% tenía conocimiento de programas y software, 6% usaba software específico de su área y 2% no había recibido ninguna información. En cuanto a la utilidad de la tecnología educativa para mejorar su desempeño escolar, 50% estaba totalmente de acuerdo y 4% no lo estaba.

(Sánchez, 2016). La población que compone el estudio es de 210 estudiantes del programa de Enfermería de una universidad privada en San Juan de Puerto Rico. 73% de los participantes del estudio fueron mujeres, 25% fueron hombres. La prevalencia de la accesibilidad y uso de las TICs un 87% de los estudiantes indicó dominar el lenguaje técnico y operativo de su computadora y sólo un 7% indicó que no. Respecto al lugar donde se conectan con regularidad a la Internet, un 74.8% de los estudiantes indicó que desde su casa. Un 13% indicó conectarse en la institución/universidad, un 11% desde otros medios, en este caso su teléfono móvil. Sobre el uso diario del Internet, un 57.4% de los estudiantes indicó que utilizan la Internet más de 10 veces diarias, un 18.7% utilizan el Internet entre 4-6 veces, un 14.4% entre 7-9 veces diarias. Utilización del internet para las redes sociales 40.9%. Un 35.6% indicó recurrir a la Internet con frecuencia para utilizar más de un servicio (correo electrónico, chat, foros, buscadores, redes sociales). Las proporciones más bajas se mostraron en el uso de chat 7.2%, correos electrónicos 6.3%, buscadores y correo electrónico 6.3% c/u, otros 3.8% entre las cuales mencionaron las aplicaciones.

Objetivos

Objetivo General

Describir la perspectiva de los estudiantes de enfermería en la aplicación de las TIC's como herramienta de apoyo en el proceso de aprendizaje.

Objetivos Específicos

Identificar los factores y la accesibilidad a las TIC's con la que cuentan los estudiantes de enfermería.

Describir el uso y la experiencia que se le da a las TIC's por parte de los estudiantes de

enfermería.

Definición de términos

Accesibilidad: La accesibilidad es la posibilidad que tengan todas las personas sin que medien exclusiones de ningún tipo, como ser culturales, físicas o técnicas, para acceder a un servicio o llegar a visitar un lugar o utilizar un objeto. Se medirá con el Inventario de Instrumento de evaluación de la competencia digital del estudiante universitario (Gutierrez, Cabero, & Ligia, 2016).

Factores: Un factor es un elemento que influye en algo. De esta manera, los factores son los distintos aspectos que intervienen, determinan o influyen para que una cosa sea de un modo concreto, se medirá con el Inventario de Cuestionario para medir frecuencia y amplitud de uso de las TIC (CUTIC).

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El estudio fue de tipo descriptivo, ya que el objetivo fue describir la perspectiva de los estudiantes de enfermería en la aplicación de las TIC's como herramienta de apoyo en el proceso de aprendizaje.

Población, muestra y muestreo

La población del presente estudio estuvo conformada por 444 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de una universidad pública ubicada en el área metropolitana del estado de Nuevo León de los cuales 158 (35.6%) corresponden al 5° semestre y 286 (64.4%) al 6° semestre. el tamaño de la muestra será de 70 estudiantes (semestre, 45 casos de 6° semestre y 25 casos de 5° semestre).

Instrumento de medición de datos

Para la realización de esta investigación se utilizaron 2 instrumentos para la recopilación de datos los cuales son:

Instrumento 1. Instrumento de evaluación de la competencia digital del estudiante universitario hecho por Gutiérrez, Cabero, Estrada en el año 2016. El cuestionario está constituido por seis dimensiones

que se desglosan en 22 indicadores, a partir de los cuales se concretan 44 ítems (de los cuales solo se utilizarán 38). Que abarcan indicadores que se proponen en el Proyecto NETS*S como Alfabetización tecnológica, Búsqueda y tratamiento de la información, Pensamiento crítico, solución de problemas y toma de decisiones, Comunicación y colaboración, Creatividad e innovación, Ciudadanía digital. Se evalúa en una escala de Likert de 10 puntos donde 1 es completamente ineficaz y 10 dominación completa. Fue aplicado a una población de estudiantes universitarios, matriculados en algún curso del Grado de Educación Infantil o Primaria en el curso académico 2013/2014 en cualquier Centro universitario, público o adscrito, de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España). Cuenta con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.965.

Instrumento 2. Cuestionario para medir frecuencia y amplitud de uso de las TIC (CUTIC) hecho por Virginia Jiménez Rodríguez, Jesús Alvarado Izquierdo y Carmen Llopis Pablos en el año 2017. Constituido por las dimensiones Frecuencia de uso de las TAC para juegos, mensajería y Redes sociales (14 ítems), utilidad de las Tecnologías del Aprendizaje y la Comunicación (TAC) en el ámbito educativo (8 ítems), conducta/emoción que genera las TAC (6 ítems). Los ítems se agruparon por variables que evaluaban distintas áreas: tiempo de conexión a Internet; frecuencia de uso y utilidad de páginas web, mensajería, juegos online, correo electrónico, RRSS; descargas de películas y/o música; utilidad de uso en distintas parcelas del ámbito educativo (investigación, trabajo en grupo, trabajo individual, búsqueda de información); y conductas y situaciones emocionales que pueden provocar la ausencia o indisposición de uso de las TIC. Las respuestas a las preguntas planteadas se registran en intervalos de frecuencia de tiempo (día, años u horas) o con respuesta dicotómica (sí/no) o con frecuencia de uso con respuesta Likert 5 puntos donde 0 es nunca y 4 es siempre. Ha sido aplicado a una población de 178 estudiantes de primer curso de grado de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid Cuenta con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,867.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la aprobación para realizar la aplicación del estudio, dicha aprobación se dio por parte del comité de ética de la facultad en cuestión. Una vez obtenida la aprobación se procedió a la recolección de datos la cual se realizó mediante una encuesta virtual por medio de la plataforma Microsoft Forms (MS Forms) a los estudiantes muestra de 5to y 6to semestre de la licenciatura en enfermería. El proceso de obtención de datos constaron de 3 apartados los cuales se conforman de:

Consentimiento informado y aviso de privacidad: en este se pide al encuestado leer una serie de cláusulas las cuales deberá firmar en caso de estar de acuerdo, para así poder confirmar con este su autorización para el uso de su información en el presente estudio.

Descripción del estudio: en esta se expresa el objetivo del estudio, así como la introducción, el tiempo aproximado de duración del llenado de la encuesta y una breve descripción de los procesos.

Encuesta: para esta parte se hará uso algunas preguntas del cuestionario para medir frecuencia y amplitud de uso de las TIC (CUTIC) y las preguntas del Instrumento de evaluación de la competencia digital del estudiante universitario de Juan Jesús Gutiérrez Castillo, Julio Cabero, Isabel Estrada Vidal.

Consideraciones éticas

Conforme indica el Artículo 13 y 14 de la Ley de aspectos éticos de la investigación en seres humanos nuestra investigación respetara la integridad, dignidad y se deberán de tomar en cuenta los derechos de los participantes mediante un uso del consentimiento informado que corresponde a una ética kantiana donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo, así los participantes del estudio deberán estar de acuerdo con ser informados y a la vez deben de conocer todos sus derechos y responsabilidades dentro de la investigación. Es importante reconocer que la información suministrada se convierte en un elemento que influye en la autenticidad del estudio debido a que el tener el

informante conocimientos de la intencionalidad del estudio y de la recolección de datos pueda dar una respuesta aceptable. La finalidad del consentimiento es que las personas acepten estar en la investigación siempre y cuando se tomen en cuenta sus valores y principios como el interés que les despierta aportar su experiencia al fenómeno estudiado.

Correspondiente al Artículo 15 En esta investigación se realizará un listado de los participantes después se extraerán esas listas a Excel utilizando un método aleatorio de selección para obtener una asignación imparcial de cada participante o grupo tomando en cuenta las medidas de seguridad para prevenir un daño o riesgo a los sujetos.

Conforme el artículo 16 dentro de esta misma se toma en cuenta la confidencialidad del sujeto es decir su nombre o sentimientos expresados serán solo utilizados para la investigación estos no serán divulgados o expuestos, todo será tratado de manera anónima y con confidencialidad. La información expuesta en esta investigación no será utilizada para ningún otro fin que ponga en riesgo la integridad y dignidad del sujeto de estudio, el sujeto tiene el derecho de solicitar la información realizada en el estudio y los resultados de este mismo

Es una investigación sin riesgo ya que cubre varios aspectos contenidos en el artículo 17, ya que se realiza a individuos con plena salud mental con un previo consentimiento informado. la recolección de datos se realizará a través de medios electrónicos y el participante no se verá afectado física o emocionalmente.

Conforme el artículo 20,21 y 22, el consentimiento informado se realizará escrito por el investigador. Dentro del consentimiento informado se tomaran en cuenta una carta normativa y de responsabilidad donde se indique el nombre del sujeto, donde apruebe de manera voluntaria a participar en la investigación, en donde el sujeto se encuentre en pleno uso de sus facultades físicas así como mentales, el consentimiento será firmado por decisión propia y sin coacción alguna; en caso de menores de edad se realizará un consentimiento a los

padres, se les explicara de manera verbal lo que conlleva la investigación , otro punto importantes es que se involucran una o más instituciones dentro de estudio se pedirá la aprobación de comité de ética de estas mismas así como la autoridad responsables de estas. Dentro del consentimiento se explicará el objetivo de la investigación, su justificación y el por qué se realiza, todo de manera concisa y entendible; el sujeto puede retirarse de la investigación y retirar su consentimiento cuando la cree riesgosa o va en contra de sus valores, además de que se le estará proporcionado información actualizada y puede ser acreedor de ayuda cuando no entienda una pregunta.; dentro de este mismo se le explicaran los beneficios y riesgos de la investigación.

Análisis De Datos

Una vez que se obtuvieron los datos, se codificaron dos para su procesamiento electrónico a través el paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versión 22, para Windows. Se emplearon frecuencias absolutas y porcentuales, así como las medidas de tendencia central y dispersión de media aritmética, mediada, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo por variable delimitada.

RESULTADOS

En el siguiente punto se muestran los resultados recolectados a 70 estudiantes de Enfermería que cursan 5 y 6 semestre en una Universidad Pública del Estado de Nuevo León; En este apartado se podrán observar los aspectos sociodemográficos de los jóvenes, las preguntas de los instrumentos y sus respuestas se acomodaron en tablas y se dividieron por dimensiones; el primer instrumento que tiene por nombre Cuestionario para el estudio de la Competencia Digital del Alumnado de Educación Superior (CDAES) está conformado por las dimensiones: Alfabetización tecnológica, Búsqueda y tratamiento de la información, Pensamiento crítico , solución de problemas y toma de decisiones, Comunicación y colaboración,

Ciudadanía Digital y Creación e innovación este cuestionario abarca de la tabla 3 hasta la tabla 8 , mientras que el segundo instrumento tiene por nombre Cuestionario para medir el uso y amplitud del tac y está conformado por: Frecuencia de uso de

juegos, mensajería, RRSS en ordenados o móvil , Utilidad de la TIC en el ámbito académico en ordenador o móvil y conducta/emoción que generan las TIC durante el uso de ordenador o móvil, las preguntas abarcan de la tabla 8 a las tabla 11.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los jóvenes universitarios

| <i>Variables</i> | <i>f</i> | <i>%</i> |
|------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Femenino | 57 | 81.4 |
| Masculino | 13 | 18.6 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 67 | 95.7 |
| Casado | 2 | 2.9 |
| Divorciado | 0 | 0.0 |
| Viudo | 0 | 0.0 |
| Unión libre | 1 | 1.4 |
| Semestre | | |
| Quinto semestre | 46 | 65.7 |
| Sexto semestre | 24 | 34.4 |

Tabla 2
Medidas de tendencia central para la variable edad de los participantes

| Variable | Muestra | Media | Mediana | Moda | DE | Min | Max |
|----------|---------|-------|---------|------|-------|-----|-----|
| Edad | 70 | 20.91 | 20.00 | 20 | 1.976 | 19 | 31 |

Nota: Cuestionario para el estudio de la Competencia Digital del Alumnado de Educación Superior (CDAES)

Tabla 3
Frecuencias y proporciones del CDAES: Alfabetización tecnológica (Funcionamiento y conceptos de las TIC's).

| Pregunta | Completamente ineficaz | | Moderadamente ineficaz | | Eficaz | | Dominación moderada | | Dominación completa | |
|----------|------------------------|----------|------------------------|----------|----------|----------|---------------------|----------|---------------------|----------|
| | <i>f</i> | <i>%</i> | <i>f</i> | <i>%</i> | <i>f</i> | <i>%</i> | <i>f</i> | <i>%</i> | <i>f</i> | <i>%</i> |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|----|------|----|------|----|------|----|------|
| 1.Soy capaz de utilizar distintos tipos de sistemas operativos instalados en un ordenador (Microsoft Windows, Linux, Mac.) y en dispositivos móviles (iOS, Android, BlackBerry OS...). | 2 | 2.9 | 2 | 2.9 | 21 | 30.0 | 30 | 42.9 | 15 | 21.4 |
| 2.Soy capaz de utilizar distintos dispositivos móviles (Smartphone, Tablet, PDAs...). | 3 | 4.3 | 0 | 0.0 | 15 | 21.4 | 24 | 34.3 | 28 | 40.0 |
| 3.Navego por Internet con diferentes navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox, Safari, Opera,). | 3 | 4.3 | 3 | 4.3 | 14 | 20.0 | 22 | 31.4 | 28 | 40.0 |
| 4.Domino distintas herramientas ofimáticas para el tratamiento de la información, tales como los procesadores de texto, hojas de cálculo, bases de datos. | 5 | 7.1 | 10 | 14.3 | 29 | 41.4 | 18 | 25.7 | 8 | 11.4 |
| 5.Me puedo comunicar con otras personas utilizando herramientas de comunicación sincrónica vía Web (chat, servicios de mensajería instantánea, Skype,). | 2 | 2.9 | 2 | 2.9 | 9 | 12.9 | 24 | 34.3 | 33 | 47.1 |
| 6. Soy capaz de comunicarme con otras personas utilizando herramientas de comunicación asincrónica vía Web (foros, redes sociales, listas de distribución, tweets) | 1 | 1.4 | 3 | 4.3 | 16 | 22.9 | 23 | 32.9 | 27 | 38.6 |
| 7. Domino las herramientas de la Web 2.0 para compartir y publicar recursos en línea (Blog, Slideshare, YouTube, Podcast). | 1 | 1.4 | 4 | 5.7 | 21 | 30.0 | 22 | 31.4 | 22 | 31.4 |

Nota. Cuestionario para el estudio de la Competencia Digital del Alumnado de Educación Superior (CDAES)

En la tabla 3 se puede observar que los estudiantes de 5to y 6to semestre, 42.9% dominación moderada en utilizar distintos tipos de sistemas operativos y un 21.4 % tiene una dominación

completa mientras que un 40.0% tiene una dominación completa en utilizar distintos dispositivos móviles y el 21.4% es eficaz; En Domino distintas herramientas ofimáticas para el tratamiento de la

información un 11.4% tiene una dominación completa siendo tan bajo el porcentaje y 41.4% es eficaz. En la pregunta Me puedo

comunicar con otras personas utilizando herramientas de comunicación sincrónica vía Web alrededor de 47.1% contesto tener una dominación

completa y 2.9 % es completamente ineficaz también 38.6% tiene un completo dominio en comunicación asincrónica vía Web y el 1.4% es completamente ineficaz. 31.4% tiene una dominación moderada correspondiente al dominio de herramientas de la Web 2.0 para compartir y publicar recursos en línea y un 5.7% es moderadamente ineficaz.

Tabla 4

Frecuencias y proporciones del CDAES: Búsqueda y tratamiento de la información (Investigación y manejo de la información).

| Pregunta | Completamente ineficaz | | Moderadamente ineficaz | | Eficaz | | Dominación moderada | | Dominación completa | |
|---|------------------------|-----|------------------------|------|--------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 11. Soy capaz de localizar información a través de diferentes fuentes y bases de datos disponibles en la Red | 1 | 1.4 | 3 | 4.3 | 22 | 31.4 | 26 | 37.1 | 18 | 25.7 |
| 12. Sé identificar la información relevante evaluando distintas fuentes y su procedencia. | 0 | 0.0 | 7 | 10.0 | 34 | 48.6 | 24 | 34.3 | 5 | 7.1 |
| 13. Soy capaz de organizar, analizar y usar éticamente la información a partir de una variedad de fuentes y medios. | 0 | 0.0 | 24 | 34.3 | 24 | 34.3 | 21 | 30.0 | 21 | 30.0 |
| 14. Sintetizo la información seleccionada adecuadamente para la construcción y asimilación del nuevo contenido, mediante tablas, gráficos o esquemas | 0 | 0.0 | 5 | 7.1 | 25 | 35.7 | 21 | 30.0 | 19 | 27.1 |
| 15. Uso organizadores gráficos y software para la realización de mapas conceptuales y mentales (CmapTool, Mindomo...), diagramas o esquemas, para presentar las relaciones entre ideas y conceptos. | 0 | 0.0 | 6 | 8.6 | 21 | 30.0 | 25 | 35.7 | 18 | 25.7 |
| 16. Planifico búsquedas de información para la resolución de problemas. | 0 | 0.0 | 6 | 8.6 | 21 | 30.0 | 25 | 35.7 | 18 | 25.7 |

Nota. Cuestionario para el estudio de la Competencia Digital del Alumnado de Educación Superior (CDAES)

En la tabla 4 se muestra que cerca de 37.5 % de los alumnos tiene una dominación moderada con respecto a localizar información a través de diferentes fuentes y bases de datos disponibles en la Red mientras 25.7% un dominación completa y 4.3 % son moderadamente eficaces; 48.6% de los estudiantes es eficaz identificando la información relevante evaluando distintas fuentes y su procedencia mientras que el 7.1% tiene una dominación completa, en la pregunta soy capaz de organizar, analizar y usar éticamente la información a partir de una variedad

de fuentes y medios se encontró un porcentaje igualitario con el 34.3% en moderadamente ineficaz y eficaz y 30.0% en dominación moderada y completamente. En la pregunta Sintetizo la información seleccionada adecuadamente para la construcción y asimilación del nuevo contenido, mediante tablas, gráficos o esquemas 35.7% es eficaz y el 7.1% es moderadamente ineficaz. 35.7% de los estudiantes tienen una dominación moderada en el uso organizadores gráficos y software para la realización de mapas conceptuales y mentales, 8.6% es eficaz; en la Planificación de búsquedas de información para la resolución de problemas 35.7% tiene una dominación moderada.

Tabla 5

Frecuencias y proporciones del CDAES: Pensamiento crítico, solución de problemas y toma de decisiones.

| Pregunta | Completamente ineficaz | | Moderadamente ineficaz | | Eficaz | | Dominación moderada | | Dominación completa | |
|--|------------------------|-----|------------------------|------|--------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 17. Soy capaz de identificar y definir problemas y/o preguntas de investigación utilizando las tecnologías de la información y comunicación | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 28 | 40.0 | 30 | 42.9 | 12 | 17.1 |
| 18. Utilizo los recursos y herramientas digitales para la exploración de temas del mundo actual y la solución de problemas reales, atendiendo a necesidades personales, sociales, profesionales. | 0 | 0.0 | 3 | 4.3 | 28 | 40.0 | 22 | 31.4 | 17 | 24.3 |
| 19. Sé analizar las capacidades y limitaciones de los recursos de las tecnologías de la información y comunicación | 5 | 7.1 | 9 | 12.9 | 26 | 37.1 | 22 | 31.4 | 8 | 11.4 |
| 20. Configuro y resuelvo problemas que se presenten relacionados con hardware, software y sistemas de redes para optimizar su uso para el aprendizaje y la productividad. | 2 | 2.9 | 5 | 7.1 | 27 | 38.6 | 25 | 35.7 | 11 | 15.7 |

En la tabla 5 se identifica que los estudiantes de 5to y 6to el 42.9% se encuentra una dominación moderada al identificar y definir problemas y/o preguntas de investigación con la utilización de las TIC's mientras el 17.1% tiene una dominación completa, 40.0% es eficaz al momento de utilizar los recursos y herramientas digitales para la exploración de temas del mundo actual y la solución

de problemas reales mientras el 4.3% es completamente ineficaz; el 37.1% es eficaz de analizar las capacidades y limitaciones de los recursos de las TIC's y el 11.4% tiene una dominación completa. 38.6% es eficaz al momento de configurar y resolver problemas que se presenten relacionados con hardware, software y sistemas y el 15.7% tiene una dominación completa y el 2.9% es completamente ineficaz

Tabla 6

Frecuencias y proporciones del CDAES: Comunicación y colaboración.

| Pregunta | Completamente ineficaz | | Moderadamente ineficaz | | Eficaz | | Dominación moderada | | Dominación completa | |
|--|------------------------|------|------------------------|------|--------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % |
| 21. Comparto información de interés con mis compañeros empleando una variedad de entornos y medios digitales. | 2 | 2.9 | 8 | 11. | 15 | 21.4 | 23 | 32.9 | 22 | 31.4 |
| 22. Comunico efectivamente información e ideas a múltiples audiencias, usando variedad de medios y formatos. | 3 | 4.3 | 7 | 10.0 | 19 | 27.1 | 23 | 32.9 | 18 | 25.7 |
| 23. Soy capaz de desarrollar una comprensión cultural y una conciencia global mediante la comunicación con otros estudiantes y profesionales de otras culturas. | 2 | 2.9 | 8 | 11.4 | 16 | 22.9 | 23 | 32.9 | 21 | 30.0 |
| 24. Sé utilizar programas informáticos (Slide Share, Google Docs...) y herramientas tecnológicas para administrar y comunicar información con mis compañeros y otros usuarios en la Red. | 2 | 2.9 | 13 | 18.6 | 21 | 30.0 | 21 | 30.0 | 11 | 15.7 |
| 25. Soy capaz de coordinar actividades en grupo utilizando las herramientas y medios de la Red. | 3 | 4.3 | 4 | 5.7 | 25 | 35.7 | 25 | 35.7 | 13 | 18.6 |
| 26. Interactúo con otros compañeros y usuarios empleando las redes sociales (Facebook, Ning, Twitter...) y canales de comunicación (Blog, canal YouTube...) basados en TIC. | 4 | 5.7 | 8 | 11.4 | 15 | 21.4 | 26 | 37.1 | 17 | 24.3 |
| 27. Soy capaz de diseñar, crear o modificar una Wiki (Wikispaces, Nirewiki...). | 8 | 11.4 | 15 | 21.4 | 19 | 27.1 | 19 | 27.1 | 9 | 12.9 |
| 28. Sé utilizar los marcadores sociales para localizar, almacenar y etiquetar recursos de Internet | 4 | 5.7 | 7 | 10.0 | 16 | 22.9 | 24 | 34.3 | 19 | 27.1 |

En la tabla 6 se muestra las frecuencias y proporciones de la dimensión comunicación y colaboración en donde se encontró que 32.9% de los estudiantes tiene una dominación moderada respecto a compartir información de interés con los compañeros empleando una variedad de entornos y medios digitales y 2.9% es completamente ineficaz;

En la pregunta Comunico efectivamente información e ideas a múltiples audiencias, usando variedad de medios y formatos 32.9 % tiene una dominación moderada y el 11.4 % es moderadamente ineficaz. El 32.9% de los estudiantes es capaz de desarrollar una comprensión cultural y una conciencia global mediante la comunicación con otros estudiantes y el

2.9 % es completamente ineficaz, 30.0 % tiene dominación moderada con respecto a utilizar programas informáticos y herramientas tecnológicas para administrar y comunicar información y el 15.7% tiene una dominación completa. Un 18.6% de los estudiantes son completamente dominantes en coordinar actividades en grupo utilizando las

herramientas y medios de la Red y 4.3 % es completamente ineficaz; 37.1% tiene una dominación moderada en interactuar con otros compañeros y usuarios empleando las redes sociales y canales de comunicación mientras que el 5.7 % es completamente ineficaz.

Tabla 7

Frecuencias y proporciones del CDAES: Ciudadanía digital.

| Pregunta | Completamente ineficaz | | Moderadamente ineficaz | | Eficaz | | Dominación moderada | | Dominación completa | |
|--|------------------------|-----|------------------------|------|--------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 29. Asumo un compromiso ético en el uso de la información digital y de las tecnologías de la información y comunicación, incluyendo el respeto por los derechos de autor, la propiedad intelectual y la referencia adecuada de las fuentes | 2 | 2.9 | 10 | 14.3 | 21 | 30.0 | 21 | 30.0 | 16 | 22.9 |
| 31. Demuestro la responsabilidad personal para el aprendizaje a lo largo de la vida utilizando las tecnologías de la información y comunicación | 1 | 1.4 | 7 | 10.0 | 30 | 42.9 | 26 | 37.1 | 6 | 8.6 |
| 32. Me considero competente para hacer críticas constructivas, juzgando y haciendo aportaciones a los trabajos tecnológicos de la información y comunicación desarrolladas por mis compañeros. | 2 | 2.9 | 5 | 7.1 | 23 | 32.9 | 18 | 25.7 | 22 | 31.4 |
| 33. Exhibo una actitud positiva frente al uso de las tecnologías de la información y comunicación para apoyar la colaboración, el aprendizaje y la productividad. | 1 | 1.4 | 9 | 12.9 | 17 | 24.3 | 24 | 34.3 | 19 | 27.1 |

Nota: Cuestionario para el estudio de la Competencia Digital del Alumnado de Educación Superior (CDAES)

En la tabla 7 se observan las Frecuencias y proporciones de la dimensión Ciudadanía digital; en la pregunta Asumo un compromiso ético en el uso de la información digital, incluyendo el respeto por los derechos de autor, la propiedad intelectual y la referencia adecuada de las fuentes el 30.0 % es

eficaz y dominación moderada mientras que 14.3 es moderadamente ineficaz, un 42.9% es eficaz al momento de demostrar la responsabilidad personal para el aprendizaje a lo largo de la vida utilizando las TIC's y el 8.6% tiene una dominación completa; En la pregunta me considero competente para hacer

críticas constructivas, juzgando y haciendo aportaciones a los trabajos tecnologías de la información y comunicación desarrolladas por mis compañeros 32.9% es eficaz y el 7.1% es moderadamente ineficaz; En Exhibo una actitud

positiva frente al uso de las tecnologías de la información y comunicación para apoyar la colaboración, el aprendizaje y la productividad 34.3% tiene una dominación moderada y 1.4 % completamente ineficaz

Tabla 8

Frecuencias y proporciones del CDAES: Creatividad e innovación.

| Pregunta | Completamente ineficaz | | Moderadamente ineficaz | | Eficaz | | Dominación moderada | | Dominación completa | |
|--|------------------------|-----|------------------------|------|--------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % |
| 34. Tengo la capacidad de concebir ideas originales, novedosas y útiles utilizando las tecnologías de la información y comunicación. | 3 | 4.3 | 4 | 5.7 | 27 | 38.6 | 26 | 37.1 | 10 | 14.3 |
| 35. Soy capaz de crear trabajos originales utilizando los recursos tecnologías de la información y comunicación tradicionales y emergentes | 2 | 2.9 | 14 | 20.0 | 22 | 31.4 | 18 | 25.7 | 11 | 15.7 |
| 36. Uso modelos y simulaciones para explorar sistemas y temas complejos utilizando las tecnologías de la información y comunicación. | 1 | 1.4 | 6 | 8.6 | 27 | 38.6 | 25 | 35.7 | 11 | 15.7 |
| 37. Desarrollo materiales donde utilizo las tecnologías de la información y comunicación. | 3 | 4.3 | 2 | 2.9 | 29 | 40.0 | 27 | 38.6 | 10 | 14.3 |
| 38. Soy capaz de adaptarme a nuevas situaciones y entornos tecnológicos | 5 | 7.1 | 5 | 7.1 | 22 | 31.4 | 21 | 30.0 | 17 | 24.3 |

Nota: Cuestionario para el estudio de la Competencia Digital del Alumnado de Educación Superior (CDAES)

En la tabla 8 identificamos que los estudiantes de 5 y 6 semestre presentan el 38.6% de eficacia en la capacidad de concebir ideas originales, novedosas y útiles utilizando las tecnologías de la información y comunicación y 14.3% una dominación completa. En el dominio de crear trabajos originales utilizando los

recursos tecnologías de la información y comunicación tradicionales y emergentes 31.4% contestaron ser eficaz y el 15.7% tienen una dominación completa también se pudo observar que 38.6% de los estudiantes son eficaces al momento de utilizar modelos y simulaciones para explorar

sistemas y temas complejos utilizando las TIC's y 1.4 % son completamente ineficaces. Cerca del 40.0% de los estudiantes contestaron ser eficaz al momento de desarrollar materiales donde utilizo las TIC's y el 2.9%

son Moderadamente ineficaces por último 31.4% son eficaces al momento de adaptarse a nuevas situaciones y entornos tecnológicos y 7.1 % son completamente ineficaz

Porcentaje de respuestas de cuestionario para medir el uso y amplitud del tac

Tabla 9

Frecuencias y proporciones del CUTIC: Frecuencia de uso de juegos, mensajería y RRSS en ordenador y/o tableta.

| Pregunta | Nunca | | Rara vez | | Ocasionalmente | | Casi siempre | | Siempre | |
|---|-------|------|----------|------|----------------|------|--------------|------|---------|------|
| | ▣ | % | ▣ | % | ▣ | % | ▣ | % | ▣ | % |
| 1. ¿Con qué frecuencia consultas el email al día en ordenador y/o tableta? (39) | 0 | 0.0 | 18 | 25.7 | 26 | 37.1 | 11 | 15.7 | 15 | 21.4 |
| 2. ¿Con qué frecuencia al día utilizas servicios de mensajería (WhatsApp, chat) en ordenador y/o tableta (40) | 1 | 1.4 | 3 | 4.3 | 9 | 12.9 | 16 | 22.9 | 41 | 58.6 |
| 3. ¿Con qué frecuencia al día juegas por Internet en ordenador y/o tableta? (41) | 12 | 17.1 | 25 | 35.7 | 13 | 18.6 | 8 | 11.4 | 12 | 17.1 |
| 4. ¿Con qué frecuencia al día utilizás Internet desde soportes como ordenador y/o tableta en las Redes Sociales? (42) | 2 | 2.9 | 8 | 11.4 | 21 | 30.0 | 16 | 22.9 | 23 | 32.9 |
| 5. ¿Con qué frecuencia al día utilizás Facebook desde soportes como ordenador y/o tableta? (43) | 2 | 2.9 | 15 | 21.4 | 18 | 25.7 | 10 | 14.3 | 25 | 35.7 |
| 6. ¿Con qué frecuencia al día utiliza Instagram desde soportes como ordenador y/o tableta? (44) | 0 | 0.0 | 18 | 25.7 | 26 | 37.1 | 11 | 15.7 | 15 | 21.4 |
| 7. ¿Con qué frecuencia al día utilizás YouTube desde soportes como ordenador y/o tableta? (45) | 12 | 17.1 | 25 | 35.7 | 13 | 18.6 | 8 | 11.4 | 12 | 17.1 |

En la tabla 9 se visualiza las Frecuencias y proporciones de la dimensión de frecuencia de uso de juegos, mensajería y RRSS en ordenador y/o tableta. En la pregunta ¿Con qué frecuencia consultas el email al día en ordenador y/o tableta? el 37.1% respondió ocasionalmente y 15.7% casi siempre, 58.6% de los alumnos contestaron siempre a la pregunta ¿Con qué frecuencia al día utilizas servicios de mensajería (WhatsApp, chat) en ordenador y/o

tableta? y el 1.4% nunca; otra cosa que se observo es que 35.7% contesto que rara vez al día juegan por Internet en ordenador y/o tableta y 11.4% siempre. 32.9% de las personas encuestadas respondieron siempre utilizar Internet desde soportes como ordenador y/o tableta en las Redes Sociales y un 2.9% nunca; El 35.7% de los alumnos siempre utiliza Facebook desde el ordenador o tableta y 2.9% nunca, en el uso de Instagram 37.1 % ocasionalmente lo usa

y 15,7% casi siempre con respecto a la utilización de YouTube 35.7 rara vez lo usan y un 11.4 % casi siempre.

Tabla 10

Frecuencias y proporciones del CUTIC: Frecuencia de uso de juegos, mensajería y RRSS en teléfono móvil (celular).

| Pregunta | Nunca | | Rara vez | | Ocasionalmente | | Casi siempre | | Siempre | |
|--|-------|------|----------|------|----------------|------|--------------|------|---------|------|
| | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % | ▮ | % |
| 8. ¿Con qué frecuencia consultas el email al día en el teléfono móvil (celular)? (46) | 2 | 2.9 | 5 | 7.1 | 23 | 32.9 | 18 | 25.7 | 22 | 31.4 |
| 9. ¿Con qué frecuencia al día utilizas servicios de mensajería (WhatsApp, chat) en el teléfono móvil (celular)? (47) | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 28 | 40.0 | 30 | 42.9 | 12 | 17.1 |
| 10. ¿Con qué frecuencia al día juegas por Internet en el teléfono móvil (celular)? (48) | 3 | 4.3 | 0 | 0.0 | 15 | 21.4 | 24 | 34.3 | 28 | 40.0 |
| 11. ¿Con qué frecuencia al día te conectas a Internet desde el teléfono móvil (celular) para usar las Redes Sociales? (49) | 12 | 17.1 | 25 | 35.7 | 13 | 18.6 | 8 | 11.4 | 12 | 17.1 |
| 12. ¿Con qué frecuencia al día utilizas Facebook desde el teléfono móvil (celular)? (50) | 2 | 2.9 | 5 | 7.1 | 23 | 32.9 | 18 | 25.7 | 22 | 31.4 |
| 13. ¿Con qué frecuencia al día utilizas Instagram desde el teléfono móvil (celular)? (51) | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 28 | 40.0 | 30 | 42.9 | 12 | 17.1 |
| 14. ¿Con qué frecuencia al día utilizas YouTube desde el teléfono móvil (celular)? (52) | 3 | 4.3 | 0 | 0.0 | 15 | 21.4 | 24 | 34.3 | 28 | 40.0 |

En la tabla 10 se visualiza las Frecuencias y proporciones de la dimensión de frecuencia de uso de juegos, mensajería y RRSS en el teléfono móvil. En la pregunta ¿Con qué frecuencia consultas el email al día en teléfono móvil? el 32.9% respondió ocasionalmente y un 7.1% rara vez, 42.9% de los alumnos contestaron casi siempre a la pregunta ¿Con qué frecuencia al día utilizas servicios de mensajería (WhatsApp, chat) en el teléfono móvil? y el 17.1% siempre; otra cosa que se observo es que 40%

contesto que siempre al día juegan por Internet en el teléfono móvil y 4.3% nunca. 35.7% de las personas encuestadas respondieron rara vez utilizar Internet desde el teléfono móvil y un 11.4% casi siempre; El 32.9% de los alumnos ocasionalmente utiliza Facebook desde el teléfono móvil y 2.9% nunca, en el uso de Instagram 40 % ocasionalmente lo usa y 17.1% siempre, con respecto a la utilización de YouTube 40% siempre lo usan y un 4.3% nunca.

Tabla 11

Frecuencias y proporciones del CUTIC: Utilidad de las TIC en el ámbito educativo utilizando ordenador y/o tableta.

| Pregunta | Nunca | | Rara vez | | Ocasionalmente | | Casi siempre | | Siempre | |
|---|-------|-----|----------|-----|----------------|------|--------------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 18. ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del ordenador y/o la tableta en el trabajo de aula? (56) | 3 | 4.3 | 0 | 0.0 | 15 | 21.4 | 24 | 34.3 | 28 | 40.0 |
| 19. ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del ordenador y/o la tableta en el ámbito educativo en el trabajo en grupo? (57) | 2 | 2.9 | 2 | 2.9 | 9 | 12.9 | 24 | 34.3 | 33 | 47.1 |
| 20. ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del ordenador y/o la tableta en el ámbito educativo en la búsqueda de información? (58) | 2 | 2.9 | 5 | 7.1 | 23 | 32.9 | 18 | 25.7 | 22 | 31.4 |
| 21. ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del ordenador y/o la tableta en investigación en el ámbito educativo? (59) | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 28 | 40.0 | 30 | 42.9 | 12 | 17.1 |

En la tabla 11 se muestra las frecuencias y proporciones en la dimensión utilidad de las TIC en el ámbito educativo utilizando ordenador y/o tableta; de los estudiantes de 5 y 6 semestre 40% contestaron que siempre es útil el uso de Internet a través del ordenador y/o la tableta en el trabajo de aula y un 4.3 que nunca; Conforme a la pregunta ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del ordenador y/o la tableta en el ámbito educativo en el trabajo en grupo?

El 47.1 % respondió siempre y el 12.9 ocasionalmente.; de esta misma pregunta 32.9% ocasionalmente utilizan el internet para la búsqueda de información en su ordenador o tableta y el 7.1 rara vez. En la pregunta ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del ordenador y/o la tableta en investigación en el ámbito educativo? El 42.9% respondió casi siempre y un 17.1 % siempre

Tabla 12.

Frecuencias y proporciones del CUTIC: Utilidad de las TIC en el ámbito educativo utilizando teléfono móvil (celular).

| Pregunta | Nunca | | Rara vez | | Ocasionalmente | | Casi siempre | | Siempre | |
|--|-------|-----|----------|-----|----------------|------|--------------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 25. ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través teléfono móvil (celular) en el ámbito educativo en el trabajo de aula? (63) | 2 | 2.9 | 2 | 2.9 | 9 | 12.9 | 23 | 32.9 | 33 | 47.1 |
| 26. ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del teléfono móvil (celular) en el ámbito educativo en el trabajo en grupo? (64) | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 28 | 40.0 | 30 | 42.9 | 12 | 17.1 |

| | | | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|
| 27. ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del teléfono móvil (celular) en el ámbito educativo en la búsqueda de información? (65) | 2 | 2.9 | 5 | 7.1 | 23 | 32.9 | 18 | 25.7 | 22 | 31.4 |
| 28. ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del teléfono móvil (celular) en investigación en el ámbito educativo? (66) | 12 | 17.1 | 25 | 35.7 | 13 | 18.6 | 8 | 11.4 | 12 | 17.1 |

En la tabla 12 se muestra las frecuencias y proporciones en la dimensión utilidad de las TIC en el ámbito educativo utilizando teléfono móvil; de los estudiantes de 5 y 6 semestre 47.1% contestaron que siempre es útil el uso de Internet a través del teléfono móvil en el trabajo de aula y un 12.9% ocasionalmente; Conforme a la pregunta ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del teléfono móvil en el ámbito educativo en el trabajo en grupo? El 42.9 %

respondió casi siempre y el 17.1% siempre.; de esta misma pregunta 32.9% ocasionalmente utilizan el internet para la búsqueda de información en su teléfono móvil y el 7.1% rara vez. En la pregunta ¿Consideras que es útil el uso de Internet a través del teléfono móvil en investigación en el ámbito educativo? El 35.7% respondió rara vez y un 11.4% casi siempre

Tabla 13

Frecuencias y proporciones del CUTIC: Conducta/emoción generada por las TIC durante su uso con ordenador y/o tableta.

| Pregunta | Nunca | | Rara Vez | | Ocasionalmente | | Casi siempre | | Siempre | |
|--|-------|------|----------|------|----------------|------|--------------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 15. Me siento irritable /ansioso/ agitado cuando por algún motivo no puedo utilizar Internet queriendo hacerlo con el ordenador y/o la tableta. (53) | 12 | 17.1 | 25 | 35.7 | 13 | 18.6 | 8 | 11.4 | 12 | 17.1 |
| 16. He dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar conectado a Internet con el ordenador y/o la tableta. (54) | 2 | 2.9 | 5 | 7.1 | 23 | 32.9 | 18 | 25.7 | 22 | 31.4 |
| 17. Encuentro tranquilidad, alivio, desahogo cuando navego por la Red con él con el ordenador y/o la tableta. (55) | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 28 | 40.0 | 30 | 42.9 | 12 | 17.1 |

En la tabla 13 se muestran que el 35.7% de los alumnos contestó rara vez se sienten irritable /ansioso/ agitado cuando por algún motivo cuando no pueden utilizar Internet queriendo hacerlo con el

ordenador y/o la tableta y 11.4% contestó un casi siempre. El 32.9% ocasionalmente ha dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar conectado a Internet con el ordenador y/o la tableta mientras en 2.9% nunca. En la pregunta

Encuentro tranquilidad, alivio, desahogo cuando navego por la Red con él con el ordenador y/o la

tableta el 42.9% casi siempre y el 17.1% siempre

Tabla 14

Frecuencias y proporciones del CUTIC: Conducta/emoción generada por las TIC durante su uso teléfono móvil.

| Pregunta | Nunca | | Rara vez | | Ocasionalmente | | Casi siempre | | Siempre | |
|--|-------|------|----------|------|----------------|------|--------------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 22. Me siento irritable /ansioso/ agitado cuando por algún motivo no puedo utilizar Internet queriendo hacerlo con el teléfono móvil (celular). (60) | 12 | 17.1 | 25 | 35.7 | 13 | 18.6 | 8 | 11.4 | 12 | 17.1 |
| 23. He dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar conectado a Internet con el teléfono móvil (celular). (61) | 2 | 2.9 | 5 | 7.1% | 23 | 32.9 | 18 | 25.7 | 22 | 31.4 |
| | 3 | 4.3 | 0 | 0.0 | 15 | 21.4 | 24 | 34.3 | 28 | 40.0 |
| 24. Encuentro tranquilidad, alivio, desahogo cuando navego por la Red con el teléfono móvil (celular). (62) | | | | | | | | | | |

En la tabla 14 se muestran que el 35.7 de los alumnos contestó rara vez se sienten irritable /ansioso/ agitado cuando por algún motivo cuando no pueden utilizar Internet queriendo hacerlo con teléfono móvil y 11.4% contestó un casi siempre. El 32.9% ocasionalmente ha dejado de hacer alguna actividad (ir al cine, salir con amigos...) por estar conectado a Internet con el teléfono móvil y el 2.9 % nunca. En la pregunta Encuentro tranquilidad, alivio, desahogo cuando navego por la Red con él teléfono móvil el 40% c siempre y el 4.3% nunca.

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como propósito, determinar los niveles de las TIC en los procesos de desarrollo de los estudiantes en estudiantes de 5to y 6to de la carrera de enfermería de una universidad pública de México. Así mismo se busca determinar los factores y la accesibilidad de estas mismas entre el grupo de personas de personas encuestadas.

En relación con Cristina Alfaro en su tesis “Uso de los TIC en estudiantes de tres ciclos de Enfermería de un instituto superior” vemos una similitud con esta investigación, ya que denomina que

conforme se va avanzando en el nivel de escolaridad el uso de estas herramientas se va potencializando y utilizando de una manera más eficaz.

En relación con Roque Vladimir Carrión se encuentra que los estudiantes están en un valor intermedio – alto con el uso de las herramientas y las TIC necesarias para su desarrollo académico y personal, donde la mayoría de los encuestados se definen en los rangos Ocasionalmente y casi siempre. de la presente investigación también concuerdan con los de Rodarte (2014), quien evidenció un uso en el nivel medio, señalando que es significativo que los estudiantes de Educación tengan una alta percepción respecto a los beneficios de las TIC dentro del ámbito académico.

Los resultados encontrados difieren con los de Wong y Miranda (2016), Vélez (2012) y Díaz (2009), quienes evidenciaron un nivel bajo en el uso de las TIC. Así mismo, Díaz (2009) señala que un nivel bajo en el uso de las nuevas tecnologías puede indicar que no se trabaja con herramientas tecnológicas en los procesos de formación profesional, lo cual repercutirá en la adquisición de las competencias digitales.

REFERENCIAS

- Arduengo Romero, A., Fernández Alonso, M., Aldecoa Llana, C., Maíllo Bada, M., Álvarez Rodríguez, C., & Vega García, M. (20 de noviembre de 2016). El impacto de la tecnología en la salud. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/impacto-tecnologia-salud/>
- Batavia H, Dzenowagis J, Eskandar H, Kaonga N, Mechael D, Perez-Charolla J. mHealth: New horizons for health through mobile technologies [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2011 [acceso el 10 de Abril de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.p
- Beranuy F, Chamorro L, Jordania C. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Revista Psicothema*, Vol. 21, pp 480-485 obtenido de: <http://www.psychothema.com/pdf/3658.pdf>
- Boude Figueredo, O., & Ruiz Quintero, M. (2 de octubre de 2008). Las TIC: Propuesta para el aprendizaje de enfermería basado en problemas. Obtenido de <file:///C:/Users/Samsung/Downloads/Las%20TIC%20propuesta%20para%20el%20aprendizaje%20de%20enfermer%C3%ADa%20basado%20en%20problemas.pdf>
- Castillo J, Cabero J, Estrada I. (2016). Diseño y validación de un instrumento de evaluación de la competencia digital del estudiante universitario. *CDAES. Revista Espacios*, Vol.38. Obtenido de: <http://revistaespacios.com/a17v38n10/a17v38n10p16.pdf>
- Delgado F., Islas T. (2016) La inclusión de TIC por estudiantes universitarios: una mirada desde el conectivismo. *Revista Apertura*. Vol. 8. pp 116-129 obtenido de: <file:///C:/Users/pc/Downloads/Dialnet-LaInclusionDeTICPorEstudiantesUniversitarios-5658842.pdf>
- Fernández Cacho, L., Gordo Vega, M., & Laso Cavadas, S. (2016). Enfermería y Salud 2.0: recursos TIC's en el ámbito sanitario. *Índex de Enfermería*, 25(1-2), 51-55. Recuperado en 03 de diciembre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100012&lng=es&tlng=es.
- García Aldeco, A., Guzmán Flores, T., & Pons Bonals, L. (2019). INTEGRACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA ENFERMERÍA. *Revista Tecnología Educativa*. Recuperado a partir de <https://tecedu.uho.edu.cu/index.php/tecedu/article/view/120>
- García A, Guzmán T, & Pons L. (2019) INTEGRACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA ENFERMERÍA. Vol. 4/ Núm.2/ julio-diciembre de 2019 recuperado de <https://tecedu.uho.edu.cu/index.php/tecedu/article/view/120>
- Grande, M., Cañón, R., & Cantón, I. (2016). Tecnologías de la información y la comunicación: Evolución del concepto y características. *IJERI: International Journal of Educational Research and Innovation*. Retrieved from <https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/1703>
- Guadalupe Morales, M., Core Moreno, K., del Socorro Romano, M., & García Alarcón, R. (24 de mayo de 2020). Gestión del conocimiento a través de plataformas y herramientas digitales de aprendizaje ante la migración de clases presenciales en línea. Obtenido de <file:///C:/Users/Samsung/Downloads/Gesti%C3%B3n%20del%20conocimiento%20a%20trav%C3%A9s%20de%20plataformas%20y%20herramientas%20digitales%20de%20aprendizaje%20ante%20la%20migraci%C3%B3n%20de%20clases%20presenciales%20a%20en%20l%C3%ADnea.pdf>
- Jiménez, V., Alvarado, J. M. & Llopis, C. (2017). Validación de un cuestionario diseñado para medir frecuencia y

amplitud de uso de las TIC. EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa, 61. doi:
<https://doi.org/10.21556/edutec.2017.61>

- López Colmenares, Guadalupe Nohemí (2019). Aplicando las TIC's en el aprendizaje de la enfermería profesional. Revista Digital Universitaria (rdu). Vol. 20, núm. 5 septiembre-octubre. Recuperado de: <https://www.revista.unam.mx/2019v20n5/tic-como-auxiliar-en-el-aprendizaje-de-enfermeria-y-su-efecto-en-el-rendimiento-academico/>
- Maldonado, G., García, J., y Sampedro-Requena, B. (2019). El efecto de las TIC y redes sociales en estudiantes universitarios. RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, pp. 153-176. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3314/331460297009/html/index.html>
- Martínez Sánchez, Yurani Maricel (2017). Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y de estrategias como la simulación en la formación del personal de enfermería. Revista Ciencia tecnología e innovación en salud Vol. 2 diciembre. https://www.researchgate.net/publication/329263916_Uso_de_Tecnologias_de_la_Informacion_y_Comunicacion_TIC_y_de_estrategias_como_la_simulacion_en_la_formacion_del_personal_de_enfermeria.
- Mera, R., Barragán J., (2018) Autopercepción de estudiantes universitarios sobre el uso de tecnologías digitales para el aprendizaje. Revista Apertura, Vol. .10. pp 94-109, obtenido de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apertura/v10n2/2007-1094-apertura-10-02-94.pdf>
- Morales Espíndola, M. G., Moreno Cortés, K. C., Romano Cadena, M. M. del S., & García Alarcón, M. del R. (2020). Gestión del conocimiento, a través de plataformas y herramientas digitales de aprendizaje ante la migración de clases presenciales a en línea. Revista GEON (Gestión, Organizaciones Y Negocios), 7(2), 1-19. <https://doi.org/10.22579/23463910.217>
- Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS). Líneas estratégicas en Tecnologías de la Información y Comunicaciones para la Salud en España. 2010;(2). Disponible en: <http://www.seis.es/html/EstrategiaSEISSanidadElectronica.pdf>
- Tejada, F.J. & Ruíz, M.R. (2012). Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. ENE, Revista de Enfermería, Mis referencias 4(2). Recuperado el 05 de mayo de 2017 de: <http://www.eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/127/110>
- Vitón Castillo AA, Ceballos Ramos LM, Rodríguez Flores LA, Lazo Herrera LA, Pérez Álvarez DA. Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la carrera de Enfermería. Rev. Ciencias Médicas.2019. Disponible en <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3943>
- Yañez, A., Silvana Ortiz, L., & Espinosa, V. (2016). Las Tecnologías de la comunicación y la información (TIC) en salud: Un modelo para aplicar en la carrera de enfermería. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/200/>

CAPÍTULO 11

EXPOSICIÓN E IMPACTO FAMILIAR DEL COVID-19 EN LA VIDA DE JÓVENES UNIVERSITARIOS

Dra. Nora Hernández Martínez

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Dra. Norma Edith Cruz Chávez

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

El coronavirus generó una pandemia mundial que conllevó a una serie de cambios en las familias y personas, la gran mayoría de habitantes debieron permanecer en sus hogares para preservar su salud física y la de sus familiares, las vidas cotidianas de los estudiantes universitarios se vieron afectadas por la interrupción de las actividades presenciales. **Objetivo:** fue determinar la exposición y el impacto familiar por el COVID 19 en los jóvenes universitarios en su vida cotidiana. **Metodología:** Estudio descriptivo con una muestra de 100 jóvenes universitarios de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó el Instrumento de Exposición e Impacto familiar de COVID-19 (CEFIS-AYA). **Resultados:** la edad promedio fue de 19 años (DE=1.9), predominó el sexo femenino, el 86% señaló quedarse en casa, el 62% tuvo que trabajar fuera del hogar, un 56% comentó que tuvo que estar en cuarentena por exposición, un 73% perdió un evento familiar importante, un 12% tuvo un familiar hospitalizado y en la terapia intensiva por COVID-19. Respecto a la convivencia familiar fue un poco mejor en el 37%, respecto a la actividad física y la alimentación mostraron que fue poco peor en un 34%, en el bienestar emocional (ansiedad) estuvo presente en un 41% y el estado de humor se mostró en un 47% como un poco peor. Respecto a la angustia en relación con el COVID-19 el 21% señaló un grado 8, siendo el 10 el máximo valor. Respecto a la exposición e impacto familiar por el COVID 19 fue bajo. **Conclusión:** la exposición e impacto familiar por el COVID 19 fue bajo, la actividad física y la alimentación mostraron que fue poco peor durante el confinamiento.

Palabras clave: COVID-19, jóvenes, vida, familia, universitarios.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud [(OMS) (2021), reporta que el COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus (COVID-19) se caracterizó como una pandemia que se ha esparcido en 213 países incluyendo México en donde se han detectado 4.9 millones de casos de acuerdo con el reporte presentado por la OMS (Balluerka et al., 2020; Bravo et al., 2021). Esta enfermedad trajo grandes cambios en el estilo de vida de las personas, en la parte física y emocional generados por el confinamiento, así como la adaptación a nuevas formas de trabajo, esto a su vez ha generado en las

personas cierto grado de resiliencia, permitiéndoles sobrellevar la contingencia de salud (OMS, 2020, Postocarer & Espinoza, 2020).

Respecto a la población del mundo actual son 7.9 billones, de los cuales 1.200 millones son jóvenes de 15 a 24 años, en mayo de 2020, la OMS reportaba en 4.006.257 las personas contagiadas y 278.892 fallecidos, de estos han fallecido 36 mil jóvenes, se han reportado 48,318 casos con secuelas físicas y emocionales, siendo Estados Unidos y una gran cantidad de países de Europa especialmente Reino Unido, España e Italia, en México 906,000 jóvenes se infectaron de COVID-19 y en Nuevo León 197,104

los integrantes de la familia (United Nations, 2019; 2020).

La pandemia por COVID-19 tuvo efectos en diversos aspectos que conforman la vida de las personas, familias, comunidades y países (Mercado & Otero, 2022) que ha llevado a cambios en la vida social, laboral, económica y vida diaria del individuo como el confinamiento que se requirió el cierre de lugares de concentración poblacional tales como escuelas, centros comerciales, centros recreativos, como medida preventiva dada por las autoridades y el distanciamiento social conlleva a la restricción del contacto e interacción entre las personas manteniendo cierta distancia física y evitando el contacto entre ella (Sánchez & De la Fuente, 2020).

La situación de la población por el confinamiento por COVID-19 provocó cambios severos en la alimentación como el incremento de malos hábitos alimenticios, alto consumo de comida azucarada y un descontrol en el horario de alimentación y han causado el desarrollo de obesidad y trastornos emocionales, así como un incremento de la inactividad física como consecuencia secundaria del aislamiento social para evitar la propagación de la COVID-19 (Bravo et al., 2021; Tala et al., 2020; Vera et al., 2020; Inga, Churampi & Inga, 2022).

Respecto a la salud mental, pacientes con COVID-19 señalan que su bienestar psicológico se modificó, un 26.6% presentó ansiedad leve, mostrando síntomas de estrés postraumático y depresión, un 20.9% con enfermedad mental señalaron que su proceso de complico, aunado a que la pandemia generó un exceso de preocupación, ansiedad y cambios en el estado de ánimo por la duración de la cuarentena, temor al contagio, aburrimiento y preocupación por la falta de víveres (Vindegard, 2020; Lincona, 2020; Vera et al, 2020).

La comunicación interpersonal fue uno de los factores más afectados ya que se incrementó el estrés y la ansiedad por la mínima relación. Además, el desempleo se convirtió en otro de los efectos inesperados para muchos jefes de hogar, principalmente en la población social y económicamente vulnerables, generando un alta de

ingreso por la disminución de los recursos económicos para el hogar, que genera situaciones difíciles para garantizar la alimentación y otras necesidades de las familias (Vergara, 2021; Linconao, 2020; Talledo, 2021).

Derivado de la exposición al COVID-19 y al impacto del confinamiento y distanciamiento social la mayoría de las personas utilizaron las tecnologías de la información y la comunicación para realizar sus actividades durante el confinamiento lo que provocó estrés por poseer un dispositivo y aprender el uso de estos (Bravo et al 2021; Tala et al., 2020; Inga et al., 2022) Sin embargo, los efectos de la pandemia del COVID-19 como el confinamiento en casa, el aislamiento por temor a contraer la infección, trajo consigo problemas como la pérdida de empleo, falta de comunicación, económicos, cambio en el estilo de vida, uso de accesorios para impedir la propagación de la infección, cambios en los espacios del hogar para estudiar o realizar actividades de la vida cotidiana, como las clases presenciales ahora en línea, (Xiao, 2020), el uso de medios digitales, que generó un impacto físico, emocional del cual muchos estudiantes universitarios no estaban preparados, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la exposición e impacto familiar del COVID-19 en la vida de jóvenes universitarios de Monterrey, Nuevo León?

Marco de referencia

El sustento teórico en la presente investigación será la infección del COVID-19 y los cambios en los estilos de vida de los jóvenes universitarios.

Durante la pandemia de la COVID-19, las actividades cotidianas de los estudiantes universitarios afectó el estilo de vida por las medidas impuestas por los gobiernos como estrategia para controlar la propagación del coronavirus, que es una enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 o beta coronavirus que causa una infección respiratoria aguda, caracterizada por fiebre alta, tos, disnea, escalofríos, temblor persistente, dolor muscular, cefalea, mialgias, fatiga, dolor de garganta, pérdida de gusto y/o del olfato en los casos más graves puede ser sepsis, choque séptico, neumonía e incluso la

muerte (Alvarado et al., 2020).

Respecto a su microbiología se puede alojar en personas y animales, que tienen una extensa familia y causa una variedad de enfermedad en los humanos; el proceso infeccioso inicia principalmente en aparato respiratorio y puede causar síndromes respiratorios severos. La sintomatología más común es la fiebre, cansancio y tos seca, en algunos pacientes pueden presentar dolores y molestias, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto o el olfato y erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Los síntomas suelen ser graduales y provocar malestar general (Alvarado et al., 2020).

La tasa de mortalidad reportada es de 3% a 5% en la mayoría de los casos contagiados, sin embargo, México supera el 9%, en la mayoría de los casos su fácil y rápida propagación de contagios ha llegado a saturar y colapsar los sistemas de salud pública y privada, por tal razón, varios países tomaron medidas de prevención como el confinamiento social (Bravo et al., 2021).

Los impactos de la enfermedad COVID-19 en el mundo han sido incuestionables en todas las dimensiones de la vida del ser humano. La evidencia actual ha mostrado los diversos problemas psicológicos y consecuencias importantes en términos de salud mental en la población general debido a la pandemia de la COVID-19. Si bien, la pandemia ha dado lugar a alteraciones en la salud mental, incluyendo elevados niveles de ansiedad, depresión y estrés en la población, también se han identificado factores de riesgo asociados a un mayor impacto incluyendo el sexo femenino, una mayor interrupción en la vida diaria, pasar mayor a 9 horas al día en casa y ser jóvenes menores a 35 años (Toorrenegra, 2021).

La condición física puede verse reducida, promoviendo al sedentarismo; cambios en los patrones alimenticios, por el difícil, ya sea por la dificultad a su acceso o motivos económicos; los patrones de sueño, tanto por factores emocionales como físicos, o incluso el consumo de hábitos nocivos. Estos cambios son desfavorables, puede

conllevar algunos efectos a largo plazo sobre las enfermedades cardiovasculares (Vera et al., 2020).

Los estilos de vida de los jóvenes universitarios forjan cierta independencia eligiendo sus conductas alimenticias y adoptando hábitos como fumar, consumo de bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas, actividad física y sexo que a su vez tienen implicancias en su salud física y psicológica, se ven alterados por cambios de clase social, económico, cultural y mental a los que se deben afrontar durante su proceso de formación, ocasionando diversos problemas que se muestran en el estado de salud y que a su vez puede repercutir en su rendimiento académico (Mares et al., 2021).

En la pandemia COVID 19 la imposibilidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas ha repercutido directamente sobre sus estilos de vida. De acuerdo con lo anterior es importante puntualizar que la situación de sobrepeso y obesidad en el mundo se convirtió en un problema mayor debido a lo acontecido durante el 2020. Otra variable o característica que se presentó en muchas personas durante el periodo de confinamiento fue precisamente el desarrollo de conductas que tienen que ver con la salud mental como lo son la depresión y la ansiedad durante el aislamiento, manifestado tanto en personas en cuarentena como en personas trabajadoras (Vera et al., 2020).

Una población bastante susceptible a estos cambios son los estudiantes universitarios, debido a que se ven obligados a adaptarse a las nuevas formas de aprendizaje, junto con el aislamiento social obligatorio necesario, y todo esto sumado a que son un grupo que presenta una alta prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, con mayor presencia de trastornos de angustia durante los primeros años de estudio (Vera et al., 2020; Veramendi et al., 2020).

Las condiciones físicas en las que los estudiantes tuvieron que llevar a cabo sus actividades académicas también afectaron su aprendizaje. En primer lugar, el acceso a los dispositivos requeridos para participar en las actividades a distancia como laptop, PC o, como ocurrió en muchos casos, un teléfono inteligente, fue desigual afectando

severamente a las poblaciones más vulnerables. En segundo lugar, la conexión y velocidad a Internet. Los portales digitales de las instituciones sirvieron de enlace con las comunidades universitarias y fueron la vía mediante la cual se organizó la reanudación de las clases ahora en la modalidad remota. Por lo tanto, las instituciones estuvieron obligadas a recurrir al uso de plataformas digitales disponibles que permitieran a los docentes impartir sus clases usando recursos como teams, google classroom, meet y zoom (Mercado et al., 2022)

El rol del estudiante en la universidad no es algo que se asume de forma natural y espontáneamente, sino que se construye a lo largo de la vida universitaria y aquí cobra fundamental importancia, sino también favorecer en los alumnos la construcción de un papel activo, responsable y autónomo frente a sus procesos de aprendizaje en espacios y contacto con otros de su misma edad con otros ambientes sociales (Inga et al., 2022). Este estudio tuvo el propósito de conocer la exposición e impacto familiar ante el COVID-19 en la vida de jóvenes universitarios.

Estudios relacionados

Ferreira Da Mata (2021) presentaron los principales cambios ocurridos en la vida cotidiana de los estudiantes del área de la salud durante en el inicio de la pandemia de COVID-19 en Brasil. Utilizaron un estudio transversal realizado a 1786 estudiantes mayores de 18 años, en instituciones de enseñanza superior en cinco regiones de Brasil. El muestreo fue por conveniencia del tipo bola de nieve. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento denominado CEFIS-AYA, alfa de Cronbach de .80 a .92, el cual constaba de 45 preguntas que describen el perfil sociodemográfico y la vida cotidiana de los estudiantes durante el periodo de la pandemia el cual fue aplicado mediante una página web la vida cotidiana de los estudiantes universitarios el cual se aplicó a partir de una plataforma digital en la web Google Forms. Los resultados principales fueron cambios ocurridos diariamente están relacionados con la menor productividad el 94,4% de los estudiantes, con un 73,3% reportando una menor productividad; la dificultad de concentración, el

aumento en las horas de sueño, el 90,8% de los estudiantes informaron que habían cambiado, con un 79,5% durmiendo más, del peso el 87,0% informó que la calidad de la dieta empeoró, el 46,5% informó un aumento del peso corporal y el uso de dispositivos electrónicos el 1,8% de los participantes afirmó que había no hubo cambios, y la mayoría de ellos comenzaron a usar más Internet y ver más televisión/películas., la inadecuada alimentación, el mayor consumo de alimentos, el uso sustancias lícitas e ilícitas Un porcentaje del 65,5% de los estudiantes no consumía estas sustancias; sin embargo, se observó un aumento del 19% en el consumo de alcohol, 5,1% en el consumo de cigarrillos y 2,3% en el consumo de drogas ilegales y medicamentos a (7,8%) y por cuenta propia (7,2%), en especial ansiolíticos (11,7%), analgésicos (11,5%) y antidepresivos (11,2%) (Principalmente analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos), el menor interés por la apariencia personal y el menor contacto con los familiares. En cuanto a los cambios emocionales, se presentó en mayor medida ansiedad, estrés, angustia, confusión, impotencia y depresión, se concluye que el inicio de la pandemia de COVID-19 se experimentó varios cambios en su vida cotidiana.

Vera et al (2020) estudio transversal, observacional, analítico se encuestaron a 549 estudiantes universitarios de la carrera de medicina de dos universidades privadas de Lima, Perú, el cuestionario denominado cambios de los estilos de vida durante el periodo de la pandemia de COVID con un alfa de Cronbach de .81 con 27 preguntas agrupado en cuatro áreas 1 hábitos alimenticios mediante 21 preguntas, 2) Hábitos nocivos con 2 preguntas, 3) actividad física con una pregunta y 4) uso de medios de comunicación con 3 preguntas, aplicado de forma virtual. Los resultados muestran que 91% tuvieron mayor uso de internet, en segundo lugar, el consumo de alcohol y cigarrillos, la actividad física en un 65% indico una disminución en esta actividad, en conclusión, el uso del internet tuvo mayor uso durante el aislamiento social.

Fernández et al. (2021) realizaron un estudio con enfoque cuantitativo, diseño transversal, descriptivo y correlacional, conocimientos, prácticas y

estilos de vida durante COVID-19 entre estudiantes universitarios en México con una muestra de 265 estudiantes de ambos sexos de muestreo aleatorio, no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron estudiantes de enfermería de una Universidad de Morelos, de aplicó el instrumento Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II) de Nola Pender. La participación mayor fueron mujeres 83.8 %, estado civil solteros 97.4 %, la edad promedio es de 21.5 que fluctuó la edad entre 17 a 33 años, integrantes de la familia desde mono parental, nuclear y familias extensas, integrantes de 2 a 15 por familia, los participantes trabajan el 65 % en un trabajo fijo o temporal, en su mayoría originarios del Estado de Morelos, está entrevista se realizó durante la pandemia del COVID-19, ellos mencionan que presentaron síntomas indefinidos 59 % algún integrante de su familia ha enfermado 20 % y han muerto por COVID-19 dentro de su familia el 10.6 %.

En relación y análisis entre los semestres, sexo, medidas higiénicas y/o seguridad y estilo de vida: para medidas higiénicas/seguridad 2.319 puntos, y nutrición 1.509 puntuó mayor en los estudiantes de semestres intermedios del 4to. a 6to. semestre y fueron mujeres; no obstante, para asumir la responsabilidad con su salud fueron los hombres puntuó 1.553. Actividad y ejercicio: fueron los estudiantes iniciales de 1er. a 3er. semestre en análisis de medias puntuó 1.534, presentaron mayor estrés 1.518 para ambos fueron hombres. En relaciones interpersonales mujeres 1.648 y autoeficacia hombres con puntuación de 2.037. Los resultados son significativos $p < 0,05$ (5%), en las variables de estilos de vida: responsabilidad de su salud, actividad y ejercicio, presencia de estrés, relaciones interpersonales y autoeficacia. La relación entre variables se determinó mediante la prueba de coeficiente de correlación de Rho de Spearman, en la escala de estilos de vida y variables ante la pandemia COVID-19, al analizarlos, se observa que cuanto mayor es el semestre que cursan, menor la actividad y ejercicio ($r = -0.122^*$, $p < 0,047$), así como la responsabilidad de su salud ($r = -0.112$, $p < 0,067$), la presencia de estrés ($r = -0.136^*$, $p < 0,027$), relaciones interpersonales ($r = -0.248^{**}$, $p < 0,000$), y autoeficacia ($r = -0.238^{**}$, $p < 0,000$). Cuanto mayor es la edad

menor la autoeficacia ($r = -0.122^*$, $p < 0,046$). Se observa una correlación positiva entre ellos y significativa. Sexo influye en actividad y ejercicio ($r = 0.146^*$, $p < 0,017$), estrés ($r = 0.115$, $p < 0,059$). Medidas higiénicas y de seguridad con estilos de vida ($r = 0.341^{**}$, $p < 0,000$); manejo de estrés ($r = 0.213^{**}$, $p < 0,000$); relaciones interpersonales ($r = 0.240^{**}$, $p < 0,000$); autoeficacia ($r = 0.241^{**}$, $p < 0,000$) por miedo y temor ($r = 0.141^*$, $p < 0,022$). Entre mayor es el miedo y temor es menor la práctica de actividad y ejercicio ($r = 0.151^*$, $p < 0,014$); responsabilidad de su salud ($r = 0.340^{**}$, $p < 0,000$); es alta en estilos de vida ($r = 0.564^{**}$, $p < 0,000$). Con relación a la vida escolar es mayor la responsabilidad; no así en su salud ($r = 0.216^{**}$, $p < 0,000$); en relaciones interpersonales es mayor ($r = 0.317^{**}$, $p < 0,000$) y baja en miedo y temor ($r = 0.257^{**}$, $p < 0,000$). Conclusión los universitarios en general no tiene buenos hábitos alimentarios, la actividad física es nula y el estilo de vida saludable regular.

De Oliveira et al. (2021) Realizaron un estudio epidemiológico transversal con el objetivo de analizar la asociación entre el aislamiento social (AS), el nivel de actividad física (NAF) y la conducta sedentaria de la comunidad universitaria en tiempos de pandemia. El cuestionario asociación entre aislamiento social, nivel de actividad física y comportamiento sedentario en tiempos de pandemia, fue respondido por 194 personas (4,31% de la población), totalizando 141 mujeres (72,6%) y 53 hombres (27,3%) en la comunidad de la Universidad Federal de Jataí, Brasil. Para la recolección de datos, el formulario que usó fue Google Forms. El instrumento abordó las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, cargo en la UFJ, presencia de enfermedades y COVID-19, consumo de tabaco y alcohol, índice de masa corporal (IMC) y PAL (antes y durante el aislamiento). PAL se midió utilizando el Cuestionario Internacional de Actividad Física - Forma Corta (IPAQ-SF). El IPAQ-SF clasificó a los participantes como muy activos, activos, insuficientemente activos o sedentarios. Como resultados Los participantes del estudio fueron predominantemente mujeres ($n = 141$; 72,6 %), de 18 a 27 años ($n = 100$; 71 %), solteras ($n = 96$; 68 %), estudiantes ($n = 110$; 78 %) y no tenían enfermedades preexistentes ($n = 94$; 67%). Se

observaron aumentos en la masa corporal y el índice de masa corporal (IMC) y un aumento del tiempo de inactividad de la actividad física para todos los participantes, independientemente del sexo.

Síntesis de los estudios relacionados

Los estudios relacionados analizados fueron en su mayoría elaborados en países internacionales del nivel nacional México, de corte transversal, descriptivos, dos cualitativos, pero todos los estudios revisados incluyeron a ambos sexos; en su mayoría los participantes presentan una escolaridad de educación superior, con edades entre el rango de 18 a más años.

Conforme a la revisión de los estudios relacionados debido a los cambios en el estilo de vida que surgieron a partir de las medidas tomadas para la prevención de COVID-19, reportaron que los estudiantes cambiaron abruptamente su estilo de vida, al usar dispositivos de protección, señalan cambios en la calidad de vida, hicieron uso de las tecnologías, disminución de la actividad física.

Respecto a la alimentación reportan que la población estudiantil su alimentación no fue adecuada, se destaca que se incrementó el consumo de sustancias como alcohol y tabaco, sus relaciones interpersonales cambiaron, miembros de su familia enfermaron de COVID-19, algún miembro falleció de lo mismo, reportan mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés, en conclusión se reportó un estilo de vida no saludable, baja productividad en su rendimiento académico lo que provocó que en algunos estudiantes perdieran su ciclo académico, aumento de masa corporal, menor interés en su apariencia personal.

Definición de términos.

Exposición por el COVID-19: es el contacto físico al que los estudiantes universitarios estuvieron expuestos a la infección del COVID-19 el cual fue medido por medio del Instrumento de Exposición e Impacto familiar de COVID-19 (CEFIS-AYA) versión en español de Kazak et al. (2021).

Impacto familiar por el Covid-19: es el impacto físico, psicológico y social que ha presentado la familia de los estudiantes universitarios a causa de la

infección del COVID 19 y sus restricciones, el cual será medido por medio del Instrumento de Exposición e Impacto familiar de COVID-19 (CEFIS-AYA) versión en español de Kazak et al. (2021).

Estudiantes universitarios: persona que cursa estudios a nivel licenciatura para obtener un título universitario.

Objetivo general

-Determinar la exposición y el impacto familiar por el COVID 19 en los jóvenes universitarios en su vida cotidiana

Objetivo específico

-Describir la exposición y el impacto familiar por el COVID 19 en los jóvenes universitarios en su vida cotidiana por sexo.

METODOLOGÍA

En esta sección se detallará el diseño del estudio, población y muestra, criterios de inclusión, Además, se describen los instrumentos, el procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y las estrategias análisis de datos.

Diseño del Estudio

Para el presente trabajo de investigación se utilizó un diseño de tipo descriptivo. Se consideró este tipo de estudio ya que recolectan datos sobre la variable de interés. En esta investigación se describe la exposición e impacto que ha causado el COVID-19 en los jóvenes universitarios (Burns M.A., et al. (2013).

Población y muestra

La población del estudio fue representada por estudiantes universitarios de una institución de educación superior pública de la ciudad de Monterrey Nuevo León. El tamaño de la muestra estuvo constituido por 100 alumnos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, considerando solo a los estudiantes que quieran **participar**.

Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión se consideró a los

estudiantes universitarios de ambos sexos, mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión serán las estudiantes embarazadas dado a que presentan cambios emocionales propios de su proceso de gestación.

Instrumentos de medición

Para la recopilación de los datos sociodemográficos de los participantes de estudio se elaboró una cedula de datos de los estudiantes en el cual se incluyeron las variables; sexo (masculino/femenino), edad (años cumplidos), semestre y estado civil (soltera, casada, unión libre).

El instrumento de evaluación utilizado consta de tres secciones. La primera sección, denominada "Exposición", comprende un total de 28 preguntas de respuesta "Sí/No" que tienen como objetivo evaluar la exposición de los participantes al COVID-19 y a eventos relacionados. Es importante destacar que las preguntas 17 al 20 constan de dos partes, y si alguna de las dos se responde afirmativamente, se considera una respuesta positiva de exposición. El puntaje de exposición se calcula sumando el número de respuestas "Sí" y puede variar en un rango de 0 a 28. La segunda sección, denominada "Impacto", consta de 16 preguntas que buscan medir el impacto del COVID-19 en la vida de los participantes. Quince de estas preguntas utilizan una escala tipo Likert de cuatro puntos para evaluar el nivel de impacto en diversos aspectos de la vida de los participantes y sus familias. Además, se incluye una pregunta que utiliza una escala de alivio de 10 puntos. En este caso, las puntuaciones más altas reflejan un mayor impacto negativo o angustia experimentada. La puntuación total de impacto se obtiene al sumar las respuestas de las preguntas 29 a 44 y puede variar en un rango de 15 a 70. Finalmente, la tercera sección consiste en una pregunta abierta que brinda la oportunidad a los participantes de compartir más detalles sobre sus experiencias y agregar efectos del COVID-19 que no fueron abordados en las preguntas anteriores.

Procedimiento de recolección

El presente trabajo de investigación por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma fue aprobado se procedió a solicitar con las autoridades administrativas de la institución de interés, la autorización para realizar el estudio. Después de obtenida la autorización se le pidió al personal encargado del departamento de escolar los permisos para visitar los grupos.

Para el comienzo de la recolección de datos fue llevada a cabo por los integrantes del equipo del estudio, contando con previa capacitación en la recolección de datos, para el llenado de los cuestionarios se acudió a cada uno de los grupos participantes en un horario extra-aula proporcionado por su docente de grupo para dar a conocer de forma clara y sencilla en qué consistirá el trabajo de investigación, propósito, cuál sería su participación (voluntaria), el tiempo en que se implementó la recolección de datos y que por lo tanto no existirían riesgos en el estudio. Además, se les informo que podrán retirarse del estudio en el momento que lo desearán sin repercusiones en su condición de estudiante.

Los alumnos que aceptaron participar se les invitó a pasar a un aula que fue asignada previamente, para brindar privacidad y que pudiera leer y firmar el consentimiento informado al finalizar se le proporciono el instrumento, se les proporcionar gel antes de ingresar al aula al finalizar el participante se desinfecto el espacio, se le proporciono el lápiz No.2 o bolígrafo; el investigador permaneció para aclarar o resolver las dudas que se presentaran durante la aplicación del instrumento, en caso de que se presentara alguna manifestación emocional como tristeza, llanto se le pidió que no siga contestando el instrumento y se le pedirá a la asesora de la investigación realice la referencia al departamento de apoyo emocional.

Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión,

2014).

Artículo 13, en la presente investigación se respetó a la participante en todo momento igual sus derechos y su bienestar, informando a detalle sobre el propósito de la investigación.

Artículo 14 Fracción V, VII, y VIII, se contó con un consentimiento informado de manera escrita. Asimismo, se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, así como la autorización de los directivos de la Institución educativa participante.

Artículo 16 la información fue confidencial y se protegió la privacidad de las participantes involucradas en el estudio en todo momento, se le identificó con un número de encuesta.

Artículo 17, Fracción I fue una investigación sin riesgo donde solo se obtuvo información mediante un cuestionario escrito

Artículo 20, 21, fracción I, IV, VI y VII se informó sobre el estudio, riesgos y beneficios, así como se aclaró dudas en todo momento, que podían retirarse del estudio en el momento que lo desearán

Consistencia interna del instrumento

El instrumento de Exposición e Impacto Familiar del COVID-19 (CEFIS-AYA) de reporto un coeficiente Alpha de Cronbach aceptable en el puntaje total (α .79) en la tabla 1 muestran.

Tabla 1

Confiabilidad del instrumento

| Instrumento | No. de ítems | α |
|--|--------------|----------|
| Encuesta de Exposición e Impacto Familiar del COVID-19 (CEFIS-AYA) | 46 | 0.79 |

Nota. α = Alfa de Cronbach; $n=100$

Estadística descriptiva

Participaron 100 jóvenes universitarios que fueron reclutados de una institución de educación superior pública, en la ciudad de Monterrey Nuevo

sin repercusiones.

Artículo 22 fracción I, II, el consentimiento informado fue por escrito, se les mostro a las participantes, en caso de cualquier duda y que tenían la libertad a no firmar y retirarse del estudio si lo desearan.

Estrategias de análisis de datos.

Los datos obtenidos fueron capturados y analizados mediante el programa de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS siglas en inglés). Para Windows se utilizó estadística descriptiva, a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Se presentan los resultados del presente estudio, estos fueron obtenidos a través de instrumentos con enfoque en dicho tema. En primer orden se muestran la tabla de la consistencia interna del instrumento y estadística descriptiva de las variables de interés.

León., Respecto al describir las características sociodemográficas (edad, sexo, trabajo, estado civil y semestre), La tabla 2 muestra las frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficas de las participantes, donde se aprecia que la edad promedio

de los y las participantes tienen una edad promedio de 19 años, (17-27) , con mayor frecuencia 60% en sexo femenino, mientras que el 94% de los encuestados refirió encontrarse en un estado civil

soltero, por último, se nos muestra que el nivel educativo de los participantes es nivel superior con mayor frecuencia del cuarto semestre con un porcentaje de 42%.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los estudiantes universitarios

| Variable | f | % |
|---------------------|----|----|
| Sexo | | |
| Femenino | 60 | 60 |
| Masculino | 40 | 40 |
| Estado Civil | | |
| Soltero | 94 | 94 |
| Casado | 4 | 4 |
| Unión Libre | 2 | 2 |

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje; n = 100

En la Tabla 3. Se muestran las frecuencias y los porcentajes de los ítems aplicados en la primera parte del instrumento llamado Exposición, se reporta que el 86% “tuvo que quedarse en casa”, en el 99% “nuestras escuelas estaban cerradas”, el 96%, señaló que “su educación fue interrumpida”, el 62% reporta

que “trabajo fuera del hogar”, el 56% realizó cuarentena debido a la exposición por el COVID-19, el 76% menciona que “perdió un evento importante” y un 73% señala que un “familiar estuvo expuesto COVID-19”, un 61% con síntomas de COVID-19.

Tabla 3

Estadística descriptiva de los ítems de Exposición del COVID-19 (CEFIS-AYA)

| Ítems | SI | | NO | |
|--|----|------|----|------|
| | f | % | f | % |
| 1 tuve una orden de quedarse en casa | 86 | 86.0 | 14 | 14.0 |
| 2 Nuestras escuelas estaban cerradas | 99 | 99.0 | 1 | 1.0 |
| 3 Mi educación fue interrumpida | 96 | 96.0 | 4 | 4.0 |
| 4 no pude visitar o cuidar a un miembro de la familia. | 76 | 76.0 | 24 | 24.0 |
| 5 Tuve que empezar a cuidar a un miembro de la familia | 48 | 48.0 | 52 | 52.0 |
| 6 Personas en nuestra familia vivían por separado | 27 | 27.0 | 73 | 73.0 |
| 7 Alguien se mudó a nuestro hogar | 13 | 13.0 | 87 | 87.0 |
| 8 Tuve que mudarme de nuestro hogar | 5 | 5.0 | 95 | 95.0 |
| 9 Alguien en la familia fue personal esencial | 62 | 62.0 | 38 | 38.0 |

| | | | | |
|--|----|------|----|------|
| 10 Alguien de la familia o en el hogar es un proveedor de atención médica | 25 | 25.0 | 75 | 75.0 |
| 11 .Yo/nosotros tuvimos dificultades para conseguir comida | 6 | 6.0 | 94 | 94.0 |
| 12 Yo/nosotros tuvimos dificultades para obtener medicamentos | 12 | 12.0 | 88 | 88.0 |
| 13 Yo/nosotros tuvimos dificultades para obtener atención médica cuando la necesitábamos | 6 | 6.0 | 94 | 94.0 |
| 14 Yo/nosotros tuvimos dificultades para obtener otros elementos esenciales | 24 | 24.0 | 76 | 76.0 |
| 15 Cuarentena debido a viajes o posible exposición | 56 | 56.0 | 44 | 44.0 |
| 16 Los ingresos disminuyeron | 37 | 37.0 | 63 | 63.0 |
| 17 Tuve que reducir horas en el trabajo | 37 | 37.0 | 63 | 63.0 |
| 18 Se requirió que yo dejara de trabajar | 20 | 20.0 | 80 | 80.0 |
| 19 Perdí mi trabajo permanentemente | 10 | 10.0 | 90 | 90.0 |
| 20 Perdí mi seguro médico/ beneficios | 9 | 9.0 | 91 | 91.0 |
| 21 Me perdí un evento importante que fue cancelado o pospuesto | 76 | 76.0 | 24 | 24.0 |
| 22 Me perdí un evento familiar importante o fue cancelado | 73 | 73.0 | 27 | 27.0 |
| 23 Alguien de la familia estuvo expuesto a alguien con COVID-19 | 73 | 73.0 | 27 | 27.0 |
| 24 Alguien en la familia tuvo síntomas o fue diagnosticado con COVID-19 | 61 | 61.0 | 39 | 39.0 |
| 25 Alguien en la familia intentó hacerse la prueba de COVID-19, pero no pudo | 11 | 11.0 | 89 | 89.0 |
| 26 Alguien de la familia fue hospitalizado por COVID-19 | 12 | 12.0 | 88 | 88.0 |
| 27 Alguien en la familia estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) para COVID-19 | 12 | 12.0 | 88 | 88.0 |
| 28 Alguien en la familia murió de COVID-19 | 27 | 27.0 | 73 | 73.0 |

Nota. *f* = Frecuencia, % = Porcentaje; *n* = 100

En la tabla 5. Se describe la exposición del COVID 19 la cual nos indica que fue moderada con una 51%.

Tabla 5

Resultado de la Exposición al COVID-19

| Impacto de Exposición | <i>f</i> | % |
|-----------------------|----------|----|
| Bajo | 48 | 48 |
| Moderado | 51 | 51 |
| Alto | 1 | 1 |

Nota. *f* = Frecuencia, % = Porcentaje; *n* = 100

La tabla 6 se muestran los ítems de impacto familiar COVID 19 mostrando la frecuencia y los porcentajes. Se identificó un impacto mucho peor

sobre todo en el bienestar físico sedentario (31%) y actividad física (27%) y bienestar emocional ansiedad (28%).

Tabla 6

Descripción de los ítems del impacto familiar COVID-19 en los participantes de estudio.

| Ítems | La hizo mucho mejor | | La hizo un poco mejor | | La hizo un poco peor | | La hizo mucho peor | | No aplica | |
|--|---------------------|----|-----------------------|----|----------------------|----|--------------------|-----------|-----------|----|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Como fue el impacto del COVID en relación: | | | | | | | | | | |
| 1 La crianza de sus hijos | 7 | 7 | 6 | 6 | 4 | 4 | 5 | 5 | 78 | 78 |
| 2 Como se llevan los miembros de la familia/ | 31 | 31 | 37 | 37 | 20 | 20 | 10 | 10 | 2 | 2 |
| 3 Capacidad para cuidar su salud | 44 | 44 | 38 | 38 | 10 | 10 | 5 | 5 | 3 | 3 |
| 4 Capacidad para ser independiente | 37 | 37 | 41 | 41 | 10 | 10 | 7 | 7 | 5 | 5 |
| 5 Capacidad para cuidar a otros en su familia | 33 | 33 | 45 | 45 | 9 | 9 | 7 | 7 | 6 | 6 |
| 6 Bienestar físico - comportamiento sedentario | 6 | 6 | 14 | 14 | 41 | 41 | 31 | 31 | 8 | 8 |
| 7 Bienestar físico - hacer ejercicio/ actividad física | 16 | 16 | 20 | 20 | 34 | 34 | 27 | 27 | 3 | 3 |
| 8 Bienestar físico – comiendo | 11 | 11 | 28 | 28 | 34 | 34 | 24 | 24 | 3 | 3 |
| 9 Bienestar físico – durmiendo | 11 | 11 | 32 | 32 | 34 | 34 | 19 | 19 | 4 | 4 |
| 10 Bienestar físico - uso de sustancias | 7 | 7 | 12 | 12 | 19 | 19 | 9 | 9 | 53 | 53 |
| 11 Bienestar emocional – la ansiedad / preocupación | 9 | 9 | 9 | 9 | 41 | 41 | 28 | 28 | 13 | 13 |
| 12 Bienestar emocional – su estado de humor | 10 | 10 | 19 | 19 | 47 | 47 | 20 | 20 | 4 | 4 |
| 13 Bienestar emocional – soledad | 8 | 8 | 26 | 26 | 34 | 34 | 14 | 14 | 18 | 18 |
| 14 Bienestar emocional – las amistades | 12 | 12 | 31 | 31 | 41 | 41 | 14 | 14 | 2 | 2 |
| 15 Bienestar emocional - relaciones románticas o citas | 16 | 16 | 10 | 10 | 29 | 29 | 10 | 10 | 35 | 35 |

Nota. f = Frecuencia, % = Porcentaje; n = 100

En la tabla 7, se describe la clasificación de la sumatoria del puntaje de la escala impacto familiar del

COVID-19, se identificó que la población de estudio registro un 43% de impacto moderado y alto con un 43%.

Tabla 7

Porcentaje de Impacto familiar COVID-19 en los participantes

| Impacto | f | % |
|----------|----|----|
| Bajo | 57 | 57 |
| Moderado | 42 | 42 |
| Alto | 1 | 1 |

Nota. f = Frecuencia, % = Porcentaje; n = 100

En la tabla 8 se muestra el puntaje calificado a la pregunta sobre cuanta angustia han experimentado en relación con el COVID-19, en una

escala de 1 a 10 , se identificó que el 100% califico arriba de un puntaje de 5.

Tabla 8

Descripción de la angustia que experimentan ante el COVID - 19 los participantes

| Impacto | f | % |
|---------|----|-----|
| 5 | 21 | 21% |
| 8 | 21 | 21% |
| 7 | 16 | 16% |
| 6 | 15 | 15% |

Nota. f = Frecuencia, % = Porcentaje; n = 100

Tabla 9, se presenta los efectos negativos del impacto exposición a COVID que reportaron los participantes del estudio, se identificó que un 26%

señalaron no tener ninguno, y loque si el más frecuente fue la salud mental con un 34%.

Tabla 9

Efectos negativos del impacto exposición COVID-19.

| Efecto negativo | f | % |
|-----------------------|----|----|
| Ninguno | 26 | 26 |
| Salud mental afectada | 34 | 34 |
| Salud individual | 14 | 14 |
| Conflicto familiar | 11 | 11 |
| Síntomas de COVID-19 | 10 | 10 |
| Distancia Familiar | 7 | 7 |

Nota. f = Frecuencia, % = Porcentaje; n = 100

DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo de investigación permitieron verificar la exposición e impacto familiar del COVID-19 en estudiantes universitarios, el instrumento Exposición e Impacto Familiar del COVID-19 (CEFIS-AYA) mostró una confiabilidad de .77 el cuál fue similar a Ferreira (2021) obtuvieron un alfa de .73 también considerado dentro del rango de aceptable.

Respecto a los datos sociodemográficas de los participantes, donde se aprecia que el promedio de edad de los participantes fue de 19 años, el sexo con mayor frecuencia fue el femenino, los encuestados refirió encontrarse en un estado civil soltero y por último, se nos muestra que el nivel educativo de los participantes con mayor frecuencia es cuarto semestre en el nivel superior con un porcentaje, esto fue muy similar a Fernández et al., (2021), Ferreira (2021), De Oliveira et al., (2021) donde la edad fue de 18 y 22 años siendo mayor la participación de las mujeres universitarias y solteros.

Al presentar la exposición del COVID-19 en la primera parte del instrumento los ítems “tuvo que quedarse en casa”, “nuestras escuelas estaban cerradas”, que “su educación fue interrumpida”, se mostraron altos, pero difieren de Ferreira (2021) por que el reporto la baja productividad, dificultad en la concentración, aumento en las horas de sueño realizo cuarentena debido a la exposición por el COVID-19, menciona que “perdió un evento importante” y señalan que un “familiar estuvo expuesto COVID-19”, presento síntomas de COVID-19. Esto fue muy similar Fernández et al., (2021); Ferreira (2021).

El resultado de la exposición del COVID 19 fue moderado para este estudio, pero difiere con Ferreira (2021) quien lo reporto alto, Ferreira (2021) señala que se experimentó varios cambios en su vida cotidiana.

Relacionado al impacto familiar al COVID-19, los ítems con mayor porcentaje fueron que no aplica el “uso de sustancias”, sobre su bienestar emocional-

estado de humor, “capacidad de cuidar de otros en su familia. Por otra parte, Del autor Ferreira (2021) encontró mayor impacto “Bienestar emocional-su estado de humor”, “Bienestar físico-comportamiento sedentario”. El impacto familiar del COVID-19 fue moderado en este estudio, pero Ferreira (2021) mostro impacto alto en aspectos biopsicosociales.

La escala que responde que tanto han experimentado angustia en relación al COVID-19 el 21% señalo la angustia en los participantes entre 5 y 8, mientras el autor Ferreira (2021) obtuvo un porcentaje de mayor angustia, es importante señalar que los autores aplicaron en pandemia.

Acerca los efectos negativos del impacto exposición a COVID se encontró con mayor porcentaje la salud mental afectada, similar a Ferreira (2021); Fernández et al., (2021)

En los efectos positivos del impacto exposición a COVID se encontró con mayor porcentaje la unión familiar al igual que del autor Ferreira (2021).

Por último, es importante mencionar que en la presente investigación la exposición y el impacto familiar del COVID-19 fue moderado pero mayor en el sexo femenino

CONCLUSION

Buena Participación de los universitarios para conocer la Exposición e Impacto Familiar del COVID-19. Se reporta moderado la exposición e impacto familiar del COVID-19 produjo interrupción de sus actividades cotidianas por la cuarentena, así como pérdida de trabajo, familiares afectados por la enfermedad y fallecimiento por el COVID-19, cambios en su estilo de vida. La angustia se presentó los estudiantes universitarios por lo que el efecto negativo mayormente reportado fue la salud mental. Dentro de los aspectos positivos, mencionaron el fortalecimiento de la unión familiar resaltando una mejor comunicación, apreciación de los roles familiares y empatía.

REFERENCIAS

- Revisar Alvarado, I., Bandera, J., Carreto, L, Pavón, G & Alejandre, A. (2020). *Rev. Latín Infect Pediatr*. Etiología y Fisiopatología del SAR-CoV-2
- Balluerka, N, et al. (2020). Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Bravo, S., Castillo, A., Izquierdo, D. & Rodas, P. (2021). Hábitos alimenticios nocivos, rendimiento académico en estudiantes universitarios en tiempos de COVID-19. *Revista de Investigación en Salud* 4(12) 659-672. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i12.122>
- Burns, N., Gray, J. R., & Grove, S. K. (2013). *The practice of nursing research* (7th ed.). Elsevier. www.elsevier.com/permissions
- De Oliveira, D., Govea-e Silva, L., Dos Santos, V., Villela, E., Fernández, E. (2021) Asociación entre el aislamiento social, el nivel de actividad física y a la conducta sedentaria en tiempos de pandemia. *Revista Brasileira em Promocao da Saude* 34:12280. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1283758>
- Fernández, A., Ortega, P., Fajardo, MA., & Macías, C. (2021). Conocimientos, prácticas y estilos de vida durante COVID-19 entre estudiantes universitarios en México: encuesta en línea. *Rev. Enfer Neurol* 20(3) 167-178.
- Ferreira L, Reis P, Prette T, Da Silva, P, Castro C, Ribeiro F. (2021). La vida cotidiana de los estudiantes universitarios en el área de la salud durante el inicio de la pandemia de Covid-19 en Brasil. *Invest. Educ. Enferm.* 39(3):e07. Disponible en <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e07>
- Inga, M., Churampi, R., & Inga, M. (2022). Estilo de vida adoptado por estudiantes universitarios en el contexto del COVID-19. *Revista Conrado*, 18(87), 8-13. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2497>
- Kazak, A., Alderfer, M., Enlow, P., Lewis, A., Vega, G., Barakat, L. et al. (2021). COVID-19 Exposure and Family Impact Scales: Factor Structure and Initial Psychometrics. *Journal of Pediatric Psychology* 46(5)504-513 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8083683/pdf/jsab026.pdf>
- Lincona, A.J. (2020). El confinamiento ante el COVID-19, sus efectos vinculares y psicológicos. Fenómenos y practicas recomendadas. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales,12 <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27820.82566>
- Mares, T., Herrera, A., Tranqueño, F., Arredondo, L., Castillo, B., Figueroa, D. & Cortés, N. (2021). Relación entre la actividad física y la salud mental en estudiantes universitarios en tiempos de pandemia de la COVID-19 *Jóvenes en la ciencia*. 10. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3346>
- Mercado, R. & Otero, A. (2022). Efectos diferenciados del covid-19 en estudiantes universitarios. *Rev. Innova educ.*4(3). 51-71. ISSN: 2664-1496 ISSN-L: 2664-1488.
- Organización Mundial de la Salud (2020). COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS. <https://www.proceso.com.mx/internacional/2021/2/15/la-oms-halla-en-wuhan-indicios-de-un-brote-de-covid-19-mas-extendido-en-2019-del-reportado-258279.html>
- Sánchez, A., & De la Fuente, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento, confinamiento, ¿son lo mismo? 93(1).73-74 <https://www.analesdepediatria.org/es-covid-19-cuarentena-aislamiento-distanciamiento-social-articulo-S1695403320301776>

- Secretaría de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [versión electrónica]. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Tala, A. & Vázquez, E. (2020). Conexión en tiempos de COVID-19. *Rev. Med Chile* 148(4). https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000400557&script=sci_arttext&tlng=en
- Talledo C. (2021). Efectos del confinamiento social en la actitud hacia las tareas escolares en los niños de educación inicial: una revisión sistemática https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62797/Talledo_ACDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Torrenegra, S. (2021). Efectos físicos en estudiantes universitarios durante pandemia COVID-19. *Revista Educación Física, Deporte y Salud* 4(7) 2619-5526. https://www.researchgate.net/profile/Silvia-Torrenegra/publication/359010888_EFECTOS_FISICOS_EN_ESTUDIANTES_UNIVERSITARIOS_DURANTE_PANDEMIA_COVID-19/links/62221fe43c53d31ba4a6733b/EFECTOS-FISICOS-EN-ESTUDIANTES-UNIVERSITARIOS-DURANTE-PANDEMIA-COVID-19.pdf
- United Nation Educational Scientific and Cultural Organization. (2020). COVID-19: Problemas sociales y psicológicos en la pandemia. UNESCO. <https://es.unesco.org/news/covid-19-problemas-sociales-y-psicologicos-pandemia>
- United Nations. (2019). Población | Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/global-issues/population>
- Vera, V., Torres., Tello, E., Orihuela, E. & De la Cruz, J. (2020). Validación de escala de cambios en los estilos de vida durante el periodo de cuarentena en una población de estudiantes universitarios de Lima, Perú. *Rev. Fac. Med.Hum.*
- Vergara Medina, S. M., López Mejía, E., Leudo Machado, A. Z., & Basto Hernández, G. J. (2021). Afectación de la Pandemia Covid-19 en las Dinámicas Familiares. Revisión Narrativa e Literatura. *Cuaderno De Investigaciones: Semilleros Andina*, 1(14). <https://doi.org/10.33132/26196301.1952>
- Vindegaard, & Ericksen, (2022). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., Yang N. (2019) Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Med. Sci. Monit.* 2020;26 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].

CAPÍTULO 12

COMPORTAMIENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA ANTES Y DESPUES PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19(SARS-COV-2) EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, MCE. Cynthia Alejandra Gonzáles Barrón, Dr. Milton Guevara Valtier, MCE Danilo Castro Sifuentes, Lic. Rolando Manuel Gómez Contreras.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

El confinamiento a consecuencia del COVID-19 tuvo un fuerte impacto en todo el mundo y restringió la movilidad. La comunidad universitaria pasó a tomar clases de rutina de forma virtual y sedentaria, provocando efectos negativos en su salud y hábitos. **Objetivo:** Valorar el impacto del confinamiento a través de encuesta a estudiantes universitarios, con el fin de comparar el comportamiento de la actividad física antes y después del confinamiento por COVID-19 y por sexo. **Metodología:** Se realizó un diseño descriptivo de correlación, con una muestra 206 universitarios de una institución superior pública de Nuevo León. El muestreo fue probabilístico sistemático, se utilizó el cuestionario actividad física (IPAQ), Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** Se identificó que la actividad física vigorosa disminuyó de 45.60 % a 37.40%, esta diferencia fue significativa ($p < .05$) y se observó que las mujeres afrontaron mejor el confinamiento al mejorar su actividad física después del confinamiento a diferencia de los hombres. **Conclusión:** Es fundamental crear programas que promuevan el ejercicio físico para reducir las consecuencias del sedentarismo en la salud física, social y mental de los estudiantes universitarios.

Palabras clave: COVID-19, actividad física, sedentarismo.

INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria por la pandemia coronavirus SARS-CoV-2 ha afectado la salud y la vida de millones de jóvenes en todo el mundo (Rodríguez-Larrad et al., 2022). Una de las principales estrategias adoptadas por los gobiernos para controlar la propagación de la enfermedad fue la implementación de medidas de confinamiento, donde se requería que las personas trabajaran y estudiaran desde casa (Tejedor et al., 2020). De esta manera, las personas tuvieron que adaptarse a nuevos entornos de aprendizaje y trabajo, que se ha demostrado que generaron cambios en el estilo de vida, lo que resultó en una mala salud mental y una reducción de la actividad física (AF) de la población en todo el mundo (Mascherini et al., 2021; Watson et al., 2021).

Se considera actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía (World Health Organization, 2022). La práctica del comportamiento de actividad física tiene importantes beneficios para la salud del corazón, el cuerpo y la mente. Así como en la prevención y en el manejo de los diferentes factores de riesgo salud mental y cardiovascular, mejora las habilidades de razonamiento, aprendizaje y juicio y mejora el bienestar general (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022; Pescatello et al., 2019; Whelton et al., 2018). A pesar de los múltiples beneficios de la actividad física a nivel internacional y nacional (México) más del 50 % tienen un nivel insuficiente de actividad física (Levy et al 2021; OMS, 2022). La

actividad física se considera un comportamiento de salud complejo, influenciado por una amplia variedad de causas psicosociales y, por lo tanto, difícil de cambiar, es algo accesible, barato y relativamente fácil de hacer. Sin embargo, si se logra efectuarlo, es importante mantenerlo para lograr todos los beneficios que aporta (Hardcastle et al., 2014; Michie & Johnston, 2012).

La evidencia científica sugiere que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la actividad física en los jóvenes universitarios a nivel internacional durante la pandemia (López Valenciano et al., 2021). En México un estudio realizado por García et al. (2022) encontró que, durante la pandemia, hubo una disminución significativa en la actividad física y un aumento en el sedentarismo en estudiantes universitarios en México. Otro estudio realizado por Rodríguez-Hernández et al. (2021) encontró que la pandemia tuvo un impacto negativo en la AF de los estudiantes universitarios en México, especialmente en aquellos que estaban en aislamiento. Además, un estudio realizado por Hernández-Sánchez et al. (2021) encontró que la pandemia ha afectado el nivel de actividad física de los estudiantes universitarios en México, y que aquellos que participaban en deportes antes de la pandemia tenían una mayor probabilidad de mantener su nivel de actividad física durante la pandemia. Sin embargo, ninguno estudio ha comparado como era antes y después de la primera y segunda ola de COVID-19 en esta población.

Al igual que otros países del mundo, México enfrentó la pandemia de COVID-19 por más de un año y una segunda ola, la cual pudiera estar afectando comportamientos saludables de actividad física y quizás aumento de factores de riesgo de riesgo cardiovascular y de salud mental en los jóvenes universitarios, esto por el entorno, los aislamientos que se presentaron, las transformaciones económicas, académicas, sociales y tecnológicas sustanciales que están viviendo los jóvenes hoy en día (Sierra & Uribe, 2021). Por lo anterior, el estudio tuvo como objetivo comparar los comportamientos de actividad física en jóvenes universitarios (16 a 24 años) antes y después de la segunda ola de COVID-19 en Monterrey Nuevo León.

La información que se obtenga podrá ayudar al personal de enfermería a profundizar sobre la problemática de la actividad física en jóvenes y a proponer acciones enfocadas a la promoción de esta lo que ayude al bienestar de este grupo de edad.

Marco de referencia

La actividad física se define según la Organización Mundial de la Salud, como el movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, donde se genera un consumo de energía, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona (OMS, 2022). Entre las actividades consideradas actividad física, se encuentran el trabajar, jugar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. En jóvenes, se recomienda realizar 60 minutos diarios o más de actividad física, con intensidad de moderada a vigorosa; implementar en rutina las actividades que integran (actividad aeróbica, fortalecimiento muscular y fortalecimiento de huesos) (OMS, 2019; 2022).

Se considera actividad aeróbica (actividad de resistencia o actividad cardíaca), a las acciones donde los músculos del cuerpo se mueven rítmicamente durante un tiempo como caminar ligero, correr, montar en bicicleta, saltar la cuerda y nadar entre otras, que hacen que el corazón de una persona lata de forma más rápida, como también que la respiración sea más profunda que lo normal. Las actividades de *fortalecimiento muscular* son aquellas que integran el entrenamiento de resistencia y levantamiento de pesas, donde los músculos del cuerpo trabajen contra una fuerza aplicando peso. Las *actividades de fortalecimiento de los huesos* son aquellas donde se produce el desarrollo de la fuerza en los huesos del cuerpo lo que promueve su crecimiento (OMS, 2022, Piercy & Troiano, 2018) Piercy & Troiano, 2018, OMS, 2022).

La actividad física tiene importantes beneficios sobre el desarrollo del cerebro y la función cognitiva, prevención y gestión de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, reduce los síntomas de la depresión y la ansiedad entre otros muchos más beneficios (OMS, 2022; Ruiz-

Hermosa, 2019; Ruiz-Hermosa, 2019; OMS, 2022). La actividad se ha investigado en los últimos 30 años para ayudar a los humanos a mejorar en diferentes aspectos de la vida. Las mejoras cognitivas y la salud del cerebro son esenciales para brindar calidad de vida, oportunidades educativas y profesionales, y la capacidad de tomar decisiones en cualquier área de la vida sobre todo en los jóvenes (OMS, 2019; Watson et al., 2017).

Estudios relacionados

García et al., (2022) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los niveles de actividad física y salud mental en universitarios durante la pandemia del coronavirus COVID-19. Se aplicó la escala DASS-21, el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) y el Cuestionario de Salud SF-36 a 63 jóvenes universitarios originarios del Estado de Veracruz, México, de 18 a 24 años, resultado que 76.2% de la población se encontró físicamente activa, los coeficientes de correlación entre actividad física y ansiedad ($r = -.41$) actividad física y estrés ($r = -.42$, $p < .05$) mostraron correlaciones moderadas a intensas respectivamente. Concluyendo que la actividad física durante la pandemia demostró reducir significativamente los problemas relacionados a la salud mental.

Torres Pérez et al., (2022) realizaron un estudio con el objetivo de valorar los niveles de actividad física en universitarios en España, mediante la correlación entre los resultados de actividad física (IPAQ-SF) y las distintas variables de condición física (Eurofit). La muestra estuvo conformada por 194 estudiantes del Grado de Educación Primaria, con una edad media de 21,37 ($DE = 2,66$) años. Los resultados reflejan la relación directa entre la práctica de actividad física en general, y la actividad física vigorosa y una óptima aptitud física de los estudiantes, vinculada sobre todo con el componente fuerza. En cuanto a la comparación entre los universitarios del curso prepandémico (2018/2019) y el curso pospandémico

(21/22), el aumento de la actividad física tras la pandemia no reportó diferencias sustanciales en los componentes de la condición física.

Enriquez-Martinez et al. (2021) realizaron un

estudio con el objetivo de evaluar los cambios en de estilo de vida durante el período de confinamiento por la primera ola de la pandemia de COVID-19 en países iberoamericanos. Se realizó una investigación transversal con 6,325 participantes de ambos sexos (68% mujeres), mayores de 18 años y de cinco países: Brasil ($n = 2.171$), Argentina ($n = 1.111$), Perú ($n = 1.174$), México ($N = 686$), y España ($N = 1.183$). Los datos se recogieron durante el año 2020. La mayoría de los participantes afirmó estar haciendo actividad física en el hogar, alrededor de la mitad reportó la percepción de aumento de peso. La mayoría de los participantes informaron realizar actividades físicas (57,1%) de 1 a 6 días/semana (51,3%) con una duración de 30–60 min (62%). Sin embargo, hubo alteraciones en la distribución de las comidas, con mayor consumo de meriendas y comidas pequeñas. Los peruanos y mexicanos tenían menos probabilidades de realizar cambios saludables en el consumo de alimentos y actividad física en comparación con los argentinos.

López-Valenciano et al. (2021) realizaron una revisión sistemática con el objetivo analizar el impacto que tuvo el COVID-19 en la cantidad de actividad física realizada por estudiantes universitarios. Se realizó una búsqueda electrónica antes y durante la pandemia de COVID-19 en estudiantes universitarios hasta 2020 en las bases de datos Cochrane Library, PubMed, SPORTDiscus y Web of Science. Se seleccionaron 10 estudios. La actividad física se evaluó mediante acelerómetro (1 estudio) y cuestionarios (10 estudios). Se observó una reducción significativa de los niveles de actividad física en 9 estudios.

En comparación con los valores previos al confinamiento, cinco estudios mostraron una reducción de la actividad física ligera/suave (caminar) entre un 32,5 y un 365,5 %, mientras que siete estudios revelaron una reducción de la actividad física intensa/intensa entre un 2,9 y un 52,8 %. Los niveles de actividad física caminando, moderada, vigorosa y total se han reducido durante los confinamientos por la pandemia de COVID-19 en estudiantes universitarios de diferentes países.

Merchan-Sanmartin et al. (2022). El objetivo

de esta investigación fue analizar el impacto del confinamiento COVID-19 en estudiantes universitarios de Ecuador, con el fin de estudiar los efectos del confinamiento sobre la actividad física. Los resultados de 375 encuestados se observó que existía un bajo nivel de actividad física (<300 MET's, 49,6%). las mujeres registran conductas sedentarias (73%). Es fundamental crear programas que promuevan el ejercicio físico para reducir las consecuencias del sedentarismo en la salud física, social y mental de los estudiantes universitarios, en especial de los estudiantes de ingeniería, quienes sufrieron mayores efectos del confinamiento que los estudiantes de nutrición y ciencias sociales.

Definición de términos

Comportamiento de actividad física se refiere a la información que proporciona el estudiante universitario sobre el gasto energético (Met's) obtenido a través de la duración, frecuencia e intensidad de actividades que realizó antes y actualmente después del COVID-19 y se clasificó en leve, moderada y vigorosa.

Objetivo General

Comparar el comportamiento de actividad física (niveles) antes y después del COVID-19 estudiantes universitarios del Monterrey Nuevo León.

Objetivo específico

Describir las características sociodemográficas y la conducta de actividad física en los estudiantes universitarios.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Para el presente trabajo de investigación se utilizó un diseño de estudio descriptivo comparativo (Burns et al., 2013).

Población, muestreo y muestra

La población de estudio fue conformada por estudiantes universitarios de una institución de educación superior pública de Monterrey, Nuevo León. El tamaño de la muestra estuvo constituido por

206 alumnos, esta fue calculada con la herramienta de software G*Power 3.1, considerando un nivel de significancia de 0.05 una potencia estadística de 80%. El muestreo fue probabilístico a través del método aleatorio sistemático, considerando los listados con el total de grupos y alumnos que cursan el semestre Agosto-diciembre 2021.

Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión se consideró a los estudiantes universitarios de ambos sexos, con rango de edad entre 16 a 24 años, los cuales contaron con acceso a dispositivo electrónico, y con conexión a internet. Los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta fueron los estudiantes con enfermedades crónico-degenerativas y las estudiantes embarazadas, por las alteraciones fisiológicas de sus condiciones de salud que pudieran alterar la presión arterial.

Instrumentos

Para la recopilación de los datos sociodemográficos de la población de estudio se elaboró una cedula de datos de los estudiantes en el cual se incluyeron las variables; sexo (masculino/femenino), edad (años cumplidos), semestre y grupo académico, turno escolar, turno de prácticas, trabajo actual (turno) y estado civil (con pareja, sin pareja).

EL comportamiento de actividad física se valoró con el cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ, 2002), versión corta. (Barrera, 2017; Group IPAQ, 2002). Consta de 7 ítems que proporcionan información sobre tres características de la actividad física; duración (tiempo) que la persona emplea al día en realizar actividades, intensidad (leve, moderada y vigorosa), frecuencia (días por semana). Los participantes informaron la frecuencia y duración de diferentes tipos de actividad: vigorosa, es decir, levantar objetos pesados, ejercicio aeróbico intenso, andar en bicicleta o usar una caminadora; moderado, es decir, llevar cargas ligeras y andar en bicicleta a un ritmo regular, jardinería, actividades para caminar; así como el tiempo promedio que se pasa sentado en un día laborable, incluyendo estar sentado en el trabajo. Las

respuestas de los ítems son abiertas, al proporcionar información sobre los minutos por día o días por semana, en cualquier momento del día, dedicados a la actividad antes y después del confinamiento.

Posteriormente la actividad física fue registrada en Met's (Metabolic Equivalent of Task o Unidades de Índice Metabólico) por minuto y días en la semana según las respuestas obtenidas. Para obtener los resultados en Met's se multiplico cada uno de los valores anteriormente citados (3.3, 4 u 8 Met's) por el tiempo en minutos de la realización de la actividad en un día y por el número de días en la semana que se realiza (Barrera, 2017; Group IPAQ, 2002). Posterior se clasifico los Met's en actividad física baja (<600 MET'Smin/semana), actividad física moderada (>600 MET'S min/semana), actividad física vigorosa (>3000 MET'S- min/semana).

Procedimiento de recolección de datos

Una vez aprobado el presente trabajo de investigación por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se procedió a solicitar con las autoridades administrativas de la institución de interés, al personal encargado del departamento de escolar los listados de alumnos por grupo y semestre académico. Se continuó con la selección de los grupos utilizando una tabla de números aleatorios hasta completar la muestra requerida. Una vez identificados los grupos participantes se acudió con los representantes del grupo y tutores asignado de los mismos para la presentación de los autores y se solicitó 15 minutos extra-aula para la realización del estudio. Para lograr la autorización requerida de los padres y/o tutores de los participantes menores de edad se solicitó a los mismos los datos de contacto de sus tutores o padres para hacerles llegar el consentimiento informado, previo a la fecha programada para el inicio del estudio.

Los alumnos que aceptaron participar se les envió por medio del chat del grupo una invitación de forma electrónica, donde se les facilito los enlaces e instrucciones para acceder a la plataforma "Google Forms", en ella se encontraban el consentimiento informado para alumnos mayores de edad o asentimiento para los menores y los instrumentos a

contestar. Al finalizar el proyecto de investigación se les proporcionó una liga electrónica para obtener información sobre actividad física la cual pudieran implementar y mejorar sus niveles de AF.

Consideraciones éticas

El presente trabajo contó con el dictamen del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL y se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud reforma publicada DOF 02-04-2014 (Secretaría de gobernación, 2014), , estos se apagaron al Título Segundo, Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 13, se cuidó el respeto a la dignidad, se resguardaron los datos personales de los participantes, los cuales fueron identificados con clave numérica para los fines del estudio. Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII se contó con el consentimiento informado para los padres y/o tutores de los estudiantes menores de edad, como también consentimiento para los participantes mayores de edad , así mismo se proporcionó el asentimiento informado para los alumnos menores de edad , los cual fueron desarrollados por la persona responsable del estudio, contando con previa capacitación en la recolección de datos de forma virtual, sometidos al dictamen de las comisiones de Ética.

Al considerar lo descrito por el Artículo 16, se respetó y protegió la privacidad de los participantes en el estudio, los datos obtenidos fueron de manera anónima y se utilizados únicamente para fines de la investigación. Artículo 17, fracción I, la investigación se consideró sin riesgo, dado que la implementación de los cuestionarios y proporción de la información de los participantes fue de manera virtual. Artículo 21, el consentimiento informado se proporcionó de forma electrónica a los padres y/o tutores de los estudiantes menores de edad, a los participantes mayores de edad y el asentimiento informado para los estudiantes menores de 18 años, en los cuales se explicó forma clara y sencilla en que consistió el proyecto, propósito, cuál sería su participación (voluntaria), así mismo que se contestaron las preguntas que

surgieron en el transcurso de la investigación, además se mencionó su derecho a retirarse en el momento que lo desee sin tener represalias como estudiante y que por lo tanto no existió beneficios ni riesgos en la implementación.

El consentimiento y asentimiento informado se formularon por escrito y fueron revisado por la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL. también se solicitó la autorización de este por los padres de los estudiantes menores de edad, Artículo 22, Fracción I, II, IV y V. Con base en el capítulo V de la investigación en grupos subordinados y en función de los Artículos 57 y 58 fracción I y II, no se permitió que la participación de los estudiantes universitarios fuese influenciada por las autoridades de la institución o grupo externo y el rechazo a participar o retirarse del estudio no afectaron en su condición de estudiante de dicha la institución a la que pertenece.

Análisis de los datos

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23, Para dar respuesta a los objetivos se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión variabilidad.

RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados obtenidos del estudio, en primera instancia se describe la estadística descriptiva de las variables de interés y estadística inferencial para verificar los objetivos del estudio.

Estadística descriptiva

En relación con las variables sociodemográficas de los 206 estudiantes universitarios la media de edad fue de 19.80 años ($DE = 2.00$), predominó el sexo femenino con un 80%, 96% reportó no contar con pareja y 65% vivían en zona urbana.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los estudiantes universitarios

| Variable | <i>n</i> | % |
|-------------------------|----------|-------|
| Sexo | | |
| Femenino | 166 | 80.00 |
| Masculino | 40 | 20.00 |
| Estado Civil | | |
| Sin pareja | 198 | 96.00 |
| Con pareja | 8 | 4.00 |
| Zona de vivienda | | |
| Urbana | 133 | 65.00 |
| Rural | 73 | 35.00 |

Nota. *n* = número de observaciones; % = porcentaje; *N* = 206

Para calcular los Met's realizados de actividad física del antes (2020) y después del COVID-19 (2021) se tomó en cuenta la frecuencia (días) e intensidad (minutos) de las actividades, el resultado obtenido del cálculo de Met's se clasificó en actividad física vigorosa, moderada y caminar (tabla 2). Se observó que en el 2020 la actividad física vigorosa tuvo el mayor promedio con 2.75 días a la semana ($DE = 2.09$) con un tiempo de 40.5 min ($DE = 62.65$),

en comparación al 2021, donde la actividad física de caminar mostro una media de 3.29 días a la semana ($DE = 2.29$), con un tiempo promedio de 32.13 minutos ($DE = 52.72$) En cuanto la actividad física reportada en Met's por semana en el año 2020 mostro una media de 2613.11 min ($DE = 3708.30$), y en el 2021 los Met's por semana reporto el promedio 2021.64 min ($DE = 3070.87$).

Tabla 2

Estadística descriptiva de actividad física en universitarios antes y durante de COVID-19.

| Variables | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> |
|--------------------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| Antes COVID 2020 | | | | | |
| Días Vigoroso | 2.75 | 3.00 | 2.09 | .00 | 7.00 |
| Moderado | 2.51 | 2.00 | 2.07 | .00 | 7.00 |
| Caminar | 4.10 | 4.00 | 2.17 | .00 | 7.00 |
| Tiempo Vigoroso | 40.50 | .00 | 62.65 | .00 | 360.00 |
| Moderado | 34.83 | .00 | 46.65 | .00 | 240 |
| Caminar | 43.03 | 30.00 | 71.99 | .00 | 600 |
| Total met's por semana en el 2020 | 2613.11 | 1195.50 | 3708.30 | .00 | 22932.00 |
| Variables | <i>M</i> | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Min</i> | <i>Máx</i> |
| Después COVID 2021 | | | | | |
| Días Vigoroso | 2.19 | 2.00 | 2.09 | .00 | 7.00 |
| Moderado | 2.33 | 2.00 | 2.14 | .00 | 7.00 |
| Caminar | 3.29 | 3.00 | 2.29 | .00 | 7.00 |
| Tiempo Vigoroso | 35.33 | .00 | 64.75 | .00 | 480 |
| Moderado | 35.53 | .00 | 66.03 | .00 | 480 |
| Caminar | 32.13 | 20.00 | 52.72 | .00 | 360 |
| Total de met's por semana en el 2021 | 2021.64 | 786.00 | 3070.87 | 0.00 | 19596.00 |

Nota. *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación Estándar; *Min* = Valor Mínimo; *Máx* = Valor Máximo.; Met's= Metabolic Equivalent of Task o Unidades de Índice Metabólico; *n* = 206

Al clasificar los Met's de actividad física por niveles en el periodo 2020-2021 antes y después del

COVID-19 se observó que la actividad física alta disminuyó de 45.60% a 37.40% cómo se reporta en la tabla 3.

Table 3

Nivel de actividad física antes y durante de la pandemia COVID-19 (2020-2021)

| Niveles de actividad física | <i>n</i> | % |
|-----------------------------|----------|-------|
| 2020 | | |
| Leve actividad física | 75 | 36.40 |
| Moderada actividad física | 37 | 18.00 |
| Alta actividad física | 94 | 45.60 |
| 2021 | | |
| Leve actividad física | 99 | 48.00 |
| Moderada actividad física | 30 | 14.60 |
| Alta actividad física | 77 | 37.40 |
| Total | 206 | 100 |

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje

Para comparar la conducta de actividad física (nivel) 2020-2021 de acuerdo con el sexo de los estudiantes universitarios. Se identificó diferencias

estadísticas de proporción entre actividad física, el sexo femenino reporto mayor actividad física en este periodo (tabla 4).

Tabla 4

Prueba Chi Cuadrada de Pearson para la conducta de actividad física (categorías) de acuerdo con el sexo, zona de vivienda antes y durante el Covid-19

| Variables | Covid-19 (2020) | | Total | | X^2 | Covid-19 (2021) | | Total | | X^2 |
|---------------------------|-----------------|-------|----------|-------|-------|-----------------|-------|----------|-------|--------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | |
| Leve actividad física | | | | | | | | | | |
| Masculino | 8 | 20.00 | 75 | 36.40 | | 9 | 22.50 | 99 | 48.10 | |
| Femenino | 67 | 40.40 | | | | 90 | 54.20 | | | |
| Moderada actividad física | | | | | | | | | | |
| Masculino | 6 | 15.00 | 37 | 18.00 | 7.90* | 7 | 19.90 | 30 | 4.60 | 13.80* |
| Femenino | 31 | 18.70 | | | | 23 | 17.50 | | | |
| Alta actividad física | | | | | | | | | | |
| Masculino | 26 | 65.00 | 94 | 45.60 | | 24 | 31.90 | 77 | 37.40 | |
| Femenino | 68 | 41.00 | | | | 53 | 60.00 | | | |

Nota. *n* = frecuencia; % = porcentaje; X^2 = prueba de Chi cuadrada; **p* <.05, ***p* <.001

Este estudio tuvo como objetivo comparar los cambios en los niveles de AF durante el confinamiento relacionado con la pandemia de COVID-19 entre jóvenes universitarios. Como era de esperar, los resultados de este estudio son consistentes con varios estudios previos que informaron cambios en los niveles de actividad física debido al confinamiento.

Estudios anteriores reportaron un impacto negativo de la pandemia en la actividad física. En este sentido (Maugeri et al., 2020) informó que los italianos redujeron su AF total, así como sus niveles de AF moderados y altos durante el confinamiento, mientras que un estudio español informó que los estudiantes universitarios redujeron su AF moderada (-29,5 %) y vigorosa (-18,3 %) durante el confinamiento (Rodríguez-Larrod et al., 2021). Así mismo, una revisión sistemática informó una disminución en los niveles de AF durante el confinamiento en estudiantes universitarios de Croacia, Australia, Inglaterra, Italia, Hungría, México, España y EE. UU (Lopez-Valenciano et al .2021).

RESULTADOS

Del presente estudio muestran que los niveles de actividad física se vieron afectados negativamente por el confinamiento. Además, están en línea con la mayoría de los hallazgos anteriores mencionados anteriormente. En cuanto al factor sexo, el confinamiento afectó tanto a hombres como mujeres de los estudiantes. En este sentido, son consistentes con otros informes (Maugeri et al., 2020; Monterrosa et al 2022), aunque son una discrepancia con estudios previos (Rodríguez-Larrod et., al 2021). Quizás los hombres y las mujeres de nuestro estudio tenían diferentes motivaciones, y el entorno tenía una influencia más fuerte en un género sobre el otro. En este sentido, existe evidencia sobre los motivos de la AF según el género, que mostró que

algunas variables, como el desafío, la competencia, el reconocimiento social, la fuerza y la resistencia, motivaron a los hombres, pero no a las mujeres. Así mismo, concuerda con los hallazgos de los estudios españoles y croatas donde identificaron que las mujeres se han adaptado mucho mejor a su actividad física posterior al encierro que los hombres Rodríguez-Larrod et al 2021; Sekulic et al., 2020).

Limitaciones

El estudio tuvo varias limitaciones que deben ser discutidas y consideradas para futuras investigaciones. Primero, dado que el estudio fue transversal y se utilizó una encuesta autoinformada, se podrían haber introducido algunas debilidades porque puede impedir la detección de posibles sesgos en las medidas de actividad física (antes vs después del confinamiento).

CONCLUSIÓN

Los jóvenes universitarios reportaron que el confinamiento de COVID-19 afectó negativamente sus niveles totales de actividad física. Además, sugieren que el sexo influye en los niveles de actividad física. Estos datos también podrían usarse como línea de base para compararlos con otras poblaciones o para el diseño de AF después del confinamiento.

Recomendaciones

Se recomienda para futuras investigaciones el realizar el estudio de manera presencial la recolección de la información esto permitirá mayor certeza en la información brindada por los estudiantes los cuales podrán aclarar sus dudas de forma directa. La aplicación fundamental de nuestros resultados se centra en la importancia de implementar estrategias para promover la práctica de actividad física dentro de las instituciones de educación.

REFERENCIAS

- Barrera, R. (2017). Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). *Revista Enfermería Del Trabajo*, 7(2), 49–54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920688>
- Burns, N., Gray, J. R., & Grove, S. K. (2013). *The practice of nursing research* (7th ed.).
- Enríquez-Martínez, O. G., Martins, M. C., Pereira, T. S., Pacheco, S. O., Pacheco, F. J., López, K. V., ... & Molina, M. C. (2021). Diet and lifestyle changes during the COVID-19 pandemic in Ibero-American countries: Argentina, Brazil, Mexico, Peru, and Spain. *Frontiers in nutrition*, 8, 671004. (2021) Diet and Lifestyle Changes During the COVID-19 Pandemic in Ibero-American | <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.671004>
- García, K. Y. L., Vichique, H. H. C., Ramírez, J. E. H., Figueroa, J. A. G., & Castineyra, S. (2022). Evaluación de los niveles de actividad física y salud mental en universitarios durante la pandemia SARS-COV2. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 11(2), 90-103
- Hardcastle, S., Tye, M., Glassey, R., & Hagger, M. (2014). Exploring the perceived effectiveness of a life skills development program for high-performance athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 16(3), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.10.005>.
- Levy, T. S., Nasu, L. C., Martínez, M. R., Pineda, E. B. G., Acosta, L. M. G., Alvarado, L. R. M., Humarán, I. M. G., & Dommarco, J. R. (2020). Encuesta nacional de salud y nutrición 2018-19 resultado nacionales. In Instituto Nacional de Salud Pública (1o ed).
- López-Valenciano, A., Suárez-Iglesias, D., Sánchez-Lastra, M. A., & Ayán, C. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on university students' physical activity levels: an early systematic review. *Frontiers in psychology*, 3787.
- Mascherini, G.; Catelan, D.; Pellegrini-Giampietro, D.E.; Petri, C.; Scaletti, C.; Gulisano, M. Changes in Physical Activity Levels, Eating Habits, and Psychological Well-Being during the Italian COVID-19 Pandemic Lockdown: Impact of Socio-Demographic Factors on the Florentine Academic Population. *PLoS ONE* 2021, 16, e0252395.
- Maugeri, G.; Castrogiovanni, P.; Battaglia, G.; Pippi, R.; D'Agata, V.; Palma, A.; Di Rosa, M.; Musumeci, G. The Impact of Physical Activity on Psychological Health during COVID-19 Pandemic in Italy. *Heliyon* 2020, 6, e04315. [CrossRef]
- Michie, S., & Johnston, M. (2012). Theories and techniques of behaviour change: Developing a cumulative science of behaviour change. *Health Psychology Review*, 6(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/17437199.2012.654964>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327897>.
- Pescatello, L. S., Buchner, D. M., Jakicic, J. M., Powell, K. E., Kraus, W. E., Bloodgood, B., Campbell, W. W., Dietz, S., Di Pietro, L., George, S. M., Macko, R. F., McTiernan, A., Pate, R. R., & Piercy, K. L. (2019). Physical Activity to Prevent and Treat Hypertension: A Systematic Review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(6), 1314–1323. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001943>
- Piercy, K. L., & Troiano, R. P. (2018). Physical activity guidelines for americans from the US department of health and human services. *American Heart Association*, 11(202), e005263. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005263>

- Rodríguez-Larrad, A.; Mañas, A.; Labayen, I.; González-Gross, M.; Espin, A.; Aznar, S.; Serrano-Sánchez, J.A.; Vera-García, F.J.; González-Lamuño, D.; Ara, I.; et al. Impact of COVID-19 Confinement on Physical Activity and Sedentary Behaviour In Spanish University Students: Role of Gender. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 369.
- Ruiz-Hermosa, A., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Martínez-Vizcaíno, V., Redondo-Tébar, A., & Sánchez-López, M. (2019). Active commuting to and from school, cognitive performance, and academic achievement in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1839.
- Secretaría de gobernación. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigaciones para la salud. In *Ley general de salud: Vol. DOF 02-04-* (pp. 1–31). http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Sekulic, D.; Blazevic, M.; Gilic, B.; Kvesic, I.; Zenic, N. Prospective Analysis of Levels and Correlates of Physical Activity during COVID-19 Pandemic and Imposed Rules of Social Distancing; Gender Specific Study among Adolescents from Southern Croatia. *Sustainability* 2020, 12, 4072
- Sierra, P. D. M., & Uribe, F. M. O. (2021). Voces desde Latinoamérica: adolescentes ante la pandemia por covid19. *Revista Sobre La Infancia y La Adolescencia*, 20, 78–95. <https://doi.org/10.4995/reinad.2021.14192>
- Tejedor, S.; Cervi, L.; Pérez-Escoda, A.; Jumbo, F.T. Digital Literacy and Higher Education during COVID-19 Lockdown: Spain, Italy, and Ecuador. *Publications* 2020, 8, 48.
- Torres Pérez, A., Reina Gómez, A., Molero, H. G., Moreno Morales, N., Jiménez Marfil, S., López Mariscal, S., ... & Porras García, M. E. (2022). Valoración del nivel de actividad física y aptitud física en una muestra de universitarios. comparativa tras la pandemia de COVID-19. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 11(3).
- Watson, A., Timperio, A., Brown, H., Best, K., & Hesketh, K. D. (2017). Effect of classroom-based physical activity interventions on academic and physical activity outcomes: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 1-24.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbigele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., ... Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Executive summary: A report of the American college of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. In *Hypertension* (Vol. 71, Issue 6). <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000066>
- World Health Organization. (2022). Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

CAPÍTULO 13

AUTOEFICACIA EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LOCUS CONTROL DE PESO EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS

MCE. Tannia Castillo Estrada, Dra. Rosario Edith Ortiz Félix, Dra. Patricia Enedina Miranda Félix

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa

RESUMEN

El objetivo fue determinar la influencia de la autoeficacia en la conducta alimentaria y locus control de peso sobre el IMC de adolescentes universitarios. **Metodología:** diseño descriptivo correlacional, la muestra se calculó en G*Power 3.1. con un poder de 95% y significancia de 0.5 resultando un tamaño de muestra de 191 estudiantes. Se incluyeron estudiantes menores de 20 años. Para medir las variables, se aplicó la escala de autoeficacia en la conducta alimentaria, inventario Locus Control de Peso y mediciones antropométricas. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial y se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. **Resultados:** el 68.6% de los participantes fueron mujeres, el promedio de edad fue 18 (DE= 1.58) años. Para dar respuesta al objetivo general, se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple y se encontró buen ajuste ($F=13.70$, $gl= 7$, $p= .001$) con varianza explicada del 30%. Solo locus interno ($\beta=-.662$, $p=.010$) y locus otros poderosos ($\beta=.324$, $p=.018$) influyeron sobre el IMC de los adolescentes universitarios. Además, se encontró que el locus al azar se relacionó positivamente con la autoeficacia para el consumo de alimentos con altos en grasa ($r=.552$, $p= .001$) y consumo de alimentos altos en azúcares ($r=.880$, $p= .001$). Además, se relacionó negativamente con el consumo de alimentos saludables ($r=-.704$, $p= .001$) y con bebidas saludables ($r=-.559$, $p= .001$). **Conclusión:** La variable locus de control de peso, podría sugerir un aporte importante para la prevención y manejo de problemas de malnutrición por exceso. Debido a que se relaciona con la autoeficacia en la conducta alimentaria e influencia el IMC de los adolescentes. Por tanto, se sugiere su inclusión en intervenciones que promuevan la prevención y reducción de obesidad en adolescentes universitarios.

Palabras clave: autoeficacia, locus control, obesidad, universitarios.

INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con el peso plantean serias dificultades en el ámbito fisiológico, psicológico y social en los individuos que los padecen. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021) tres de cada 10 niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años en América Latina y el Caribe viven con sobrepeso, trece países de la región tienen prevalencias superiores al 30 por ciento. Argentina, Bahamas, Chile y México tienen los porcentajes más altos de sobrepeso, este último presenta una prevalencia global de 35.5%,

superado solamente por Argentina con un 36.4%. En el estado de Sinaloa, cuatro de cada 10 adolescentes presentan este problema, los municipios con mayor población con exceso de peso son: Culiacán con 4 mil 493 casos, cifra que representa el 31% de la población y Guasave con 2 mil 312 casos, cifra que representa el 16% de la población de este municipio (Rodríguez, 2018).

Son diversos los factores que intervienen para el desarrollo de problemas de exceso de peso, actualmente se han evidenciado cambios en los patrones de consumo de alimentos que siguen la

tendencia mundial y atraviesan a todo el entramado social con aumento del consumo de alimentos industrializados de detrimento de los naturales y en la accesibilidad de los alimentos (Degrave et al. 2021). Datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) 101, 087 mexicanos consumen más azúcares y calorías de las requeridas para una dieta balanceada, y no cumplen con las recomendaciones nutricionales de fibra y nutrientes como vitamina A, D, calcio y hierro. El 26 % de las calorías que consumen provienen de bebidas azucaradas y alimentos procesados, y hay bajo consumo de frutas, verduras y vegetales, que contribuyen con menos del 10 % total de la energía. Esto podría sugerir la alta prevalencia de sobrepeso, obesidad, diabetes y otras enfermedades crónicas que coexisten con deficiencias en vitaminas y minerales (Ortiz, 2016).

Se ha evidenciado que existen grupos sociales con conocida vulnerabilidad desde el punto de vista nutricional (Muñoz-Blanco, 2018), los adolescentes universitarios se encuentran en esta categoría, por la constante transición fisiológica, emocional y psicológica. Además, coexisten en un periodo crítico para el desarrollo de estilos de vida y el medio universitario podría generar ciertos riesgos para ello (Ávila et al. 2021; Escandón-Nagel, et al., 2021). Los comportamientos de ingesta de alimentos ultra procesados resultan ser una opción rápida, barata y atractiva para esta población ya sea por falta de tiempo, cansancio, o bien, priorizar otras actividades en sus tiempos libres, logrando un consumo de alta densidad energética. El comportamiento alimentario, propicia así la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como el exceso de peso (Aguilar-Zavala, Tovar-Vega, Quintero-Hernández, Calixto & Negrete-Díaz, 2019; Muñoz-Blanco, 2018).

Por tanto, se destaca la importancia de la autoeficacia en la conducta alimentaria para disminuir el consumo de alimentos altos en calorías, evitar alimentos dulces y comer alimentos saludables (Palacios et al. 2017). De acuerdo con la literatura es un mecanismo mediador, ciertamente importante en el éxito de los tratamientos dirigidos a prevenir

problemas de salud, control y reducción de peso (Shadve & Ortiz, 2020). Es un factor relevante en el proceso de cambio de conductas saludables, al predecir la adherencia a una dieta baja en calorías (Gutiérrez et al. 2008), desempeña un rol importante ya que el exceso de peso se asocia con una baja autoeficacia y una alimentación inadecuada (Trujillo & colaboradores, 2021). Sin embargo, algunas investigaciones concluyen que la autoeficacia en la conducta alimentaria no se ve reflejada en el exceso de peso de los estudiantes universitarios (Cares, Salgado & Solar, 2017).

Por otro lado, la literatura sugiere una variable importante para prevenir y manejar exceso de peso en adolescentes universitarios, el locus de control sobre las creencias de los individuos en el control sobre sus vidas (Rotter, 1954). De acuerdo con Adolfsson y colaboradores (2005), el locus de control interno es un potente determinante de la reducción de peso en personas con exceso de peso. Sin embargo, las personas con obesidad tienden a tener menos control interno sobre la ingesta de sus alimentos, puesto que esta se encuentra asociada a eventos externos sobre los que la persona carece de control (Cioffi, 2002; Tobias & McDonalds, 1977). Por el contrario, Mills (1994) encontró un mayor locus de control interno en personas con obesidad al compararlos con personas con normo peso. Otros autores sugieren que los individuos con puntuaciones altas en el locus control externo (locus al azar y otros poderosos) tienen dificultad para controlar su entorno y tomar la responsabilidad de su comportamiento, las personas con mayor externalidad son las que atribuyen su sobre ingesta a eventos externos que están fuera de su control, contribuyendo así al desarrollo de la obesidad (Rodin, Shank & Striegel-Moore (1989). Por lo antes mencionado, dicha variable ha de ser considerada en el estudio de la obesidad (Menéndez- González & Orts-Cortes, 2018).

Marco de referencia

Autoeficacia en la conducta alimentaria

La autoeficacia se define como una competencia personal amplia y estable sobre cuán

efectiva acerca de sus capacidades y confianza para alcanzar una meta o enfrentar una situación estresante (Bandura, 1977). Este, representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982,1997). De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995).

La expectativa de autoeficacia es muy importante porque se desarrolla a través del aprendizaje por observación y por experiencia social, lo que en conjunto forma parte de la construcción de la personalidad del individuo, así que se determina la manera de pensar y actuar de cada persona que conoce sus capacidades, habilidades y limitaciones para triunfar o prevenir un fracaso. Una persona con autoeficacia alta es capaz de enfrentar diversos retos porque sabe que cuenta con el conocimiento y habilidades necesarias para alcanzar su meta. Por lo contrario, quien tiene autoeficacia débil acostumbra a evitar nuevos y desconocidos desafíos, no confía en sus capacidades y habilidades y considera que los fracasos forman parte de su vida (Bandura, 2020).

De este modo, la autoeficacia influye en el hecho de como a las personas piensa, sienten y se comportan. También es un factor mediador en la motivación, influye en el establecimiento de metas personales, determina que conductas intentara realizar las personas en el futuro y la duración de estas, prediciendo sus reacciones a los contratiempos. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001). Un alto sentido de eficacia facilita el

procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos (Bandura, 1997). El poder predictivo de las creencias de la autoeficacia es mayor cuando las conductas en cuestión son nuevas o retardoras (Olivari & Urrea, 2007).

La autoeficacia forma parte importante del auto sistema de los seres humanos en conjunto a la autorreflexión, autorregulación y el autoconocimiento. Este sistema, juega un papel importante en la forma en que percibimos las situaciones y como nos comportamos en respuesta a diferentes situaciones. El ser humano es un agente que constantemente redefine y modifica su comportamiento. Esta reconstrucción, con características cognitivo-conductual, se hace según los logros y fracasos del diario vivir (Avalos, Oropeza, Ramírez & Palos, 2018; Contreras et al. 2005).

En lo que respecta a lo relacionado con la salud, se ha evidenciado que la autoeficacia cumple un rol importante en la implementación de una diversidad de conductas saludables, como son la reducción de peso (Campos & Pérez, 2007; Lugli, 2011; Martin, Dutton, & Brantley, 2004; Pinto, Clark, Cruess, Szymanski, & Pera, 2004), características de la conducta alimentaria (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001) la alimentación baja en calorías o la reducción del consumo calórico (Luszczynska, Tryburcy & Schwarzer, 2007; Weller, Greene, Redding, Paiva, Lofgren, Nash et al., 2014). Por ejemplo, la autoeficacia modera la ingesta de alimentos saludables en adolescentes (Pearson, Ball & Crawford, 2011). Gutiérrez, Lippke, Renner, Kwon y Schwarzer (2009), mencionan que la autoeficacia es un factor relevante en el proceso de cambio de conductas saludables, al predecir en este caso la adherencia a una dieta baja en calorías en mujeres. La autoeficacia en la conducta alimentaria se define como la capacidad de las personas para disminuir el consumo de alimentos altos en calorías, evitar alimentos dulces y saludables (Palacios, Ramírez, Anaya, Hernández & Martínez 2017).

Locus control de peso

El constructo, de locus de control es un sistema de creencias que se deriva de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1954), la cual establece

que uno de los determinantes de la conducta de una persona es el grado en que ella percibe una consecuencia particular como producto de su propio comportamiento versus el grado en que este comportamiento está controlado por fuerzas externas a él. Rotter (1966) diferencia entre locus control interno y locus control externo, donde el primero hace referencia a la creencia de que los acontecimientos son contingentes a la conducta del individuo, mientras que el segundo se refiere a la creencia de que esos acontecimientos no son contingentes, sino que dependen de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. La conceptualización del locus de control sugiere que la emisión de conductas depende de la cantidad de control personal que cada persona posee y a su vez establece la posibilidad de predicción y control de la conducta humana.

Levenson (1973) reformuló la conceptualización de Rotter (1966), donde estableció tres factores en lugar de dos: interno (I), otros poderosos (OP) y al azar (A). Dicho autor dividió la escala de externalidad en dos subescalas independientes basándose en el razonamiento de que las personas que creen que el mundo es caótico (el azar es decisivo) piensan y se conducen de manera diferente que aquellas que creen que el mundo es ordenado, pero que otros poderosos tienen el control. Levenson (1973) señala que las personas que se consideran controladas por otros poderosos muestran todavía un potencial para desarrollar un control interno, no así quienes creen en el azar.

Recientemente, el constructo se ha aplicado a conductas de salud como el control y/o regulación del peso corporal. Para la variable control de peso se establecieron dos dimensiones en términos de los hábitos de las personas que facilitan el mantenimiento de la obesidad (Saldaña y Rossell, 1988), como son: 1) hábitos alimenticios, que incluyen el estilo de alimentación y la influencia de los estímulos externos en la conducta de ingesta. Los primeros aluden a conductas características de un estilo diferencial de alimentación, tales como el ritmo de ingesta, la elección de alimentos y la cantidad diaria de alimentos consumidos (Saldaña y Rossell, 1988), y los segundos corresponden a factores ambientales que pudieran controlar la ingesta, tales

como la hora del día, el aspecto, el sabor y el olor de la comida (Saldaña, 1994; Saldaña y Rossell, 1988; Schanter, 1968; Schanter y Gross, 1968) y finalmente 2) hábitos de actividad física se refieren a ejercicios planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud (Saldaña, 1994).

Por tanto, locus control de peso, se refiere a las creencias que tienen los individuos en la cantidad de control sobre su peso, describe un continuo entre locus interno y externo. Los individuos con puntuación alta en el locus control interno son más propensos que las personas con alta puntuación en el locus control externo (locus azar y otros poderosos) para controlar su entorno y tomar la responsabilidad de su comportamiento. De esta forma, puede pensarse que el locus control es una variable importante en el estudio del control del peso. Por ejemplo, un locus control interno podría facilitar la adherencia de las personas obesas a una ingesta alimentaria adecuada y a la práctica regular de ejercicios físicos. Es así como el locus de control se convierte en un aspecto importante a considerar en la planificación de tratamientos para el control del peso, dado que la persona, al creer que es responsable de una acción y que los resultados exitosos se deben a su ejecución, tomara la decisión de ejecutar un comportamiento que asegure el aumento de la probabilidad de ocurrencia de conductas saludables, y por tanto se sentirá capaz de controlar su propia conducta (Adolfsson, Anderesson, Eloffsson, Rossner y Uden, 2005; Menéndez - González y Orts-Cortes, 2018).

Estudios relacionados

Degrave, Vargas y Fortino (2021), realizaron un estudio con el objetivo de valorar en universitarios la autoeficacia percibida en conductas alimentarias consideradas saludables y determinan posibles diferencias entre carreras. En el cual se empleó un test psicométrico de autoeficacia. Participaron 300 estudiantes, 80% mujeres y 20% varones, de tres carreras: bioquímica (BQ) y las licenciaturas de biotecnología (LB) y en nutrición (LN). En el que se obtuvieron los siguientes resultados: el instrumento confiable fue 0,83 (alfa de Cronbach). La puntuación obtenida por LN presentó un mayor sentido de autoeficacia percibida que BQ y LB (respectivamente)

en alimentos altos en grasa ($M=3.76$ vs 3.31 y 3.50 $p= 0.001$); dulces ($M= 3.71$ vs 3.53 y 3.55 ; $p= 0.016$) y saludables ($M=4.23$ vs 3.75 y 3.90 $p= 0.003$). Se concluye que la autoeficacia es un importante predictor de las acciones de los individuos frente a diversas situaciones, resulta una herramienta valiosa para dilucidar las particularidades y promover la educación alimentaria nutricional en universitarios de diferentes carreras.

Cares, Salgado y Solar (2017), analizaron la autoeficacia en conducta alimentaria y el estado nutricional de los estudiantes universitarios. En un estudio observacional prospectivo transversal en estudiantes universitarios. Se utilizó una escala relacionada con conducta alimentaria. Además, se evaluó antropométricamente a cada individuo, mediante medición de peso, talla y circunferencia de cintura. En el cual se incluyó a 50 estudiantes universitarios de la facultad de ingeniería de la Universidad Católica de la Santísima Concepción. Los horarios del consumo de las comidas principales de los estudiantes no cumplen con un rango de 3 a 4 horas de diferencia. El 46% de los estudiantes presentaron consumo de ayuno los siete días de la semana, el 36% desayuna casi siempre de 4-5 días de la semana, el 16% desayuna a veces de 1-3 días a la semana. El 66% no cena y el 20% de 1-3 días, el 4% casi siempre y el 10% siempre cenaba.

En relación con los alimentos consumidos en mayor porcentaje entre las comidas principales, se destaca la sacaros o productos azucarados. Por último, concluyen que la autoeficacia en la conducta alimentaria no se ve reflejada en el estado nutricional de los estudiantes universitarios.

Escandón-Nagel, Apablaza, Novoa-Seguel, Osorio-Troncoso y Barrera-Herrera, (2021), realizaron un estudio en el cual identifican variables predictoras de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), evalúan la prevalencia de estas conductas por sexo y orientación sexual y analizan la relación entre las variables estudiadas. Su método fue una muestra de 601 participantes que se les aplicó los instrumentos: cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR), escala multidimensional de apoyo social de riesgo (MSPSS)

y escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). En el cual obtuvieron los resultados de las variables predictoras de CAR fueron sexo, depresión y estrés, explicando el 16% de la varianza (R^2 ajustado = 0.17). Además, las CAR se presentan mayormente en el sexo femenino, donde un 16.9% presenta riesgo alto de CAR, frente a un 8.7% del sexo masculino, siendo las diferencias estadísticamente significativas. También existen diferencias significativas en la prevalencia de estas conductas según la variable. Se concluyen que estos resultados destacan la alta prevalencia de las CAR, en su comportamiento según las variables sociodemográficas, además de la importancia de la prevención de sintomatología de depresión y estrés como una acción para prevenir las CAR en universitarios, enfatizando además la importancia de prestar particularmente atención al grupo femenino, por presentar mayor vulnerabilidad respecto a los problemas de alimentación.

Palacios y Hugo (2020), realizaron un estudio con el objetivo de identificar de qué manera se relacionan los factores cognitivos y el consumo de bebidas endulzadas con el estado de nutrición. Se realizaron mediciones antropométricas y se registró la frecuencia de consumo de bebidas endulzadas. Además, se aplicaron la escala de autoeficacia de la conducta alimentaria y la escala de autorregulación de bebidas endulzadas en una muestra de 113 estudiantes de Querétaro, México. Se encontró que la frecuencia del consumo de refresco fue de 38.9% para el sabor cola. Adicionalmente, la frecuencia del consumo de bebidas endulzadas se relaciona positivamente con el aumento de la grasa visceral y el indicador de cintura-cadera. Autoeficacia y autorregulación se relacionan negativamente con el consumo de bebidas endulzadas. Se concluye que el consumo de bebidas endulzadas genera un aumento de peso.

Menéndez-Gonzales y Orts-Cortes, (2018). Realizaron un estudio en el que identifican la autorregulación, autoeficacia y locus control en la regulación del peso, en personas con obesidad y normo peso. Se realizó un estudio transversal en el centro de salud en el Centro de Salud del Coto

(Gijón). Los criterios de exclusión fueron: enfermedad médica grave, y trastornos de la alimentación o mujeres embarazadas. Se midieron variables conductuales: autorregulación del peso corporal, autoeficacia percibida en la regulación del peso y locus control en la regulación del peso. Se incluyeron 106 participantes: 32 con obesidad, 28 con sobrepeso y 46 con normo peso. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de estudio para las variables escala total de autoeficacia ($F = 61.77$; $p < 0.01$), escala total de autorregulación ($F = 45.97$; $p < 0.01$), locus control interno ($F = 13.92$; $p = 0.019$), locus control otros poderosos ($F = 9.21$; $p < 0.01$) y locus control azar ($F = 3.50$; $p = 0.011$). Se concluye que la existencia de una relación entre el índice de masa corporal y las variables conductuales de autoeficacia, autorregulación y locus control, plantea a los profesionales sanitarios la necesidad de incluir los factores psicológicos o conductuales en cualquier actividad preventiva y de intervención dirigida al control del peso.

Silvestre, Figueroa-Gutiérrez, Díaz-Esteve y Montes-Miranda. (2021). El objetivo de esta investigación es caracterizar el Autoestima, Autoeficacia y Locus control de los estudiantes de nuevo ingreso de la carrera de educación. Empleando un método cuantitativo con tratamiento correlacional y explicativo, se aplicó un cuestionario de la escala de Autoestima de Rosenberg (1989), la escala de Autoeficacia de Baessler y Schwarzer (1966) y la escala de Locus control de Moena (2012). La muestra estuvo integrada por 744 estudiantes de nuevo ingreso de una universidad de formación de docentes, seleccionados a través de un muestreo aleatorio entre la población que aprobó el examen de admisión. Los resultados son en escala de Autoestima la extracción de los factores principales identifico dos componentes o factores con valores propios a mayores a 1, responsables de un 59% de la varianza: Autoconfianza = 42% y Autodesprecio = 17%. La escala de autoeficacia no se realizó un análisis sobre la estructura factorial de esta escala, por lo que se realizó un AFE para obtener esta información. El test de medida de la adecuación del muestreo arroja un resultado excelente ($KMO = .918$) y el test de esfericidad de Bartlett produjo un Chi-

cuadrado muy significativo, $\chi^2(45) = 3880.806$, $p = .000$. En la escala de locus control se encontró que el interno en cuanto al género evidencia que las mujeres tuvieron una media de locus interno (Media = 4.53, DE = .031) significativamente más alta que la de los hombres (Media = 4.38, DE .045). En locus al azar no se encuentran diferencias significativas en cuanto al género $F(1,715) = 2.48$, $p = .116$. Otros poderosos se encontraron que en general, la media de los hombres en la escala Otros Poderosos (Media = 2.42, DE = .056) fue más alta que la media de las mujeres (Media = 2.21, DE = .038).

Objetivos

Objetivo general

Determinar la influencia de locus control de peso y autoeficacia en la conducta alimentaria sobre el IMC de los adolescentes universitarios.

Objetivo específico

Conocer la relación de autoeficacia alimentaria con el locus control de peso en adolescentes universitarios

Definición de términos

Autoeficacia en la conducta alimentaria

Se define como la capacidad percibida de las personas para disminuir el consumo de alimentos altos en calorías, evitar alimentos dulces y comer alimentos saludables. Para el presente estudio se define como la capacidad del adolescente universitario para evitar el consumo de alimentos altos en calorías, grasa y bebidas azucaradas, y seleccionar alimentos y bebidas saludables. Se midió con la escala de autoeficacia de la conducta alimentaria (Palacios et al. 2017).

Locus control de peso

Es el grado de creencia de un individuo en el control de su vida, se ha relacionado con muchos resultados de salud incluyendo la pérdida de peso en personas con sobrepeso/obesidad. Para la presente investigación se define como la capacidad percibida que tiene el adolescente universitario para controlar y

manejar su peso y se midió con el inventario locus control de peso (Lugre y Vivas, 2011).

METODOLOGÍA

Diseño

El diseño de estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal, la población estuvo conformada por adolescentes universitarios de una Facultad del área de la salud. El muestreo fue probabilístico de tipo aleatorio simple. La muestra se calculó en el programa G*Power 3.1.9.7 con un poder de 95% y significancia de 0.5, resultando un tamaño de muestra de 191 estudiantes.

Se incluyeron adolescentes universitarios \leq 19 años, sin diagnóstico de enfermedades que interfieran en su peso corporal (diabetes, hipotiroidismo, deshidratación, entre otras).

Mediciones

Instrumentos de medición

Se aplicó una cédula de datos sociodemográfica, para indagar datos como: edad, sexo, estado civil e ingreso económico familiar.

Para medir la autoeficacia en la conducta alimentaria, se aplicó la escala de autoeficacia en la conducta alimentaria (Palacios, et. al. 2017). Es un instrumento validado en población mexicana y evalúa la capacidad percibida que tienen los adolescentes para disminuir el consumo de alimentos altos en calorías, evitar alimentos dulces y comer alimentos saludables. Está conformado por 21 reactivos, que se distribuyen en cuatro dimensiones: el primero hace referencia a los alimentos altos en grasa, por ejemplo; "soy capaz de comer alimentos fritos o con mucha grasa", el segundo se refiere al consumo de alimentos saludables "soy capaz de comer frutas y verduras diariamente", el tercero indaga a cerca de alimentos dulces: "soy capaz de eliminar de mi dieta dulces y chocolates" y finalmente la cuarta dimensión se refiere a las bebidas saludables: "puedo dejar de tomar refresco y beber agua natural". Las opciones de respuesta son tipo Likert: 1) ausencia de ser capaz, 2) casi nunca ser capaz, 3) pocas veces ser

capaz, 4) muchas veces ser capaces, 5) ser muy capaz. Para su interpretación a mayor puntuación en la escala mayor autoeficacia en la conducta alimentaria. La confiabilidad medida por Alfa de Cronbach fue de 0.93.

Para evaluar el locus control de peso, se aplicó el inventario Locus Control de Peso (Lugli & Vivas, 2011). Este, se integra por 16 reactivos agrupados en tres factores: interno (seis reactivos), azar (cinco reactivos), y otros poderosos (cinco reactivos). La estructura factorial encontrada de tres factores explica el 44% de la varianza total. El primer factor "interno, explica el 15.77% de la varianza total, el segundo, "otros poderosos" explica el 15.56% de la varianza y el tercero, "azar" explica el 13.31% de la varianza.

El primer factor locus interno, hace referencia a las creencias de que el control de peso es predecible y manipulable, es decir, susceptible a ser modificado por su propia acción, por ejemplo: "mantener un peso ideal depende totalmente de mí"; el segundo factor locus otros poderosos, se refiere a las creencias que el control de peso se basa en el poder de otras personas (profesionales de la salud) para controlar el resultado de sus acciones, por ejemplo; "las condiciones tienen que estar dadas para poder bajar de peso" y finalmente el tercer factor locus al azar, hace referencia a las creencias de que el control de peso depende de la suerte, la casualidad o el destino, por ejemplo; "estar en forma es cuestión de buena suerte". Las opciones de respuesta son tipo Likert y van de 0) desacuerdo a 3) totalmente de acuerdo. La puntuación en cada dimensión resulta de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los reactivos que la componen, donde a mayor puntaje mayor locus control de peso. La consistencia interna del instrumento se midió con el coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones, obteniendo 0.69 el factor "interno"; 0.68 el factor "Otros poderosos" y 0.63 el factor "Azar".

Mediciones antropométricas

Para la obtención del peso y talla, se entrenaron profesionales de enfermería. El entretenimiento consistió en la revisión del manual de uso de los equipos y las medidas de seguridad a

realizar para obtener las mediciones. Para medir el peso, se usó la báscula seca 354 con capacidad de 200 kg, y para la obtención de talla se empleó estadiómetro portátil marca seca 213. Posteriormente, se calculó el IMC mediante la calculadora del sitio Web del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y se clasificó el resultado como: bajo peso (percentil <5), peso saludable (percentil 5 hasta 85), sobrepeso (percentil >85 y <95) y obesidad (percentil >95).

Procedimiento de recolección de datos

Para llevar a cabo el presente estudio, se solicitó la aprobación de Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación (CONBIOÉTICA-25-CEI-001) y directivos de la Facultad de Enfermería Mochis. Una vez aprobado el protocolo con número de registro CEI-020, se solicitó en la coordinación académica de la facultad, las listas de los grupos de primer y segundo grado (11 grupos por grado). Posteriormente, se aleatorizaron los grupos en la hoja de cálculo Excel resultando elegidos al azar: 1-1, 1-2, 1-3, 1-4, 1-6, 1-9 y 2-11.

A partir de las listas de los grupos seleccionados, se contactó a los jefes de grupo, se programó una reunión informativa con la finalidad de explicar los objetivos y dinámica de la investigación. Los estudiantes que accedieron a participar se les entregó consentimiento informado y asentimiento en caso de ser menores de edad y se les realizó dos preguntas filtro: ¿Qué edad tienes? ¿Tienes alguna enfermedad crónica degenerativa como diabetes, hipotiroidismo...entre otras? para asegurar que se cumplan los criterios de selección. Posteriormente, se efectuó una segunda reunión en coordinación con el jefe de cada grupo (iniciando en orden ascendente, ejemplo: 1-1, ...2-11) para la colecta de datos, misma que se realizó en el espacio que ocupa el aula de clases. Una vez que los estudiantes, entregaron consentimiento o asentimiento informado con su firma y la de dos testigos, se procedió a realizar mediciones antropométricas de peso y talla (los equipos se instalaron a tres metros de distancia de los participantes para cuidar la privacidad de cada adolescente), posteriormente, se entregaron los instrumentos de lápiz y papel (cédula de datos

sociodemográficos, escala de autoeficacia e inventario de locus de control de peso), se les explicó a los participantes que en cualquier momento podrían retirarse sin ninguna repercusión y se garantiza la confiabilidad y el anonimato de los datos. Se utilizó un folio para identificar a los participantes. Finalmente, se les agradeció por su participación.

Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, SSA, 2014). En este apartado se garantizó el respeto al derecho y bienestar de los participantes de la investigación.

En el cumplimiento del artículo 13 prevaleció el respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Asimismo, de acuerdo con el Artículo 14, Fracciones I, V, VI, VII y VIII el presente estudio contó con consentimiento informado y por escrito del adolescente y su padre/tutor. El consentimiento informado se formuló por escrito y se solicitó la firma de dos testigos y la aprobación por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería Mochis. Tal como lo estipula el Artículo 22, Fracciones II y IV.

En cumplimiento al artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes y la información obtenida se resguardará por cinco años y el cual solo tendrá acceso el equipo de investigación. De acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, la presente investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que se realizaron mediciones de peso y talla a los adolescentes.

De acuerdo con el capítulo IV de la investigación en grupos subordinados en el artículo 57 se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores, de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos o reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado puede ser influenciado por alguna autoridad.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for the Social*

Sciences (SPSS) versión 25. Para conocer la distribución de los datos, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnow, se encontró distribución no paramétrica. Además, para conocer la confiabilidad de los instrumentos se aplicó alpha de Cronbach.

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencia, medias y porcentajes). Se aplicó la prueba de correlación de Spearman para conocer la relación de las variables y regresión lineal múltiple utilizando el método introducir, como variable criterio el IMC del adolescente y variables predictoras: autoeficacia en la conducta alimentaria (alimentos altos en grasas, alimentos saludables, alimentos altos en azúcares y bebidas saludables) y locus de control de peso (interno, otros poderosos y al azar).

RESULTADOS

Características sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 191 adolescentes universitarios. Del total, 31.40% ($n=60$)

fueron hombres y 68.60% ($n=131$) mujeres, el promedio de edad fue de 18.00 años ($DE=1.58$). El 95.80% refirió estar soltero, 3.70% casado y 0.50% viudo. Referente a los datos antropométricos, el promedio de peso fue 68.40 ($DE=16.04$) kilogramos, altura 1.64 ($DE=.43$) metros e IMC de 25.16 ($DE=5.00$). El estado nutricional, se clasificó de acuerdo con la calculadora antropométrica de la CDC dando como resultado; 5.30% ($n=10$) de los adolescentes presentaron bajo peso, 55.60% ($n=105$) peso saludable, 20.10% ($n=38$), sobrepeso y 19.00% ($n=36$) obesidad.

Respecto a la autoeficacia en la conducta alimentaria, se encontró que la escala general presentó puntuaciones altas 80.62 ($DE=15.94$), la dimensión con promedio más bajo fue la autoeficacia en bebidas saludables. Por contrario, locus de control de peso, presentó puntuaciones bajas (ver tabla 1). De acuerdo con la confiabilidad de los instrumentos, la escala de autoeficacia en la conducta alimentaria mostró buena confiabilidad con un alpha de cronbach .92 y el inventario locus control de peso .78.

Tabla 1.

Descriptivos de autoeficacia en la conducta alimentaria y locus de control de peso en adolescentes universitarios.

| Variables | Media | DE |
|--------------------------------------|-------|-------|
| Autoeficacia en conducta alimentaria | 80.62 | 15.94 |
| Consumo de alimentos altos en grasa | 18.65 | 4.44 |
| Consumo de alimentos saludables | 19.55 | 4.88 |
| Consumo de alimentos dulces | 30.33 | 6.75 |
| Consumo de bebidas saludables | 12.15 | 3.37 |
| Locus de control de peso | 22.94 | 2.36 |
| Interno | 7.56 | 1.16 |
| Otros poderosos | 6.65 | 1.21 |
| Al azar | 8.74 | 1.50 |

Nota: $n=191$, $DE=$ desviación estándar.

Estadística inferencial

Para dar respuesta al objetivo específico uno, conocer la relación de autoeficacia alimentaria con el locus control de peso en adolescentes universitarios

se utilizó la prueba de correlación de Spearman y se encontró que locus al azar se relacionó positivamente con el consumo de alimentos altos en grasas ($r=.552$, $p=.001$) y consumo de alimentos altos en azúcares ($r=.880$, $p=.001$).

Además, se relacionó negativamente con el consumo de alimentos saludables ($r=-.704, p=.001$) y bebidas saludables ($r=-.559, p=.001$).

Tabla 2.

Relación de autoeficacia alimentaria con locus control de peso en adolescentes universitarios

| Variables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------|---------|--------|---------|-------|------|---|
| 1. Consumo de alimentos altos en grasa | - | | | | | | |
| 2. Consumo de alimentos saludables | .512** | - | | | | | |
| 3. Consumo de alimentos dulces | .614** | .491** | - | | | | |
| 4. Consumo de bebidas saludables | .489** | .414** | .555** | - | | | |
| 5. Locus Interno | -.072 | -.088 | -.069 | -.027 | - | | |
| 6. Locus otros poderosos | -.008 | .056 | -.139 | -.018 | .113 | - | |
| 7. Locus al azar | .552** | -.704** | .880** | -.559** | -.105 | .089 | - |

Nota: n=191; ** significancia al .001.

Finalmente, para determinar la influencia de la conducta de autoeficacia alimentaria y locus control de peso, se aplicó regresión lineal múltiple. El modelo resultó significativo ($F= 13.70, gl= 7, p= .001$) y explicó el 30% de la varianza. Las variables que contribuyeron al modelo fueron locus interno ($\beta=-$

.662, $p=.10$) y locus otros poderosos ($\beta=.324, p=.018$). Es decir, los adolescentes universitarios que presentan menores puntuaciones de locus interno y mayores puntuaciones de locus otros poderosos tienen mayor probabilidad de presentar IMC elevado (tabla 3).

Tabla 3.

Influencia de autoeficacia alimentaria y locus control de peso sobre el IMC de los adolescentes universitarios

| Variables | β | EE | p | IC 95% | |
|---|---------|------|------|--------|-------|
| | | | | LI | LS |
| ACA para el consumo de alimentos altos en grasa | .076 | .112 | .499 | -.145 | .297 |
| ACA para el consumo de alimentos saludables | .007 | .094 | .938 | -.178 | .193 |
| ACA para el consumo de alimentos dulces | -.037 | .085 | .663 | -.205 | .131 |
| ACA para el consumo de bebidas saludables | -.176 | .140 | .211 | -.452 | .101 |
| Locus interno | -.662 | .304 | .010 | -1.262 | -.062 |
| Locus otros poderosos | .324 | .134 | .018 | .087 | .437 |
| Locus al azar | .253 | .236 | .285 | -.213 | .719 |

N= n=191; ACA= autoeficacia para la conducta alimentaria; β = beta; EE=error estándar; p=significancia; IC= intervalo de confianza; LI= límite inferior; LS= límite superior.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la influencia de la autoeficacia en la conducta alimentaria y locus control de peso sobre el IMC de adolescentes universitarios de la zona norte de Sinaloa, México. Los resultados mostraron que el sexo que mayor predominio en los estudiantes fue el femenino, dicho resultado concuerda con otros estudios donde se incluyeron mayores porcentajes

de mujeres (Aguilar, et al. 2017; Silva, et al. 2019) y difiere con León, Méndez, Torres-Compeán, Gómez-Peresmitré (2022), en su estudio predominó el sexo masculino. Respecto a la autoeficacia en la conducta alimentaria, la dimensión con promedio más bajo fue la autoeficacia en bebidas saludables. Hallazgo que difiere a lo reportado por Degranve, Vargas y Fortino (2021), ellos expresan en su estudio que el grupo de universitarios poseen una capacidad adecuada que les permitiría regular el consumo de bebidas menos saludables frente al agua. Lo que posiblemente

podría ser atribuido a las condiciones y contexto sociocultural en el que se realizaron las investigaciones. Otro hallazgo fue que locus al azar se relacionó positivamente con el consumo de alimentos altos en grasas y consumo de alimentos altos en azúcares, resultado que difiere con lo encontrado en por Menéndez-González y Orts-Cortés (2017) que reportan que a mayor locus interno mayor número de conductas saludables, es decir, mejores hábitos alimentarios. Lo anterior sugiere, la necesidad de continuar estudiando estas variables en adolescentes.

Respecto a la influencia de la autoeficacia y locus de control de peso sobre el IMC de los adolescentes, las variables que contribuyeron al modelo fueron locus interno y locus otros poderosos. Es decir, los adolescentes universitarios que presentan menores puntuaciones de locus interno y mayores puntuaciones de locus otros poderosos tienen mayor probabilidad de presentar IMC elevado. Resultado diferente a lo reportado por Menéndez-González y Orts-Cortés (2017) en su estudio ellos encontraron un alto puntaje en locus interno en sus participantes, conscientes de que su conducta contribuye en su peso, el locus interno pudiera estar generando un efecto desmotivador al tener la persona conciencia de lo que debe hacer y del esfuerzo que implica asumir la responsabilidad en las decisiones para mantener su peso dentro de los valores normales. En cuanto lo encontrado de locus al azar coincide con Menéndez-González y Orts-Cortés (2017). Los adolescentes con IMC elevado tienen una mayor creencia en que el azar y la influencia de otras personas, como pueden ser profesionales de salud (nutriólogos, psicólogos, enfermeros) y entrenadores físicos, determinan el peso que poseen. Estos resultados no coinciden con los observados por Lugli,

Zoraida (2018), quien concluye que independientemente del peso que tuviesen los sujetos, no creían que el azar determinase el peso que tenían.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye que los adolescentes universitarios, son un grupo altamente vulnerable para el desarrollo de enfermedades relacionadas con el peso, debido a que casi la mitad de los adolescentes universitarios presentaron alguna forma de malnutrición, de estos el sobrepeso y la obesidad superaron la prevalencia nacional. Además, respecto a la autoeficacia en la conducta alimentaria el consumo de bebidas saludable presentó las medias más bajas lo que sugiere la necesidad de implementar intervenciones que favorezcan el consumo de bebidas con bajo contenido de azúcares añadidos. En lo que respecta al locus de control de peso, la dimensión de al azar obtuvo el promedio más alto, lo que nos indica que los estudiantes universitarios dan valor a la suerte y al destino para controlar su peso. También, se puede argumentar que, a diferencia de otros estudios, la autoeficacia no presentó influencia directa en el IMC de los adolescentes, sin embargo, se observó relación positiva con locus al azar.

Finalmente, se concluye que las dimensiones de locus de control de peso interno y otros poderosos influyen el IMC de los adolescentes. Por tanto, se sugiere su inclusión en intervenciones que promuevan la prevención y reducción de obesidad en adolescentes universitarios. Además, se recomienda para futuros estudios realizar diferencias por género, edad y estrato social.

REFERENCIAS

- Aguilar-Zavala, H., Tovar-Vega, A. R., Quintero-Hernández, Y., Calixto Olalde, M. G., & Negrete-Díaz, J. V. (2019). Consumo de alimentos ultra procesados y obesidad en estudiantes universitarios. *Revista Nthe*, 26, 33-39.
- Adolfsson, B., Andersson, I., Elofsson, S., Rossner, S. y Uden, A.L. (2005). Locus of control and weight reduction. *Patient Education & Counseling*, 56(1), 55-61.
- Avalos, Oropeza, Ramírez y Palos, (2018). Autoeficacia: un acercamiento al estado de la investigación en

- Latinoamérica. Revista Ubio Bio Chile. 91-102.
<http://revistas.ubiobio.cl/index.php/REINDED/article/view/4124/3822>.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 2,122-147.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Evaluar*, [http:// www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm](http://www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm)
- Bandura, Albert. (2020). <https://www.significados-com/autoeficacia>
- Barca-Lozano, Almeida, Porto-Rioboo, Peralbo-Uzquiano y Brenlla-Blanco (2012). Autoeficacia: un acercamiento al estado de la investigación en Latinoamérica. *Revista Ubio Bio Chile*. 91-102.
- Cares Gangas, María Francisca., Salgado Hunter, Romina Paz., Solar Bravo, Ignacio Matías. (2017). Universidad Católica de la Santísima Concepción. <http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/1297/Mar%c3%ada%20Francisca%20Cares%20Gangas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Campos S y Pérez C. (2007). Self-efficacy and decisional conflict with the reduction of body weight in women. *Rev Chil Nut*, 34(3) 3-18.
- Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC) Calculadora del percentil del IMC en niños y adolescentes (cdc.gov)
- Cioffi, J. (2002). Factors that enable and inhibit transition from a weight management program: A qualitative study. *Health Education Research*, 17(1), 19-20.
- Degrave M, Valentina; Vargas R, Matías; Fortino A, María (2021). Estudio descriptivo de autoeficacia percibida en la alimentación de los estudiantes universitarios. *Revista de Perú Investing Salud* 255-261.
- Diario Oficial de la Federación (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (diputados.gob.mx)
- Escandón-Nagel, N., Apabaza-Salazar, J., Novoa-Seguel., Osorio-Troncoso, B., & Barrera-Herrera, A. (2021), Factores predictores asociados a conductas alimentarias de riesgo en universitarios chilenos. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 41 (2). <https://doi.org/10.12873/412>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021). *El sobrepeso en la niñez: Un llamado para la prevención en América Latina y el Caribe*, ed. rev., UNICEF, Ciudad de Panamá. ISBN: 978-92-806-5309-0.
- Olivari Medina, Cecilia, & Urra Medina, Eugenia. (2007). Autoeficacia Y Conductas De Salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- Gutiérrez DB, Lippke S, Renner B, Kwon S, Schwarzer R (2009). Self-Efficacy and Planning Predict Dietary Behaviors in Costa Rican and South Korean Women: Two Moderated Mediation Analyses. *Appl Psychol*, 1:91-104.
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. <https://unicef.org/Mexico/saud-y-nutrici%C3%B3n>

- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Lizárraga Rodríguez, Perla Janeth. (2018). Salud Sinaloa. <https://salud.sinaloa.go.mx/index.php/201/04/06/obesidad-de-los-principales-problemas-en-sinaloa>.
- Lugli RZ (2011). Self-efficacy and locus of control: predictive variables of weight self-regulation in obese people. *Pens Psic*, 9(17):43-56.
- Luszczynska A, Tryburcy M, Schwarzer, R. (2007). Improving fruit and vegetable consumption: a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention. *Health Educ Res*, 22(5):630-38.
- Lugli, Zoraida. (2018). Control de la conducta en personas con diferentes índices de masa corporal. *Pensamiento Psicológico*, 16 (1), 83-94. Recuperado el 06 de abril de 2023, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612018000100007&lng=en&tlng=.
- Martin P, Dutton C, Brantley P (2004). Self-Efficacy as a Predictor of Weight Change in African-American Women. *Obes Res*, 12(4):647-51.
- Menéndez-González L, Orts-Cortés M.I. (2018). Factores psicosociales y conductuales en la regulación del peso: autorregulación, autoeficacia y locus control. *Enfermería Clínica*, 749, 8. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.02.005>
- Mills, J. (1994). Interpersonal dependency correlates and locus of control orientation among obese adults in outpatients treatment for obesity. *Journal of Psychology*, 128(6), 667-674.
- Ortiz Arquedas, Diego (2016). Acercar la ciencia al desarrollo mediante noticias y análisis. <https://www.scidev.net/america-latina/news/estado-nutricional-mexicano-bajo-la-lupa/>
- Palacios, Jorge, Ramírez, Víctor, Anaya, Miriam, Hernández, Hebert Luis, & Martínez, Rubén. (2017). Evaluación psicométrica de una escala de autoeficacia de la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 44(1), 95-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100013>
- Pinto B, Clark M, Cruess D, Szymanski S, Pera V. (1999). Changes in self-efficacy and decisional balance for exercise among obese women in a weight management program. *Obes Res*, 7(3):288-92.
- Pearson N, Ball K, Crawford D. (2011). Predictors of changes in adolescents' consumption of fruits, vegetables and energy-dense snacks. *Brit J Nutr*, 105(5):795-803.
- Paty Muñoz-Blanco, Jorge Huamán-Saavedra. (2018). Estado Nutricional de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Trujillo. *Revista Médica de Trujillo*. 131-139.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rodin, J., Shank, D. y Striegel-Moore, R. (1989). Psychological features of obesity. *Medical Clinics of North America*, 73(1), 47-66.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Trujillo Hernández, Pedro E, Flores Peña, Yolanda, Gómez Melasio, Dafne A, Lara Reyes, Braulio J, Ángel García,

Julieta, & Gutiérrez Valverde, Juana M. (2021). Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria en adolescentes mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 821-826. Epub 27 de septiembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03501>

Wardle J, Guthrie C, Sanderson S, Rapoport L. (2001). Development of the children's Eating behavior questionnaire. *J Child Psychol Psych*, 42(7):963-70.

Weller K, Greene G, Redding C, Paiva A, Lofgren I, Nash J. et al. (2014). Development and Validation of Green Eating Behaviors, Stage of Change, Decisional Balance, and Self Efficacy Scales in College Students. *J Nutr Educ Behav*, 46(5):324-32.

CAPÍTULO 14

USO DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL Y ESTADO NUTRICIO EN JOVENES

Dr. Jesús Melchor Santos Flores, *estudiantes*; Lizbeth Flores Herrera, Ruth Adamaris Robles Cárdenas, Perla Rubí Zavala Bocanegra, Arleth Alcántara Fernández, José Eduardo Alcorta Castellanos, Quintanar Sánchez, Karina Monserrat Tello Niño, Atzhiry Vázquez Rodríguez, Esmeralda Vanessa Viezca López, Erica Jeanneth Zepeda Carrizosa

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción: El sobrepeso y la obesidad constituyen una de las enfermedades que afectan a toda la población a nivel mundial. El uso de las etiquetas nutricionales podría mejorar la comprensión del consumidor sobre la calidad nutricional de lo que consume. **Objetivo:** Determinar los conocimientos, comprensión y uso de las etiquetas nutricionales según el estado nutricional en jóvenes. **Método:** Diseño descriptivo, muestreo no probabilístico por bola de nieve. Muestra de 75 jóvenes. Se recurrió al uso del Cuestionario de Uso y Conocimiento sobre Etiquetado Nutricional. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y variabilidad, frecuencias y porcentajes. **Resultados:** El sexo femenino predominó con 66.7%, el 38.7% presentó sobrepeso y el 24% obesidad. El 50.7% conoce el consumo de calorías en adultos y el 53.3% en niños. Las etiquetas nutricionales más conocidas fueron Etiquetas de Advertencia (97.3%), Guías Diarias de Alimentación (90.6%), y las Listas de ingredientes (90.6%). Las menos conocidas fueron las Leyendas (74.7%). **Conclusiones:** La lectura de las etiquetas nutricionales no es muy frecuente, poco porcentaje de la población conoce su interpretación. La etiqueta nutricional más leída es la Etiqueta de Advertencia. Se requieren intervenciones educativas sobre el uso e interpretación de etiquetas nutricionales.

Palabras clave: Adulto, sobrepeso, obesidad, etiquetado de alimentos, comer, tabla nutricional.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad (SP/OB) son una acumulación excesiva de grasa corporal a causa de un desbalance energético entre las calorías que se consumen y las que se gasta, constituyendo una de las enfermedades que afectan a toda la población a nivel mundial (Ortiz et al., 2017; Sebastián, Sanz & Wanden, 2011). Son una causa del acceso a comidas procesadas y con alto contenido de azúcares y grasas (Loxton, 2018). El SP/OB predisponen al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y cardiopatías isquémicas (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) reporta que el 52% de la población mundial

adulto presenta SP/OB. En México los reportes emitidos sobre prevalencias de SP/OB superan las cifras mundiales, siendo un 76.8% en mujeres y 73% en hombres respectivamente de la población adulta (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2018). Las altas prevalencias de SP/OB hacen evidente la aparición de comorbilidades, por ello las enfermedades cardiovasculares y la DM2 ocupan las primeras causas de mortalidad en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

Algunos estudios sugieren que el SP/OB podría estar relacionado con distintos factores de riesgo como dietas altas en carbohidratos, el consumo de alcohol, el tabaquismo, el sedentarismo, la DM2, dislipidemias e hipertensión arterial (Ortiz et al., 2017; Rincón et al., 2015). Estos factores de riesgo estarían presentes en

los individuos con SP/OB en gran medida y podrían aumentar el riesgo de mortalidad en un futuro.

En este sentido, numerosos estudios han demostrado la utilidad de las Etiquetas Nutricionales (EN) con el fin de mejorar la comprensión del consumidor sobre la calidad nutricional de los productos que consume (Ducrot et al., 2015; Hernández et al., 2020; Hersey, Wohlgenant, Arsenault, Kosa & Muth, 2013). Es una estrategia importante porque permite que los consumidores accedan a la información de las características de los alimentos y bebidas industrializados, puede facilitar la toma de decisiones saludables y promover la reformulación de productos industrializados, mejorando su calidad nutrimental al reducir el contenido de grasas, sodio y azúcares añadidos (Tolentino et al., 2018).

En la actualidad se han desarrollado diversos sistemas de EN, que han sido utilizados de forma voluntaria por la industria alimentaria, se identifican tres tipos: a) sistemas de nutrimentos específicos: presentan información referente a cantidad, porcentaje o indicadores de alto, medio y bajo contenido de los nutrimentos, ejemplo de ellos son las guías diarias de alimentación (GDA).

Un segundo sistema son los b) sistemas de resumen: mediante un símbolo, icono o puntaje proporcionan la evaluación global del contenido nutrimental de un producto, lo cual permite que los consumidores tengan la opción de seleccionar los alimentos de mayor calidad nutricional sin necesidad de procesar la información en detalle, un ejemplo es el sello nutrimental establecido por la Secretaría de Salud; c) sistemas de información por grupo de alimentos: usa símbolos para enfatizar el contenido de un ingrediente o producto alimenticio; por ejemplo: “contiene granos enteros” (Tolentino et al., 2018).

Múltiples autores reportan que las EN interpretativas mediante símbolos tienden a ser mejor comprendidos que los etiquetados puramente informativos (Hernández et al., 2020; Tolentino et al., 2018; Sebastián, Sanz & Wanden, 2011), sin embargo, otros autores reportan mejor comprensión y uso más frecuente en informativas que simbólicas (Damián, Chala, Chávez & Mayta, 2016). En este

sentido, algunos autores refieren la importancia de estudiar variables caracterizadas por una conducta no saludable por bajos conocimientos de interpretación de EN de los alimentos que consumen, dado que refieren una posible relación entre el déficit de conocimiento e interpretación de las EN con el desarrollo del SP/OB (Hernández et al., 2020; Tolentino et al., 2018).

Este estudio contribuirá a la evidencia científica existente en donde el profesional

de enfermería podrá identificar el déficit de conocimientos, uso e interpretación de las EN para mejorar la toma de decisiones al elegir el alimento a consumir, el desarrollo de estrategias de prevención y promoción efectivas enfocadas en la disminución del impacto del uso inadecuado de las EN podrá disminuir la prevalencia del SP-OB (Bentancor, 2019).

Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue determinar la relación entre el conocimiento, comprensión y el uso de las etiquetas nutricionales de acuerdo con el estado nutricional en jóvenes al norte de Nuevo León.

Marco de referencia

El sustento teórico del presente estudio se basa en el concepto de Etiquetas Nutricionales (EN) y Sobrepeso y Obesidad (SP/OB).

Etiquetas nutricionales.

Las etiquetas nutricionales son herramientas en las que se publican los compuestos del producto alimenticio a consumir, explican el contenido de los alimentos y enumeran las cantidades que lo componen como bebidas y alimentos empaquetados (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2022). Contienen dos tipos de información: la información general y la información nutricional del producto. La información general muestra las características principales del producto, la información nutricional es indispensable para mostrar las enfermedades que puede causar respecto a la dieta de la persona (Food & Drug, s.f.).

Se encuentran los datos en forma de números, detallando el valor energético y los

diferentes nutrientes como los glúcidos o hidratos de carbono, proteínas, lípidos o grasas, también el colesterol, los diferentes ácidos grasos, fibras, sales, minerales, entre otros. Se encuentran los datos en forma de números, detallando el valor energético y los diferentes nutrientes como glúcidos o hidratos de carbono, lípidos o grasas, colesterol, diferentes ácidos grasos, fibras, sales minerales etc. La composición nutricional se expresa en gramos (g) o en mg del nutriente por 100g de producto. Los ingredientes se ordenan de manera descendente según su concentración, el ingrediente con mayor concentración se pone al principio y el ingrediente con menor concentración al último.

Se han identificado tres tipos de sistemas de EN existentes: a) sistemas de nutrimentos específicos: presentan información referente a cantidad, porcentaje o indicadores de alto, medio y bajo contenido de los nutrimentos, ejemplo de ellos son las guías diarias de alimentación (GDA).

Un segundo sistema b) sistemas de resumen: mediante un símbolo, icono o puntaje proporcionan la evaluación global del contenido nutrimental de un producto, lo cual permite que los consumidores tengan la opción de seleccionar los alimentos de mayor calidad nutricional sin necesidad de procesar la información en detalle, un ejemplo es el sello nutrimental establecido por la Secretaría de Salud.

Por último, los c) sistemas de información por grupo de alimentos: usa símbolos para enfatizar el contenido de un ingrediente o producto alimenticio; por ejemplo: “contiene granos enteros” (Tolentino et al., 2018).

Actualmente hay varios alimentos con perfil nutricional, que no responden a las directrices para una alimentación saludable, por lo que el consumidor debe tener información suficiente, clara y precisa, para así seleccionar los más saludables para el consumidor. el etiquetado nutricional en los alimentos es considerado como una estrategia para la salud pública (García, A., Edo, B., Saéz, B., & Torán, A. 2020).

Sobrepeso y obesidad

El SP/OB se definen como una acumulación

anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Son una alteración del estado nutricional por un acumulo excesivo de grasa corporal como consecuencia de un balance energético determinado por alteraciones en una ingesta excesiva y un gasto energético inferior (Moreiras, 2014; Rincón et al., 2016).

La regulación fisiológica del equilibrio energético depende de un complejo sistema, dónde incluyen factores endocrinos y nerviosos, cambiando el aspecto corporal, el hambre (fisiológico), el apetito (hedónico), y el balance energético de las personas (Kumar et al., 2013; Kumar et al., 2015; Rincón, 2016; Suárez et al., 2017). Esta condición es multifactorial y multicausal, relacionada con el consumo de alimentos hipercalóricos y con alto contenido de azúcar, que altera la correcta función del tejido adiposo y puede almacenar grasa (Suárez et al., 2017).

El SP/OB se clasifica en los jóvenes como quien presente un IMC (índice de masa corporal) de 25.0 a 29.9 kg/m² en el caso del SP, y un IMC igual o mayor a 30 kg/m² en la OB (OMS, 2009).

Estudios relacionados

Etiquetas nutricionales

Morillo et al. (2019) realizaron un estudio con el objetivo de comparar los conocimientos, opiniones y uso del etiquetado y del semáforo nutricional según el tipo de colegio, en un grupo de adolescentes. Estudio descriptivo transversal en 161 adolescentes de ambos sexos, de un colegio privado y otro público, a quienes se les aplicó una encuesta sobre conocimientos, de cisión de compra y lectura de las etiquetas nutricionales de alimentos procesados. De acuerdo con los resultados, el 89.4 % de los adolescentes identificó la etiqueta nutricional, pero solo el 50.9 % la leyó, y solo el 32.3 % la entendió completamente; aunque el 45.3 % ha cambiado sus hábitos de consumo gracias al uso del semáforo nutricional y el 58.4 % manifestó que esto ha beneficiado también a su familia. El 79.5 % no prefirió los alimentos que incluían el semáforo nutricional dentro de la etiqueta. En conclusión, el uso que hacen los jóvenes del etiquetado nutricional de los alimentos

no contribuye con su elección al momento de adquirirlos.

Baudín y Romero (2020) realizaron un estudio para analizar la interpretación de los consumidores de las declaraciones de propiedades nutricionales presentes en las etiquetas de los alimentos envasados. Estudio descriptivo de corte transversal, empleando un cuestionario autoadministrado validado de preguntas cerradas. La población de estudio fueron 346 docentes y alumnos. De acuerdo con los resultados el 69% de los consumidores leen los rótulos de los alimentos antes de comprarlos, el 42% (n=82) y 41% (n=80) consideraran declaraciones referidas a contenido de grasa y sodio muy relevantes cuando compran sus alimentos respectivamente, pero no comprenden el significado de las declaraciones de propiedades nutricionales presentes en los alimentos envasados que compran. En conclusión, los encuestados sólo compran productos envasados porque ven que tienen declaraciones nutricionales que resaltan en sus etiquetas, pero no realizan un juicio crítico de lo que significan.

Damián et al., (2016) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la frecuencia y los factores asociados a la lectura, el uso y la interpretación de etiquetas nutricionales en usuarios de gimnasios en la ciudad de Huancayo, Perú. Estudio de corte transversal en 385 usuarios de una cadena de gimnasios. Se midió la interpretación con una prueba a partir de dos etiquetas, lectura reportada (frecuentemente o no) y el uso reportado para elegir un producto (frecuentemente o no), así como variables demográficas, dietéticas y relacionadas con el gimnasio.

De acuerdo con los resultados los participantes tuvieron una edad media de 27.8 años (DE = 9.3), 44.7% fueron varones, 49.4% contaron con educación universitaria. El 27.5% reporta leer frecuentemente y dentro de estos el 55.7% reporta usarlas frecuentemente, asimismo el 17.4% sabe interpretar. La lectura se asoció con factores dietéticos y de uso de gimnasio y la interpretación con capacitación previa de lectura de la etiqueta. El uso fue principalmente para seleccionar productos bajos

en grasa total (65.1%), alto en proteínas (64.2%) y en menor proporción, productos bajos en sodio (47.2%). En conclusión, la frecuencia de lectura, el uso y la interpretación de etiquetas nutricionales en usuarios de gimnasio de Huancayo es baja. La capacitación previa de lectura es un factor necesario para una elección saludable. Es necesario establecer estrategias educativas para enseñar a interpretar de forma adecuada las etiquetas nutricionales.

Tolentino et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de documentar el conocimiento y uso de la información de las diferentes etiquetas colocadas en los productos industrializados en México. En una submuestra de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, se aplicó un cuestionario semiestructurado, desarrollado por investigadores libres de conflicto de interés, previamente validado y piloteado en población de diferentes estratos socioeconómicos, grupos de edad y regiones del país.

De acuerdo con los resultados, se entrevistó a 8,667 adultos ≥ 20 años. El etiquetado más utilizado para la elección de alimentos y bebidas industrializados fue la "tabla nutrimental" 41.5% (IC 95% [36.9, 46.3]) y el de menor uso el "sello nutrimental" 4.3% (IC 95% [3.1, 5.7]). En conclusión, es de suma importancia que las instancias reguladoras, en coordinación con la Secretaría de Salud, implementen un etiquetado frontal rápido de leer y de fácil comprensión con criterios nutrimentales que garanticen el cumplimiento de lo expuesto en los documentos oficiales, así como la estandarización del porcentaje de consumo de azúcar al recomendado por la OMS o a una menor cantidad dada la alerta epidemiológica por diabetes que experimenta el país.

Recalde y Meza (2022) realizaron un estudio con el objetivo de estudiar los principales conocimientos sobre etiquetado de alimentos que la población adulta del Paraguay tiene incorporado en el periodo de agosto de 2021. Este es un estudio descriptivo observacional de corte trasversal en el cual se evaluaron a adultos de ambos sexos de 18 a 60 años consumidores de alimentos con etiquetado nutricional. Se recabaron datos sociodemográficos y de conocimientos sobre etiquetado nutricional de

alimentos a través de una encuesta tipo on-line con la herramienta de Google Forms.

De acuerdo con los resultados el 73% fueron del sexo femenino, la edad promedio fue de 36.9 años, 57.1% residía en Gran Asunción, 49.1% tenía nivel educativo universitario y 37.5% eran profesionales de la salud. Los aspectos generales sobre etiquetado nutricional revelaron que 88.3% sabía su concepto, 55.3% refirió que lo lee casi siempre, 84% sabía que es obligatorio y 44% se fijaba más en las calorías. Al evaluar los conocimientos generales, 91% sabía la diferencia entre caducidad y consumo preferente, 7.4% conocía el concepto de cantidades orientativas, 62.5% supo cuáles son las grasas menos saludables y 71.4% respondió correctamente el concepto de alimento light. En conclusión, los encuestados tuvieron un conocimiento adecuado sobre etiquetado nutricional, pero hubo un porcentaje considerable de individuos que no conoció los conceptos básicos, por lo que se deben hacer intervenciones de educación nutricional enfocadas al consumidor.

Objetivo general

Determinar los conocimientos, comprensión y el uso de las etiquetas nutricionales de acuerdo con el estado nutricional en jóvenes.

Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas y antropométricas de la muestra de estudio.

Conocer el conocimiento, comprensión y uso de las etiquetas nutricionales en la muestra de estudio.

METODOLOGÍA

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, la población, el muestreo, la muestra, los instrumentos de medición, además las consideraciones éticas y el análisis de datos.

Diseño

El presente estudio será de tipo descriptivo. Este diseño es considerado adecuado para el alcance

de los objetivos planteados, dado que se incluye la descripción de las variables de interés (Polit & Tatano, 2017).

Población, muestreo y muestra

La población de interés está conformada por 134 jóvenes mayores de 18 años atendidos en el Centro de Salud "Bellavista" de Sabinas Hidalgo, Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico por bola de nieve. El tamaño de la muestra se calculó mediante el programa estadístico EPIDAT V3.1, a partir de un modelo de proporción, con un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada del 50%, un efecto de sueño de 1.0 y una precisión absoluta del 8% para una muestra de 75 jóvenes.

Instrumentos

Cédula de datos sociodemográficos y antropométricos

La cédula de datos sociodemográficos incluye datos como edad en años cumplidos, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, peso corporal en kilogramos y estatura en metros.

Uso y conocimiento de las etiquetas nutricionales

El uso y el conocimiento de las etiquetas nutricionales se midió a través del Cuestionario de Uso y Conocimiento sobre el Etiquetado Nutricional (Tolentino et al., 2018). Este instrumento valora el uso y el conocimiento sobre las etiquetas nutricionales. Está compuesto por 17 reactivos. Los dos primeros corresponden al conocimiento que la población tiene sobre la cantidad de calorías que debe consumir una persona al día. La primera pregunta es sobre el conocimiento de la cantidad de calorías promedio que requiere un adulto; la segunda, sobre la cantidad de calorías promedio que debe consumir un niño de entre 10 y 12 años al día.

En la segunda sección, las preguntas están relacionadas con el conocimiento, lectura, uso, comprensión y percepción de la información que aparece en los empaques de los alimentos y bebidas industrializados de las distintas etiquetas nutricionales: a) Tabla de información nutrimental, b) Etiquetas de advertencias, c) Leyendas, d) Guías Diarias de Alimentación y e) Lista de ingredientes.

Cada etiqueta nutricional tiene 3 preguntas, las respuestas a las preguntas se presentan en una escala tipo Likert, 1.- Conoce este tipo de etiqueta nutricional (Si/No), 2.- Qué tan fácil o difícil fue la información de entender (a = muy fácil, b = fácil, c.- ni fácil ni difícil, d.- difícil y e.- muy difícil de entender) y 3.- Con qué frecuencia usa ese tipo de etiqueta al elegir alimentos para comprar (a.- Siempre, b.- Casi siempre, c.- A menudo, d.- Casi nunca, e.- Nunca). El cuestionario fue validado y piloteado en población mexicana (Tolentino et al., 2018).

Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos consistió en actividades administrativas y de campo, en primera instancia el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de las autoridades de la institución de salud por parte de Secretaría de Salud de la Jurisdicción No. 5 del Centro de Salud "Bellavista" en la cual se llevó a cabo el estudio. Una vez autorizado, se solicitó a la institución de salud los registros de los jóvenes mayores de 18 años con el fin de elaborar una lista que permita situar la cantidad de jóvenes que visitan la institución de salud y conocer los días más frecuentados.

Una vez elaborada la lista de los jóvenes se aplicó el proceso de muestreo por bola de nieve con el objetivo de identificar sujetos potenciales en la población y pedir que alienten a otros jóvenes a participar en el estudio. Estos pasos se repitieron hasta llegar al tamaño de muestra necesario.

Una vez identificado al primer sujeto de estudio, se leyó y aplicó el consentimiento informado que proporcionó información sobre el estudio y la aplicación de los instrumentos de medición. Una vez terminados los procedimientos se agradeció a los jóvenes por su participación.

Consideraciones Éticas

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en atención al Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (SSA, 1987, 2014).

De acuerdo con el Artículo 14, Fracción VII se inició la investigación, una vez obtenido el dictamen favorable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Todos los participantes firmaron de manera electrónica un formato de consentimiento informado por medio de la plataforma Question Pro.

En el reclutamiento y la selección de los participantes, así como durante las sesiones se garantizó el respeto a la dignidad de los participantes, la protección a sus derechos y bienestar de acuerdo con el Artículo 13. Se mantuvo el anonimato de los participantes de acuerdo con el Artículo 14 Fracción V.

Para cumplir con el Artículo 16 se protegió la privacidad del participante, no se identificó por su nombre, dirección u otra señal que revelé su identidad, se emplearon códigos numéricos sin información personal y que solo los conocían el participante y el investigador. Además, los resultados del estudio sólo se presentaron de manera grupal, de forma que no se pueden identificar datos específicos de ningún participante.

Conforme al Artículo 17 fracción I, se considera como un estudio sin riesgo debido a que es un estudio que no emplea el riesgo de datos, no se modificarán variables psicológicas y sociales de los participantes.

Los participantes incluidos recibieron una explicación clara y completa del propósito y procedimientos, posibles riesgos o molestias esperadas y posibles beneficios, de acuerdo con el Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV. Se aseguró la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación, de acuerdo con la Fracción VI. Se les informó de la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, según lo estipulado por el Artículo 21, Fracción VII.

Conforme al Capítulo V Artículo 57 y 58 fracción I y II, se explicó a los encargados del centro de salud la forma de selección de los participantes, y a éstos se les hizo saber que la información recabada no afectará su condición de paciente dentro de la

institución de salud.

Plan de Análisis

Los datos se capturaron y analizaron mediante el uso del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows. Para cumplir con los objetivos de estudio se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para variables continuas.

A continuación, se presentan los resultados del presente estudio el cual se realizó en 10 adultos. Se presenta la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos y antropométricos de los encuestados. Posteriormente se reportan los resultados de las variables principales de estudio en cuanto al conocimiento, comprensión y uso de las etiquetas nutricionales.

Confiabilidad de los instrumentos

Los resultados de la confiabilidad del instrumento se muestran en la Tabla 1. Se obtuvo un Alpha de Cronbach .88, el cual se considera bueno de acuerdo con Polit y Tatano (2017).

RESULTADOS

Tabla 1

Consistencia interna del instrumento CUyCEN

| Instrumento | Número de reactivos | Ítems | <i>a</i> |
|---|---------------------|-------|----------|
| Cuestionario de Uso y Conocimiento sobre el Etiquetado Nutricional (CUyCEN) | 17 | 1-17 | .88 |

Fuente: n = 75, Cuestionario de Uso y Conocimiento sobre el Etiquetado Nutricional; α = Alpha de Cronbach

Estadística descriptiva

Para dar respuesta al primer objetivo específico que menciona “Describir las características sociodemográficas y antropométricas de la muestra de estudio” se muestran la Tabla 2. En la tabla 2 se muestran las frecuencias, porcentajes,

medidas de tendencia central y de variabilidad en las características sociodemográficas y antropométricas de muestra de estudio, el 66.7% correspondió al sexo femenino, el 69.3% se encontraban casados, las edades comprendidas fueron entre 18 y 39 años la media de edad fue de 29.16 años (*DE [Desviación Estándar]* = 6.13). El 38.7% presentó SP, y el 24%

Tabla 2

Características sociodemográficas y antropométricas de la muestra

| Características sociodemográficas | <i>f</i> | % |
|-----------------------------------|----------|------|
| Estado civil | | |
| Casado | 52 | 69.3 |
| Unión libre | 6 | 8.0 |
| Soltero | 17 | 22.7 |
| Escolaridad | | |
| Primaria | 1 | 1.3 |
| Secundaria | 7 | 9.3 |

| | | |
|--|----------|------|
| Carrera Técnica | 12 | 16.0 |
| Licenciatura | 43 | 57.4 |
| Maestría | 12 | 16.0 |
| Características antropométricas | | |
| | <i>f</i> | % |
| Clasificación del IMC (kg/m ²) | | |
| Normal 18.5-24.9 | 28 | 37.3 |
| Sobrepeso 25-29.9 | 29 | 38.7 |
| Obesidad ≥30 | 18 | 24.0 |

Nota: N = 75, *f* = frecuencia, % = porcentaje

Para dar respuesta al objetivo número dos “Describir el conocimiento, interpretación y uso de las etiquetas nutricionales en la muestra de estudio” se muestra la tabla 3 y 4. La tabla 3 muestra las frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de variabilidad del conocimiento y uso de las etiquetas nutricionales en la muestra de estudio. Se observó un porcentaje de respuesta acertada para el

consumo de calorías en adultos en un 49.4%, y para el consumo de calorías en niños en un 53.4%. El porcentaje de respuesta acertada para el consumo de calorías en adultos y niños fue más alto en el sexo masculino. Los participantes con OB obtuvieron mayor porcentaje de respuesta acertada para el consumo de calorías en adultos (61.1%) y en niños fue los que tenían SP (62.1%).

Tabla 3

Conocimiento de las etiquetas nutricionales en la muestra de estudio según sexo e IMC

| Variables | Calorías en adultos | | | | Calorías en niños | | | | |
|--|---------------------|------|----------|------|-------------------|------|----------|------|--|
| | Incorrecta | | Correcta | | Incorrecta | | Correcta | | |
| Sexo | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | |
| Masculino | 10 | 40 | 15 | 60 | 10 | 40 | 15 | 60 | |
| Femenino | 28 | 56 | 22 | 44 | 25 | 50 | 25 | 50 | |
| Clasificación del IMC (kg/m ²) | | | | | | | | | |
| Normal 18.5-24.9 | 12 | 42.9 | 16 | 57.1 | 13 | 46.4 | 15 | 53.6 | |
| Sobrepeso 25-29.9 | 19 | 65.5 | 10 | 34.5 | 11 | 37.9 | 18 | 62.1 | |
| Obesidad ≥30 | 7 | 38.9 | 11 | 61.1 | 11 | 61.1 | 7 | 38.9 | |

Nota: N = 75, *n* = número de observaciones, % = porcentaje

En la tabla 4 se presentan los cinco tipos de etiquetado del instrumento de medición. Las etiquetas nutricionales más conocidas por los entrevistados fueron: Etiquetas de Advertencia (97.3%), Guías Diarias de Alimentación (90.6%) y las Listas de ingredientes (90.6%). Las menos conocidas fueron las Leyendas (74.7%). Las etiquetas con mayor facilidad de comprensión en su lectura fueron

las Etiquetas de Advertencia (90.6%) y las Leyendas (88%). Con mayor dificultad en su comprensión fueron Guías Diarias de Alimentación (40%) y las Listas de ingredientes (37.3%). El etiquetado más utilizado para la elección de alimentos y bebidas fueron las Etiquetas de Advertencia (62.7%) y la Tabla de Información Nutrimental (48%). Las menos utilizadas fueron las Listas de ingredientes (34.7%).

Tabla 4
Conocimiento, comprensión y uso de las etiquetas nutricionales en la muestra de estudio

| | Etiquetas Nutricionales | | Tabla de información nutrimental | | Etiquetas de advertencia | | Leyendas | | Guías Diarias de Alimentación | | Lista de ingredientes | |
|--------------|-------------------------|------|----------------------------------|------|--------------------------|------|----------|------|-------------------------------|------|-----------------------|---|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Conocen | | | | | | | | | | | | |
| Si | 66 | 88 | 73 | 97.3 | 56 | 74.7 | 68 | 90.6 | 68 | 90.6 | | |
| No | 9 | 12 | 2 | 2.7 | 19 | 25.3 | 7 | 9.4 | 7 | 9.4 | | |
| Comprensión | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Difícil | 26 | 34.6 | 7 | 9.4 | 9 | 12 | 30 | 40 | 28 | 37.3 | | |
| Fácil | 49 | 65.4 | 68 | 90.6 | 66 | 88 | 45 | 60 | 47 | 62.7 | | |
| Uso | | | | | | | | | | | | |
| Siempre | 4 | 5.3 | 8 | 10.7 | 7 | 9.4 | 4 | 5.3 | 6 | 8 | | |
| Casi siempre | 32 | 42.7 | 39 | 52 | 27 | 36 | 31 | 41.3 | 20 | 26.7 | | |
| Casi nunca | 28 | 37.3 | 19 | 25.3 | 24 | 32 | 30 | 40 | 37 | 49.3 | | |
| Nunca | 11 | 14.7 | 9 | 12 | 17 | 22.7 | 10 | 13.3 | 12 | 16 | | |

Nota: N = 75, f = frecuencia, % = porcentaje

Para dar respuesta al objetivo general “Determinar los conocimientos, comprensión y el uso de las etiquetas nutricionales de acuerdo con el estado nutricional en jóvenes”, se muestra la tabla 5. En la tabla 5 se presentan los resultados en cuanto al conocimiento, comprensión y uso del etiquetado nutrimental según el IMC. El total de los entrevistados con IMC normal conocen los cinco tipos de etiquetado nutricional (85.7 – 96.4%). Aquellos con sobrepeso la mayoría conoce los cinco tipos de etiquetado

nutricional (75.9 – 96.6%), y los entrevistados con obesidad solo conocen las Etiquetas de Advertencia (100%) y las Guías Diarias de Alimentación (94.4%).

En cuanto a la comprensión de los distintos tipos de etiquetado según el IMC, el total de la muestra de estudio con IMC normal comprende los tres tipos de etiquetado fácilmente Tabla de información nutrimental (82.1%), Etiquetas de Advertencia (78.6%) y Leyendas (89.3%). Los que

Datos de Nutrición
Ingesta de la porción 100g

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Cantidad por porción | |
| Calorías (kcal) | Calorías de grasas (kcal) |
| % Valor Diario | |
| Grasa total (g) | 15% |
| Grasa saturada (g) | 15% |
| Grasa trans (g) | |
| Carbónhidrato (g) | 25% |
| Sodio (mg) | 25% |
| Fibra dietética (g) | 5% |
| Proteína (g) | |
| Vitamina A (IU) + Vitamina C (IU) | 25% |
| Calcio (mg) + Hierro (mg) | 25% |

1 Porcentaje de valores diarios están en 2,000 calorías. Se refiere a valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de sus necesidades calóricas.



“Reducido en sodio”
“Bajo en grasas”
“Alto en fibra”
“Sin azúcar”
“Adicionado con vitaminas y minerales”



Ingredientes: agua, azúcar, vegetales, aceites, almidón, colorantes (E140), conservantes (E200), edulcorantes (E181), emulsionantes, ácido palmítico, ácido esteárico (E570), ácido oleico, ácido linoleico, ácido málico (E296), ácido málico, amoníaco (E143), carotenos (E160), ácido salicílico, fructosa, gomas, sales, potasio (E252), sorbitol, selenio, cobre, zinc, calcio, fósforo, cloro, colorantes, antioxidante.

presentaron sobrepeso se les facilitó más las Leyendas (86.2%) y se les dificultó la Tabla de información nutrimental (48.3%). Para los que presentaron obesidad se les facilitan las Leyendas (88.9%) y se les dificultan las demás etiquetas, sobre todo la Lista de ingredientes (44.4%).

Referente al uso de las etiquetas nutricionales, los entrevistados con IMC normal refirieron utilizar con mayor frecuencia la Tabla de

Información Nutrimental (64.3%) y las Etiquetas de Advertencia (64.3%). Los que presentaron sobrepeso recurren más al uso de las Etiquetas de Advertencia (68.9%) y las Leyendas (60.7%). Para los entrevistados con obesidad refirieron utilizar con mayor frecuencia las Etiquetas de Advertencia (50%). En general el uso de las etiquetas es más frecuente en los participantes con IMC normal.

Tabla 5

Conocimiento, comprensión y uso de las etiquetas nutricionales en la muestra de estudio según IMC

| Etiquetas Nutricionales | | Datos de Nutrición | | Etiquetas de advertencia | | Leyendas | | Guías Diarias de Alimentación | | Lista de ingredientes | |
|-------------------------|--------------|--------------------|------|--------------------------|------|----------|------|-------------------------------|------|-----------------------|------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| IMC/Conocen | | | | | | | | | | | |
| Normal | Si | 26 | 92.9 | 27 | 96.4 | 24 | 85.7 | 28 | 100 | 27 | 96.4 |
| | No | 2 | 7.1 | 1 | 3.6 | 4 | 14.3 | 0 | 0 | 1 | 3.6 |
| Sobrepeso | Si | 27 | 93.1 | 28 | 96.6 | 24 | 82.8 | 22 | 75.9 | 25 | 86.2 |
| | No | 2 | 6.9 | 1 | 3.4 | 5 | 17.2 | 7 | 24.1 | 4 | 13.8 |
| Obesidad | Si | 13 | 72.2 | 18 | 100 | 8 | 44.4 | 17 | 94.4 | 16 | 88.9 |
| | No | 5 | 27.8 | 0 | 0 | 10 | 55.6 | 1 | 5.6 | 2 | 11.1 |
| IMC/Comprensión | | | | | | | | | | | |
| Normal | Difícil | 5 | 17.9 | 6 | 21.4 | 3 | 10.7 | 8 | 28.6 | 7 | 25.0 |
| | Fácil | 23 | 82.1 | 22 | 78.6 | 25 | 89.3 | 20 | 71.4 | 21 | 75.0 |
| Sobrepeso | Difícil | 14 | 48.3 | 12 | 41.4 | 4 | 13.8 | 10 | 34.5 | 13 | 44.8 |
| | Fácil | 15 | 51.7 | 17 | 58.6 | 25 | 86.2 | 19 | 65.5 | 16 | 55.2 |
| Obesidad | Difícil | 7 | 38.9 | 6 | 33.3 | 2 | 11.1 | 6 | 33.3 | 8 | 44.4 |
| | Fácil | 11 | 61.1 | 12 | 66.7 | 16 | 88.9 | 12 | 66.7 | 10 | 55.6 |
| IMC/Uso | | | | | | | | | | | |
| Normal | Siempre | 3 | 10.7 | 3 | 10.7 | 3 | 10.7 | 3 | 10.7 | 4 | 14.3 |
| | Casi siempre | 15 | 53.6 | 15 | 53.6 | 11 | 39.3 | 10 | 35.7 | 12 | 42.9 |
| | Casi nunca | 10 | 35.7 | 9 | 32.1 | 9 | 32.1 | 14 | 50.0 | 11 | 39.3 |
| | Nunca | 0 | 0.0 | 1 | 3.6 | 5 | 17.9 | 1 | 3.6 | 1 | 3.6 |



| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|
| Sobrepeso | Siempre | 1 | 3.4 | 3 | 10.3 | 4 | 14.3 | 1 | 3.4 | 1 | 3.4 |
| | Casi siempre | 12 | 41.4 | 17 | 58.6 | 13 | 46.4 | 15 | 51.7 | 5 | 17.2 |
| | Casi nunca | 12 | 41.4 | 5 | 17.2 | 6 | 21.4 | 8 | 27.6 | 18 | 62.1 |
| | Nunca | 4 | 13.8 | 4 | 13.8 | 5 | 17.9 | 5 | 17.2 | 5 | 17.2 |
| Obesidad | Siempre | 0 | 0.0 | 2 | 11.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 5.6 |
| | Casi siempre | 5 | 27.8 | 7 | 38.9 | 3 | 16.7 | 6 | 33.3 | 3 | 16.7 |
| | Casi nunca | 6 | 33.3 | 5 | 27.8 | 8 | 44.4 | 8 | 44.4 | 8 | 44.4 |
| | Nunca | 7 | 38.9 | 4 | 22.2 | 7 | 38.9 | 4 | 22.2 | 6 | 33.3 |

Nota: N = 75, f = frecuencia, % = porcentaje

DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten hallazgos encontrados en el estudio y se contrastan con los reportes emitidos por otros estudios relacionados con los objetivos de este estudio. Se presentan las conclusiones, limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones.

El objetivo fue describir el conocimiento y el uso de las etiquetas nutricionales de acuerdo con el estado nutricional en jóvenes. Los resultados mostraron el conocimiento sobre las calorías a consumir en adultos y niños, así como las etiquetas nutricionales más elegidas por los participantes, el conocimiento y la interpretación de estas. Los resultados en gran parte replicaron los hallazgos de otros estudios realizados en adultos y demuestra que el uso de las etiquetas nutricionales es importante para la selección de los alimentos más saludables (Hernández et al., 2020). De acuerdo con los resultados, predominó el sexo femenino y las edades comprendieron a adultos jóvenes, concuerdan con los resultados de otros estudios (Damián, 2016; Jin, 2019; Hernández, 2020; Kim, 2018; Tolentino, 2018).

Respecto al IMC, una cuarta parte de los participantes presentaban SP y una tercera parte OB,

pocos estudios incluyeron el IMC en sus variables, dos estudios Babio (2013) y Nieto (2019) encontraron resultados similares donde la mayor parte de la muestra presentaba SP/OB. En el contexto mexicano las prevalencias de SP/OB son elevadas y unas de las más altas a nivel mundial, siendo superiores a las prevalencias de los países donde realizaron los estudios previos (INSP, 2018).

De acuerdo con los conocimientos, menos de la mitad conocían las calorías adecuadas para adultos y niños, hallazgos similares fueron reportados por otros estudios donde entre el 55 y el 90% de la población no conocía con precisión el rango de calorías que debe consumir al día esto relacionado con Damián (2016), Tolentino (2018) y Hernández (2020), en donde casi así el total de la muestra conocía las etiquetas nutricionales, las más conocidas reportadas en el presente estudio fueron las Etiquetas de Advertencia, Guías Diarias de Alimentación y Lista de ingredientes, hallazgos similares reportados por otros estudios donde las etiquetas más conocidas fueron las Guías de Alimentación (Tolentino et al., 2018) y la Tabla de Información Nutricional (Nieto, 2019).

En relación con el uso, más de la mitad de los entrevistados utilizaban las etiquetas nutricionales,

hallazgos similares reportados en otros estudios donde se reportó un uso de las etiquetas nutricionales de entre 55 a 89% de Babio (2013) y Nieto (2019), sin embargo, en la mayoría de los estudios encontrados una minoría utilizaba el etiquetado nutricional Damián (2016); Jin (2019); Tolentino (2018). Probablemente los distintos hallazgos son variados por el área geográfica donde se realizaron los estudios y principalmente por la cantidad de muestra y las prevalencias de SB/OB.

Entre las etiquetas más utilizadas en el presente estudio fueron las Etiquetas de Advertencia y la Tabla de Información Nutrimental, similar a lo reportado por otros estudios donde las Guías de Alimentación (Tolentino et al., 2018) y la Tabla de Información Nutrimental (Nieto, 2019) que fueron las utilizadas con mayor frecuencia.

De acuerdo con la comprensión e interpretación, más de la mitad de los participantes comprenden las etiquetas nutricionales al momento de su lectura, se encontraron hallazgos distintos en otros estudios en donde solo una quinta parte conoce su interpretación (Babio, 2013; Brissette, 2013; Damián et al., 2016; Hernández, 2020; Tolentino et al., 2018) y las diferencias pudieran explicarse debido a las características de la muestra del presente estudio dado que son jóvenes que acuden regularmente a un centro de salud en donde se les enseña cuestiones generales de cuidado a su salud.

El total de los entrevistados con IMC normal conocen los cinco tipos de etiquetado nutricional, aquellos con SP/OB conocen menos etiquetas nutricionales, en cuanto a la comprensión, el total de la muestra de estudio con IMC normal comprende al menos tres tipos de etiquetado fácilmente, y los que presentaron SP/OB comprenden entre una y dos tipos de etiquetas. Referente al uso de las etiquetas nutricionales, los entrevistados con IMC normal refirieron utilizar las etiquetas nutricionales en un 64.3%, los que presentaron SP en un 60.7% y OB en un 50%.

Los resultados sugieren que el etiquetado actual, excepto las Etiquetas de Advertencia, podrían no apoyar a la población para tomar elecciones más saludables, dado que los demás tipos de etiquetas son complejas para lo cual hay que saber leer y tener conocimientos matemáticos y de nutrición generales. El estudio actual apoya la afirmación de los estudios previos de Ellison (2013); Kim (2018); Tolentino (2018); Rastrepo (2017) en donde se menciona que el conocimiento, el uso correcto e interpretación de las etiquetas lograría reducir el peso corporal, tener menor riesgo de obesidad y seleccionar alimentos saludables.

CONCLUSIÓN

Se identificó una alta prevalencia de SP/OB. Menos de la mitad de la muestra de estudio conoce las calorías que debe consumir un adulto y un niño. Más de la mitad conoce las etiquetas nutricionales, las Etiquetas de Advertencia y la Tabla de información nutrimental fueron las más conocidas. Las etiquetas con mayor facilidad de comprensión en su lectura fueron las Etiquetas de Advertencia así mismo fueron las más utilizadas. Los participantes con IMC normal conocen, utilizan y comprenden más sobre las etiquetas nutricionales que aquellos participantes con SP/OB. Sería importante para el sector salud realizar estrategias de educación a la población general para mejorar la comprensión de las etiquetas nutricionales.

Limitaciones

El estudio actual es descriptivo-transversal, por lo que no permite conclusiones sobre correlación y causalidad-efecto. La muestra actual fue menor que la de otros estudios, por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizables. No se consideraron las mediciones de hábitos alimenticios, los cuales pueden apoyar la fiabilidad en el reporte del uso de las etiquetas nutricionales.

Recomendaciones

Los futuros estudios deberían tratar de replicar los hallazgos actuales, extendiendo la investigación a muestras de individuos más grandes y diversas. Sería importante para futuros estudios incorporar variables como el conteo de calorías, alimentos que

regularmente compra, identificación visual de las calorías, proteínas, carbohidratos, azúcar, colesterol, fibra, grasas totales, grasas saturadas. Se recomienda hacer una prueba de comprensión real con las etiquetas nutricionales a estudiar para disminuir el sesgo al reportar el uso e interpretación de cada etiqueta nutricional.

REFERENCIAS

- Babio, N., López, L., & Salas-Salvado, J. (2013). Análisis de la capacidad de elección de alimentos saludables por parte de los consumidores en referencia a dos modelos de etiquetado nutricional: estudio cruzado. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 173-181. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6254>
- Baudín, F. A., & Romero, M. C. (2020). Comprensión de los consumidores del etiquetado nutricional para la compra de alimentos envasados. *Revista española de nutrición comunitaria*, 26(3), 8. Recuperado de: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_3_0X._-RENC-D-19-0041.pdf
- Brissette, I., Lowenfels, A., Noble, C., & Spicer, D. (2013). Predictors of total calories purchased at fast-food restaurants: restaurant characteristics, calorie awareness, and use of calorie information. *Journal of nutrition education and behavior*, 45(5), 404-411.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022). Etiquetas nutricionales. CDC. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/eat-well/food-labels.html>
- Damián-Bastidas, N., Chala-Florencio, R. J., Chávez-Blanco, R., & Mayta-Tristán, P. (2016). Lectura, uso e interpretación de etiquetas nutricionales en usuarios de gimnasios de Huancayo, Perú 2015. *Nutrición hospitalaria*, 33(6), 1410-1417.
- Damián-Bastidas, N., Chala-Florencio, R. J., Chávez-Blanco, R., & Mayta-Tristán, P. (2016). Lectura, uso e interpretación de etiquetas nutricionales en usuarios de gimnasios de Huancayo, Perú 2015. *Nutrición Hospitalaria*, 33(6), 1410-1417. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000600025
- Ducrot, P., Méjean, C., Julia, C., Kesse-Guyot, E., Touvier, M., Fezeu, L. K., et al. (2015). Objective understanding of front-of-package nutrition labels among nutritionally at-risk individuals. *Nutrients*, 7(8), 7106-7125.
- Ellison, B., Lusk, J. L., & Davis, D. (2013). Looking at the label and beyond: the effects of calorie labels, health consciousness, and demographics on caloric intake in restaurants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 1-9.
- Food & Drug. (s/f). Como usar la etiqueta de información nutricional: Manual de instrucciones para adultos mayores. Food Drug Administration. Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.fda.gov/media/80651/download>
- Galarza Morillo, G. E., Robles Rodríguez, J. B., Chávez Vaca, V. A., Pazmiño Estévez, K. A., & Castro Burbano, J. (2019). Conocimientos, opiniones y uso del etiquetado nutricional de alimentos procesados en adolescentes ecuatorianos según el tipo de colegio. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 21(2), 145-157. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082019000200145

- García, A., Edo, B., Saéz, B., & Torán, A. (2020). Percepción del etiquetado nutricional en población con obesidad y sobrepeso. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 26(1), 36-43.
- Hernández-Nava, L. G., Egnell, M., Aguilar-Salinas, C. A., Córdova-Villalobos, J. Á., Barriguete-Meléndez, J. A., Pettigrew, S., et al. (2020). Impacto de diferentes zetituetados frontales de alimentos según su calidad nutricional: estudio comparativo en México. *salud pública de méxico*, 61, 609-618.
- Hersey, J. C., Wohlgenant, K. C., Arsenault, J. E., Kosa, K. M., & Muth, M. K. (2013). Effects of front-of-package and shelf nutrition labeling systems on consumers. *Nutrition reviews*, 71(1), 1-14.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020. INEGI. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
- Rincón, Y., Paoli, M., Zerpa, Y., Briceño, Y., Gómez, R., Camacho, N., et al. (2015). Sobrepeso-obesidad y factores de riesgo cardiometabólico en niños y adolescentes de la ciudad de Mérida, Venezuela. *Investigación clínica*, 56(4), 389-405.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Informe final de resultados. Secretaría de Salud. México. Recuperado de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Jin, H. S., Choi, E. B., Kim, M., Oh, S. S., & Jang, S. I. (2019). Association between use of nutritional labeling and the metabolic syndrome and its components. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4486.
- Kim, E., Tang, L. R., Meusel, C., & Gupta, M. (2018). Optimization of menu-labeling formats to drive healthy dining: An eye tracking study. *International Journal of Hospitality Management*, 70, 37-48.
- Kumar, V., Abbas, A., Fausto, N. R., & Aster, J. R. (2015). *Patología estructural y funcional* (7a ed). Elsevier. Barcelona.
- Kumar, V., Robbins, S. L., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2013). *Patología humana* (8a ed). Elsevier. Barcelona.
- Loxton, N. J. (2018). The Role of Reward Sensitivity and Impulsivity in Overeating and Food Addiction. *Current Addiction Reports*, 5(2), 212-222. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27756640>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Reprint—preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Physical therapy*, 89(9), 873-880.
- Moreiras, G. V. (2014). *Obesidad y balance energético*. Monografías de la Real Academia Nacional de Farmacia. Recuperado de: <http://www.analesranf.com/index.php/mono/article/view/1494>
- Nieto, C., Jáuregui, A., Contreras-Manzano, A., Arillo-Santillan, E., Barquera, S., White, C. M., ... & Thrasher, J. F. (2019). Understanding and use of food labeling systems among Whites and Latinos in the United States and among Mexicans: Results from the International Food Policy Study, 2017. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 1-12.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2017). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de: <http://www.fao.org/about/meetings/icn2/preparations/document-detail/es/c/253843/>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). 10 datos sobre la obesidad. Recuperado de:

<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

- Ortiz, R., Torres, M., Peña Cordero, S., Palacio Rojas, M., Crespo, J. A., Sánchez, J. F., et al. (2017). Comportamiento epidemiológico de la obesidad y factores de riesgo asociados en la población rural de Cumbe, Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 36(3), 88-96.
- Polit y Tatano. (2017). *Investigacion Científica en Ciencias de la Salud*. México, D.F.:Mc Graw Hill.
- Recalde, A., & Meza-Miranda, E. R. (2022). Conocimientos de la población adulta sobre etiquetado nutricional de alimentos. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 20(3), 89-96. Recuperado de: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1812-95282022000300089&script=sci_arttext
- Restrepo, B. J. (2017). Calorie labeling in chain restaurants and body weight: evidence from New York. *Health Economics*, 26(10), 1191-1209.
- Rincón, R. A. I. (2016). *Fisiopatología de la obesidad*. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Farmacia. España, Madrid. Recuperado de: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ANA%20ISABEL%20RINCON%20RICOTE.pdf>
- Sebastián-Ponce, M. I., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2011). Etiquetado y rotulación de los alimentos en la prevención del sobrepeso y la obesidad: una revisión sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(11), 2083-2094.
- Suárez C, W., Sánchez O, A. J., & González J, J. A. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista chilena de nutrición*, 44(3), 226-233. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000300226
- Tolentino-Mayo, L., Rincón-Gallardo Patiño, S., Bahena-Espina, L., Ríos, V., & Barquera, S. (2018). Conocimiento y uso del etiquetado nutrimental de alimentos y bebidas industrializados en México. *salud pública de méxico*, 60, 328-337.

CAPÍTULO 15

AUTOGESTIÓN: ADULTOS INDÍGENAS CON DIABETES TIPO 2 EN EL ÁREA METROPOLITANA DE NUEVO LEÓN

Dra. María de los Ángeles Paz Morales, *estudiantes*; Lucina Aidee Mireles de Jesús, Teresa de Jesús Quintanar Sánchez, Karina Monserrat Tello Niño, Atzhiry Vázquez Rodríguez, Esmeralda Vanessa Viezca López, Erica Jeanneth Zepeda Carrizosa.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Estudios sugieren que las poblaciones Indígenas son más propensas a desarrollar, Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) debido a componentes genéticos o factores en la inequidad social. México es considerado un país multicultural; actualmente se tiene registro de 68 grupos indígenas originarios, los cuales representan 12,025,947 personas (10.1%), lo que indica ser una población vulnerable en salud y revela además obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (Buichia et al., 2020). **El objetivo** de estudio fue describir la autogestión de diabetes en personas Indígenas que residen en el área Metropolitana de Monterrey Nuevo León, a través de un diseño de tipo descriptivo transversal. **La inclusión de la población** fueron adultos Indígenas con DMT2 con dominio de idioma español y residencia actual en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Para valorar la variable Autogestión se utilizó el Cuestionario Autogestión de la Diabetes Revisado (DSMQ-R) de Márkus et al. (2022), con Alpha de Cronbach de 0.87. Se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación con registro en la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) No. 19-CEI-004-20180614. **Resultados:** Edad promedio entre 43 y 54 años (31.8%), predominó el sexo femenino 72.7 %, estado civil 54.5 % casados, 59.1% saben leer y escribir y 27.3% de ellos de origen de nacimiento del estado de Oaxaca (27.3%). Con relación a la variable autogestión, la media obtenida fue (M=28.37) y obtuvo un nivel de Autogestión Regular. Respecto al análisis por dimensiones la Subescala Control Glucémico resultó con una media más baja (M=38.7), lo que muestra que es la acción que menos realiza y sobre el control dietético la mayoría consideró tener un buen manejo, y por consiguiente el apego al tratamiento lo señalan como bueno.

Palabras claves: Diabetes Mellitus (DM), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), Autogestión y Calidad de Vida (CV)

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que sucede a causa de niveles de glucosa en sangre elevados, es decir, se produce una hiperglucemia y, por lo tanto, el organismo no produce la insulina suficiente o se genera una resistencia a esta; si no se controla el déficit de esta hormona las complicaciones de salud generan una incapacidad y hasta una potencial muerte. Algunas de las complicaciones son enfermedades cardiovasculares (EVC), neuropatía, nefropatía, retinopatía, entre otras. Si se logra una adherencia al

tratamiento adecuado se pueden retrasar las posibles complicaciones o incluso prevenirlas. (Gorban, et al., 2019). En 2019, a nivel mundial había 463 millones de personas con DM y se estima que para el 2030 la cifra aumentará a 578 millones y posiblemente esto seguirá aumentado a 700 millones para el 2045(Gorban, et al., 2019). La Organización Panamericana de la Salud recomienda para un adecuado acceso y cobertura en atención sanitaria un producto interno bruto (PIB) de al menos 6%, no obstante, para la población mexicana este valor apenas alcanza el 2.5% (Macías et. al., 2021).

En México la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la más prevalente, caracterizada por la resistencia a la insulina (Buichia, et.al., 2020). En el país, esta prevalencia en el 2021 fue de 10.2%, mayor en las mujeres (11.3%) que en los hombres (9%). La población de 60 años y más de edad, presentó la mayor prevalencia en ambos sexos, en hombres fue de 22.9% y en mujeres de 28.1% (Shamah, et al., 2021).

A las poblaciones reconocidas como indígenas se les ha estudiado desde diversas perspectivas, pero la relación entre etnicidad y salud ha sido poco estudiada en México. Los términos "poblaciones indígenas", "minorías étnicas indígenas", "grupos tribales" y "tribus registradas" describen a grupos sociales con una identidad social y cultural distinta a la de la sociedad dominante, que los hace vulnerables y los pone en desventaja en el proceso de desarrollo (Cruz & Cruz, 2020)

En lo que corresponde a la prevalencia de diabetes total, se identifica que las etnias con mayor prevalencia fueron los mixtecos de Baja California (26.2% y 19%) y los yaquis de Sonora (18.3%). Los estudios que reportan una menor prevalencia total de DM2 mencionan a tepehuanos, huicholes y mexicaneros, y con ningún caso de la enfermedad tepehuanos (0.83%) y mazatecos (2.0%). Los factores de riesgo asociados a DM2 en población Indígena de México reportados en los diversos estudios son una mayor edad, ser mujer, tener menor escolaridad, la presencia de antecedentes familiares de diabetes, presentar obesidad, tener hipertensión arterial y una mayor circunferencia de cintura-cadera (Buichia, et.al. 2020).

El alto riesgo de las poblaciones Indígenas de padecer diabetes puede explicarse parcialmente por un proceso de aculturación que ocurre dentro o fuera de sus comunidades. Las causas de la DM son de diversos factores, entre ellas destacan la obesidad, el sobrepeso, la vida sedentaria, la alteración en el metabolismo de lípidos y antecedentes familiares. Se ha documentado la pérdida de la dieta indígena tradicional que tenía un efecto protector, esto debido por la occidentalización de la dieta y el consumo elevado de refrescos embotellados, derivado de la

publicidad que estimula la sustitución del consumo de agua por refresco (Cruz & Cruz, 2020).

Con respecto a lo anterior, la autogestión es un aspecto importante dado los cambios de los factores riesgo, país multicultural, grupo de interés e inequidad social y vital para el control y prevención de complicaciones por DM2.

Los resultados que se generen en el planteamiento de este estudio pueden ser una aportación tanto para las instituciones de salud públicas y privadas en la que los profesionales de salud potencialicen la importancia de la salud en la población indígena, así como reconocer que situaciones o factores influyen en la autogestión relacionado con la evolución de la DM como lo son la cultura, genética, costumbres, tradiciones, alimentación, seguridad social y economía, esto con el propósito de potencializar acciones pertinentes a realizar en este grupo de población altamente vulnerable por todo lo antes expuesto. Para el personal de enfermería en etapa de formación, es relevante agregarse al proyecto de investigación para que dominen un conocimiento que ayude a estas poblaciones a realizar actividades para mejorar el autocuidado de DM2. Finalmente, para generar iniciativa de estudio enfocada en poblaciones vulnerables que pertenece a un grupo étnico que es considerado una comunidad de alta marginación por lo cual se estima que al encontrarse excluidas de un sistema de seguridad social al que se tiene por derecho les impide hacerle frente a problemas de salud como lo es la DM2 debido a la inequidad social que presentan, en este sentido, es conveniente que se tenga una mirada centralizada en poblaciones Indígenas para la inclusión de programas específicos. Por lo que el objetivo del estudio será describir la autogestión de diabetes en personas Indígenas que residen en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Marco de Referencia

El marco conceptual Autogestión para el Funcionamiento de Patologías Crónicas (AFMEC siglas en inglés), desarrollado en 2006 por las enfermeras Grey, Knafel & McCorkle, explica los puntos claves para tener en cuenta al instante de

hacer intervenciones de autogestión en pacientes con patologías crónicas como la diabetes en los comportamientos óptimos de la autogestión y de su familia, y paralelamente, en los resultados de salud (Velásquez, 2019). La autogestión se refiere a las habilidades, hábitos, normas y conductas que fomentan el cuidado en salud; en el marco de la salud, la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, además de la prevención de enfermedades. Algunos sinónimos del concepto son automanejo o autocuidado (Serrano, et al., 2018).

En el paciente con DMT2, se espera que la autogestión sea un proceso activo, continuo y flexible en donde el individuo tenga la capacidad, los conocimientos y las habilidades necesarias para llevar el control de su enfermedad. Lo anterior, a través de la relación de una amplia gama de actividades o dimensiones, en las que se incluyen: Actividad física, alimentación saludable, toma de medicamentos, control de glucosa en sangre, resolución de problemas, reducción de riesgos y adaptación psicosocial (Peyrot et al., 2012).

Estudios relacionados

Este estudio aporta la revisión de artículos relacionados con la variable autogestión en población Indígena en México como en otras naciones internacionales.

Villalobos, et al., (2019) buscaron detectar oportunamente la diabetes y el control metabólico, así como prevenir complicaciones, evitar hospitalizaciones y prevenir la muerte prematura asociados con dicha patología. La población de estudio fue conformada por 9273 personas, entre ellos hombres y mujeres, Indígenas y no indígenas mayores de 20 años de edad residentes de todo el país de México, a quienes les realizaron una Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Finalmente, los resultados arrojaron que tener baja escolaridad, pertenecer al estrato económico bajo y hablar lengua indígena incrementan la posibilidad de no realizar acciones de autocuidado.

Se realizó una exploración etnográfica de las determinaciones socioculturales y de género de los procesos de atención y prevención de diabetes en indígenas Tapietes de la provincia de Salta,

Argentina. La investigación se llevó a cabo mediante entrevistas a varones y mujeres adultos con diagnóstico de diabetes, de un centro de atención primaria de Misión los Tapietes y de un hospital de Tartagal, entre agosto y septiembre de 2019. Tanto hombres como mujeres consumen medicamentos como metformina y glibenclamida de forma irregular, pero usan con más frecuencia plantas medicinales, tales como la altamisa, la moringa, la limonada amarga y la uña de gato. En las prácticas cotidianas de cuidado y en la preparación de alimentos, hay una diferencia de género más significativa. En este sentido, aunque las mujeres recaen en la diabetes y en la práctica de la propia paciente —lo que implica la preparación de determinada dieta, en un contexto de carencia, formado por grupos familiares compuestos por diversidad etaria—, esto restringe la adhesión a tratamientos indicados por los efectores de salud. De hecho, en las entrevistas es recurrente la mención a la dificultad de seguir la dieta prescrita. Otro aspecto fue que tanto varones como mujeres coinciden en las perspectivas de curación de la enfermedad: se articulan la confianza en Dios, en los remedios naturales y en el médico. Las mujeres ponen énfasis en el cuidado de sí y de Dios mientras que en los varones también confían en Dios, pero los aspectos del cuidado tienen una presencia mucho más débil (Hirsch & Alonso (2020).

Por su parte Cruz & Cruz (2020) se plantearon comprender el significado de la diabetes y algunas diferencias de género en Indígenas chontales. La población de estudio fue conformada por hombres y mujeres de 20 a 75 años que habitan en ranchería Buenavista primera y segunda secciones pertenecientes al Municipio de Centro, Tabasco, México. Se estudió la propuesta teórica de Miles y Huberman que publicaron en el año 1994, la cual consiste en etapas que pueden ser sucesivas o traslapadas con una partición de 29 informantes, 21 de ellas fueron mujeres. El promedio de edad fue 48.5 años; todas las participantes estaban casadas. El 100 % las mujeres se dedicaban al trabajo doméstico no remunerado; la escolaridad predominante fue la primaria. Se encontró desconfianza en los tratamientos de diálisis e insulina. La herbolaria es utilizada y significada como tratamiento eficaz para la

diabetes. Finalmente se mostró que las mujeres de esta etnia eran quienes realizan más el autocuidado de la enfermedad.

Pacheco et al. (2018) realizaron un estudio con el propósito determinar la prevalencia e identificar los correlatos de la diabetes mellitus tipo 2 y el síndrome metabólico (MetS) en una comunidad Indígena rural en el noroeste de México. Participaron 275 personas de la comunidad de San Quintín, Baja California, México, entre una muestra de hogares en el cual se sometieron a un cuestionario, examen físico y prueba serológica. El 75% fueron mujeres y 60.7% se auto identificaron como indígenas. Como conclusión se llegó a la prevalencia de DM tipo 2 y MetS fue alta en esta población rural e indígena, y se demostró que la educación desempeña un papel fundamental.

La reflexión sobre este estudio guía sobre la importancia de acentuar la búsqueda de literatura en relación con las dimensiones que incluye autogestión. En síntesis, estudios realizados en México y otros países coinciden que la autogestión es una variable de interés para el control de nivel glucémico en personas Indígenas.

Definición de términos

Autogestión: se define como las actividades que realiza el adulto con DM2 para llevar a cabo un cuidado activo y continuo, para lograr un control adecuado control de su DM2 través de la realización de actividades divididas en cinco dominios: Actividad física, alimentación saludable, toma de medicamentos, control de glucosa en sangre, resolución de problemas.

Objetivo general

Determinar la autogestión de diabetes en personas Indígenas que residen en el área Metropolitana de Monterrey Nuevo León.

Objetivos específicos

Describir los datos sociodemográficos que caracterizan a los adultos Indígenas con DM2.

Categorizar las dimensiones de los resultados de autogestión de los adultos Indígenas con DM2.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo transversal, ya que solo se describió las características sociodemográficas y la autogestión de diabetes en personas Indígenas que residen en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León (Grove y Gray, 2019).

Población, muestra y muestreo

La inclusión de la población sobre este estudio fueron adultos Indígenas con y sin Diabetes Mellitus tipo 2 que viven en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. La muestra fue por conveniencia y que desearan participar voluntariamente. El muestro fue no probabilístico a través del método por bola de nieve (Grove y Gray, 2019).

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres de 18 a 60 años y más, que dominen el idioma español y el de origen étnico y refieran el diagnóstico de DMT2.

Mediciones e instrumentos

Para la recolección de datos se diseñó una Cédula de datos personales, dividida en datos sociodemográficos: edad (años), nivel educativo, ocupación, sexo, lugar de nacimiento, etnia a la que pertenece, estado civil, idiomas que domina, tipo de seguridad social, año de diagnóstico, ocupación, antecedentes de diabetes, control de diabetes y alimentación.

Para valorar la autogestión en paciente Indígenas con diabetes Mellitus tipo 2 se utilizó el Cuestionario de Autogestión de la Diabetes Revisado (DSMQ-R) de Márkus et al. (2022) del Instituto de la Academia de Diabetes Mergentheim (siglas en inglés FIDAM), de Alemania. El cuestionario integra 20 ítems, incluyen temas que corresponden al comportamiento alimentario, toma de medicamentos,

control glucémico, actividad física y cooperación con los profesionales que atienden diabetes, con un Alpha de Cronbach de 0.87.

La escala de respuesta a cada pregunta es tipo Likert de cuatro puntos con opciones de respuesta y puntuaciones: Se aplica mucho en mí=3 puntos; Se aplica a mí en un grado considerable =2 puntos; Se aplica a mí en algún grado =1 punto; No se aplica a mí =0 puntos. Si se marca “no es necesario como parte de mi tratamiento” será un elemento que no se deba puntuar, refiriéndose a ocho semanas anteriores.

La DSMQ-R contiene ítems con claves negativas que deben puntuar de forma inversa para que los valores más altos indiquen conductas de autogestión óptimas de sumar las puntuaciones de la escala: Las puntuaciones serían: Se aplica mucho a mí= 3 en la puntuación inversa sería 0 puntos. Se aplica a mí en un grado considerable= 2 en la puntuación inversa sería 1 punto. Se aplica a mí en algún grado= 1 en la puntuación inversa serían 2 puntos. No se aplica a mí= 0 en la puntuación inversa serían 3 puntos.

La puntuación del cuestionario implicó invertir los elementos redactados negativamente a manera que los valores más altos fueron indicativos de un autocuidado más efectivo. Las puntuaciones de la escala se calcularon como sumas de las puntuaciones de los ítems y luego se transformaron en una escala que va de 0 a 10, realizando la interpretación que a mayor suma mejor será la autogestión (puntuación bruta/puntuación máxima teórica) (Márkus et. al 2022)

Para el control glucémico, se tomó en cuenta la auto medición que presente el adulto indígena, los resultados que se evaluaron de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en relación con la glucemia capilar en ayuno será de (mg/dl) 70-130, glucemia postprandial de 2 horas (mg/dl) <140.

Plan de recolección de datos

Para realización del presente estudio, primeramente, se contó con la aprobación del Comité

de Ética en Investigación con registro en la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) No. 19-CEI-004-20180614. Posteriormente, se procedió a la recolección de datos para el reclutamiento de los participantes y después se realizaron visitas a algunos espacios públicos como lugares recreativos al aire libre, plazas públicas donde se concentra población Indígena, debido que se había observado presencia permanente en área metropolitana inclusive en localidades o colonias donde residen actualmente los elaboradores de este estudio (Municipio Cd. Benito Juárez, Guadalupe, García, Apodaca, entre otros). Se procuró buscar un espacio privado para realizar la entrevista y cuidar la confidencialidad de los participantes, además de facilitar la comodidad adecuando el lugar con una mesa y sillas tanto para el participante como para el entrevistador. Los responsables del estudio realizaron la recolección de datos para aplicar cuestionarios considerando las consideraciones éticas.

A los participantes se les informo sobre el propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad y privacidad del estudio. Si accedieron a participar se les proporcionó el consentimiento informado por escrito para que lo firmaran, posteriormente se les explicó que contestaran a modo de entrevista cara a cara la Cédula de Datos Generales y el instrumento llamado Cuestionario de Autogestión de la Diabetes Revisado (DSMQ-R). Se solicitó gentilmente en que debe responder todas las preguntas que se le realizaran, en caso de haber alguna duda se brindó los contactos de la asesora encargada de la investigación para aclarar las dudas. Así como también se cuidó y se respetó la mayor prudencia posible ubicándonos en un espacio más personal, hablándoles en un tono de voz bajo, sin ningún tipo de presión, o interrupción posible. Al concluir la recolección se agradeció a cada participante por su tiempo y colaboración en el estudio además de otorgarle un tríptico informativo sobre la Diabetes mellitus.

Consideraciones éticas

La presente investigación se llevó a cabo bajo los criterios del Reglamento de la Ley General de

Salud en Materia de Investigación para la Salud. En atención del título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en Seres Humanos, Capítulo I, disposiciones comunes (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2014), se estableció la garantía de derecho a la protección de la salud en el entendimiento que la investigación en salud es importante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la individualidad y colectiva.

En relación con el Artículo 13 del Capítulo 1, se expuso que en la investigación con los humanos prevaleció el respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y bienestar, por lo que los datos recolectados se aseguró el respaldo de confidencialidad y se respetó la decisión de los aceptantes de participar en el estudio o abandonar cuando así lo decidieron, concediendo un trato respetuoso.

Respecto al Artículo 14 se tomó en cuenta la fracción V, donde se le presento al adulto indígena un consentimiento informado, el cual se entregó por escrito y fue firmado por él y dos testigos, así como por el integrante del grupo investigador que aplico la entrevista. De acuerdo con la fracción VII se contó con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En relación con el Artículo 16 de dicho capítulo, se estableció la protección a la privacidad del adulto indígena, la cédula de datos y el instrumento que guiaron esta investigación no contaron con espacios que identifiquen a la persona; como el nombre de la o el participante. Además, se estableció la protección, el resguardo y la seguridad de los instrumentos por un periodo de tiempo de un año y al concluir este se eliminará lo correspondiente a este estudio.

Para dar respuesta al Artículo 17 Fracción I, se catalogó como una investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención con los participantes y solo se consideró la aplicación de cuestionarios (cédula de datos e instrumento) a modo de entrevista. Respecto al Artículo 20 el adulto indígena de investigación tuvo absoluta libertad de otorgar o no su consentimiento, del cual fue

informado previamente y se debió aclarar que el estudio no significará ningún riesgo a su integridad, todo esto con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

En cuanto al Artículo 21 Fracción I, se explicó minuciosamente la importancia de la participación del adulto indígena de estudio y se resaltó la contribución al conocimiento científico como beneficio a la población que sufre de esta patología, teniendo como objetivo desarrollar el estudio para evaluar las acciones de autogestión del adulto indígena con Diabetes Tipo 2. Acerca de la Fracción VIII se garantizó al sujeto de estudio la seguridad de que no se identificará a éste y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Por consiguiente, al Artículo 22, el estudio conto con la formulación del consentimiento informado por escrito y junto los requisitos señalados en la fracción I, fue elaborado por el grupo investigador. Fracción II fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación. Fracción III solo se solicitó la firma de los testigos. Fracción IV si el sujeto no puede firmar el consentimiento se le designará a una persona que lo realizo en su lugar.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Capítulo II; Investigación en las Comunidad, en relación con el Artículo 28 los adultos Indígenas, obtuvieron beneficio en cuanto datos importantes sobre lo que es la autogestión en la diabetes, lo que tuvo como ventaja la mejora en el control glucémico, disminuyendo las complicaciones y posibilitará una mejor calidad de vida. En el que se otorgó un tríptico informativo sobre Autogestión y Diabetes.

Plan de análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 26 para Windows. Se determinó la consistencia interna del instrumento a aplicar por medio del Alfa de Cronbach. Los datos que se obtuvieron se sometieron a una verificación de normalidad a partir de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Para el análisis

estadístico se utilizó estadística descriptiva; frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

muestra realizada a 22 participantes, así como la estadística descriptiva de las características sociodemográficas seguida de la variable de estudio.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran la consistencia interna de los instrumentos, de la Autogestión de los Adultos Indígenas con Diabetes Mellitus Tipo 2 de una

Consistencia interna de instrumento

La tabla 1 refleja la consistencia del instrumento Cuestionario de Autogestión de la Diabetes Revisado (DSMQ-R). El instrumento reportó un Alfa de Cronbach de 0.989, el cual se considera aceptable.

Tabla 1

Consistencia interna del instrumento

| Instrumentos/Subescalas | No. Reactivos | Alpha de Cronbach |
|---|---------------------|-------------------|
| The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) | 1-20 | .989 |
| Control glucémico | 1,6,10 | .950 |
| Apego al tratamiento | 3,4,7,9,12,14,16,20 | .968 |
| Control dietético | 2,5,13,17,18,19 | .972 |
| Actividad física | 8,11,15 | .881 |

Nota= No. = Número N= 22

Estadísticas descriptivas

A continuación, se presenta la estadística descriptiva del presente estudio para dar respuesta al primer objetivo específico que planteó: Describir los datos sociodemográficos que caracterizan a los adultos Indígenas con Diabetes tipo 2.

En la tabla 2, se refleja que el promedio de edad fue entre 43 y 54 años. En cuanto al sexo se reportó un 72.7 % de mujeres frente a un 27.3% de

hombres, predominando el sexo femenino dentro de la muestra. Respecto al estado civil se reporta que un 54.5 % de los individuos son casados. El 59.1% de los participantes sabe leer y escribir, la mayoría de estos individuos son comerciantes en un 36.4%. En cuanto al lugar de nacimiento el que predominó fue Oaxaca con un 27.3%. Respecto a la seguridad social reportada se obtuvo un 31.8% sin seguro médico y otro 31.8% con seguro privado.

Tabla 2

Estadística descriptiva características individuales de los adultos Indígenas con DMT 2

| Variable | f | % |
|------------|---|------|
| 19-30 años | 5 | 22.7 |

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------|------|------|
| Edad | 31-42 años | 3 | 13.6 | |
| | 43-54 años | 7 | 31.8 | |
| | 55-66 años | 5 | 22.7 | |
| | 67-78 años | 1 | 4.5 | |
| | 79-84 años | 1 | 4.5 | |
| Sexo | Hombre | 6 | 27.3 | |
| | Mujer | 16 | 72.7 | |
| Estado civil | Con pareja | 3 | 13.6 | |
| | Sin pareja | 6 | 27.3 | |
| | Casado | 12 | 54.5 | |
| | Viudo(a) | 1 | 4.5 | |
| Sabe leer y escribir | Solo escribir | 1 | 4.5 | |
| | Solo leer | 0 | 0.0 | |
| | Ambos | 13 | 59.1 | |
| Escolaridad | Ninguno | 8 | 36.4 | |
| | Primaria | 4 | 18.2 | |
| | Secundaria | 6 | 27.3 | |
| | Carrera técnica | 1 | 4.5 | |
| | Universidad | 3 | 13.6 | |
| | Maestría | 1 | 4.5 | |
| Ocupación | Ama de casa | 2 | 9.1 | |
| | Ama de llaves | 4 | 18.1 | |
| | Costurera | 2 | 9.1 | |
| | Comerciante | 8 | 36.4 | |
| | Obrero | 1 | 4.5 | |
| | Agricultor | 1 | 4.5 | |
| | Administrador | 1 | 4.5 | |
| | Desempleado | 2 | 9.0 | |
| | Lugar de nacimiento | Ahualulco | 1 | 4.5 |
| | | Chiapas | 2 | 9.1 |
| Guerrero | | 2 | 9.1 | |
| Ismo de Tehuantepec | | 3 | 13.6 | |
| Oaxaca | | 6 | 27.3 | |
| Puebla | | 2 | 9.1 | |
| Querétaro | | 1 | 4.5 | |
| San Luis Potosí | | 1 | 4.5 | |
| Temuche | | 4 | 18.2 | |
| Ahualulco | | 1 | 4.5 | |
| Seguridad Social | | IMSS | 3 | 13.6 |
| | Seguro Popular | 5 | 22.7 | |
| | Privado | 7 | 31.8 | |
| | Ninguno | 7 | 31.8 | |

f: Frecuencia, % = Porcentaje

Para dar respuesta al segundo objetivo específico planteado el cual es categorizar las distintas dimensiones de los resultados de autogestión de los Adultos Indígenas con diabetes tipo 2 se muestra la Tabla 3 y Tabla 4, en la cual en la Tabla 3 se muestran las frecuencias y porcentajes de las respuestas obtenidas en la aplicación del Cuestionario de Autogestión de la Diabetes Revisado (DSMQ-R), donde se observa que el 18.2% de los participantes revisan en un grado considerable sus niveles de glucosa en sangre con cuidado y atención, respecto a los alimentos elegidos que facilitan el logro de niveles óptimos de azúcar en sangre un 18.2% de los participantes manifestaron que lo aplican rara vez, el 18.2% menciona tener en cuenta en un grado considerable los consejos de su médico, el 18.2% de los participantes mencionan seguir el tratamiento recetado y el 18.2% rara vez consume alimentos ricos en azúcar.

De acuerdo con la revisión los participantes rara vez registran sus niveles de azúcar en sangre, el 27.3% tiende a evitar citas con su médico, un 13.6% de los participantes realizan ejercicio para conseguir buenos valores, sin embargo, otro 13.6% no lo aplica,

al cuestionar acerca del seguimiento estricto de acuerdo con la dieta un 18.2% de los participantes refirieron que se aplica en ellos en un grado considerable. Un 18.2% rara vez mide sus niveles de azúcar según las indicaciones del médico, en cuanto a la evasión de la actividad física considerando que mejoraría su diabetes un 13.6 % señalaron que no se aplica en ellos, un 22.7 % manifestaron que olvidan tomar su medicamento para la diabetes.

Un 18.2 % manifestaron que esa afirmación no se aplica en ellos respecto al exceso de comida no provocado por hipoglucemia, un 18.2 % manifestaron que deberían ver a sus médicos con más frecuencia, un 13.6 % omitió la actividad física planificada. Respecto a lo nutricional un 18.6% mencionan que podrían mejorar su control de su diabetes, un 22.7% refieren que rara vez calculan el contenido de azúcar en sus comidas, un 13.6 % aplican en un grado considerable elegir su comida sin cuidar ni tener en cuenta la diabetes, por último, un 13.6% concluyeron que su control de diabetes la mayoría de las veces es eficiente y el otro 13.6% es deficiente

Tabla 3

Frecuencias y Porcentajes del instrumento DSMQ

| Variable | Se aplica mucho | | Se aplica en un grado considerable | | Se aplica en un grado | | No se aplica | | No aplica | |
|---|-----------------|-----|------------------------------------|------|-----------------------|------|--------------|-----|-----------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 1. Mide su nivel de azúcar en sangre con cuidado y atención | 2 | 9.1 | 4 | 18.2 | 2 | 9.1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. En cuanto a la comida, elige comidas que le ayuden a conseguir un buen valor de azúcar en sangre | 1 | 4.5 | 2 | 9.1 | 4 | 18.2 | 1 | 4.5 | 14 | 63.6 |
| 3. Tiene en cuenta todos los consejos del médico en el tratamiento de la diabetes | 2 | 9.1 | 4 | 18.2 | 1 | 4.5 | 1 | 4.5 | 14 | 63.6 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|------|---|------|---|------|---|------|----|------|
| 4. Hace caso a los medicamentos como le recetan (pastillas, insulina) | 4 | 18.2 | 2 | 9.1 | 1 | 4.5 | 1 | 4.5 | 14 | 63.6 |
| 5. A veces, come muchos dulces u otras comidas ricas en azúcar | 0 | 0 | 3 | 13.6 | 4 | 18.2 | 1 | 4.5 | 14 | 63.6 |
| 6. Registra sus niveles de azúcar en sangre | 0 | 0 | 3 | 13.6 | 3 | 13.6 | 2 | 9.1 | 14 | 63.6 |
| 7. Tiende a evitar las citas con el médico en relación con la diabetes | 1 | 4.5 | 0 | 0 | 1 | 4.5 | 6 | 27.3 | 14 | 63.6 |
| 8. Hace ejercicio para conseguir unos valores buenos de azúcar en sangre | 3 | 13.6 | 2 | 9.1 | 0 | 0 | 3 | 13.6 | 14 | 63.6 |
| 9. Sigue las recomendaciones del médico o especialista acerca de la dieta | 2 | 9.1 | 4 | 18.2 | 1 | 4.5 | 1 | 4.5 | 14 | 63.6 |
| 10. No mide los niveles de azúcar en sangre lo suficiente para lograr un buen control de azúcar (como se lo recetaron) | 0 | 0 | 1 | 4.5 | 4 | 18.2 | 3 | 13.6 | 14 | 63.6 |
| 11. Evita realizar ejercicio, aunque esto mejoraría la diabetes | 2 | 9.1 | 1 | 4.5 | 2 | 9.1 | 3 | 13.6 | 14 | 63.6 |
| 12. A veces olvida tomar su medicamento para diabetes (pastillas, insulina) | 0 | 0 | 1 | 4.5 | 2 | 9.1 | 5 | 22.7 | 14 | 63.6 |
| 13. A veces tiende a comer mucho (no son a causa de un nivel bajo de azúcar) | 0 | 0 | 1 | 4.5 | 3 | 13.6 | 4 | 18.2 | 14 | 63.6 |
| 14. En relación con el cuidado de su diabetes, debería visitar al médico con más frecuencia | 3 | 13.6 | 0 | 0 | 4 | 18.2 | 1 | 4.5 | 14 | 63.6 |
| 15. A veces no hace ejercicio diario | 3 | 13.6 | 3 | 13.6 | 1 | 4.5 | 1 | 4.5 | 14 | 63.6 |
| 16. Podría mejorar el control de su diabetes considerablemente | 3 | 13.6 | 4 | 18.6 | 1 | 4.5 | 0 | 0 | 14 | 63.6 |
| 17. Calcula el contenido de azúcar de sus comidas | 1 | 4.5 | 2 | 9.1 | 5 | 22.7 | 0 | 0 | 14 | 63.6 |
| 18. Puede comer sin cuidar de la diabetes | 2 | 9.1 | 3 | 13.6 | 2 | 9.1 | 1 | 4.5 | 14 | 63.6 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|---|------|---|-----|---|------|----|------|
| 19. Elige sus comidas sin tener en cuenta que tiene diabetes | 1 | 4.5 | 3 | 13.6 | 2 | 9.1 | 2 | 9.1 | 14 | 63.6 |
| 20. Su control de la diabetes es pobre | 0 | 0 | 3 | 13.6 | 2 | 9.1 | 3 | 13.6 | 14 | 63.6 |

f= Frecuencia, %=Porcentaje, N=22

Finalmente, en la Tabla 4 es donde se describe las subescalas incluidas en el Cuestionario de Autogestión de la Diabetes Revisado (DSMQ-R) que contiene las acciones de autogestión que realiza el adulto con Diabetes Tipo 2, así como el puntaje obtenido en cada una de ellas. Con respecto a los datos recopilados de las variables acciones de

autogestión, según la media obtenida (M=28.37) al puntaje general del instrumento se obtuvo un nivel de Autogestión Regular. Respecto al análisis por dimensiones la Subescala Control Glucémico resulto con la media más baja (M=38.7), lo que nos indica que este aspecto dentro de las Acciones de Autogestión que realiza el adulto con Diabetes Tipo 2 es la menos practicada por los participantes.

Tabla 4

Descripción de la Variable de Interés

| Variable | Me | Mdn | DE | Min | Max |
|----------------------|-------|-------|-------|------|-------|
| Control glucémico | 38.7 | 40.0 | 14.5 | 10.0 | 60.0 |
| Apego al tratamiento | 117.5 | 115.0 | 34.9 | 70.0 | 160.0 |
| Control dietético | 78.7 | 85.0 | 21.0 | 40.0 | 100.0 |
| Actividad física | 48.7 | 50.0 | 22.3 | 10.0 | 80.0 |
| Total | 28.37 | 31.0 | 66.10 | 19.0 | 35.0 |

M= Media, Mdn= Mediana, DE = Desviación Estándar, Min = Valor Mínimo, Max = Valor Máximo, N = 22

DISCUSIÓN

En esta investigación se pretendió describir cómo es la autogestión de adultos con Diabetes Tipo 2 para describir los datos sociodemográficos aplicando el instrumento DSMQ. El estudio se realizó en una muestra de 22 participantes adultos, los cuales 7 (31.8%) de ellos no tienen estudios, 4 (18.2%) participantes su grado de escolaridad alcanzada es de primaria y 6 (27.3%) más son de secundaria. De acuerdo con Villalobos, et al., (2019) la baja escolaridad y pertenecer a población Indígena incrementan la posibilidad de no realizar acciones de autocuidado.

En cuanto a la pregunta 4 del cuestionario DSMQ, que refiere a los medicamentos recetados, de 8 participantes con diabetes, 2 (9.1%) respondieron que se aplican en un grado considerable, 1 (4.5) respondió que se aplica en un grado y 1 (4.5) respondió que no se aplica. Según Hirsch & Alonso (2020) reportaron que hombres y mujeres consumen medicamentos para tratar la diabetes de forma irregular y que recurren a remedios herbolarios.

En el perfil sociodemográfico de los participantes se observa 72.7% corresponde al sexo femenino, el 54.5% eran casadas, de las cuales el 9.1% mencionaron ser ama de casa y no contar con

estudios escolares. Cruz & Cruz (2020) mostraron resultados donde la edad promedio fue de 48.5 años, de 29 participantes 21 pertenecían al género femenino, todas eran casadas, la ocupación que desempeñaban era el trabajo doméstico no remunerado y la escolaridad predominante era la primaria.

CONCLUSIÓN

En conclusión, este estudio sustenta las respuestas referidas por los participantes con relación a una autogestión regular, siendo la dimensión control glucémico que reporta una medida más baja, es decir, la población no monitorea la glucosa en sangre como parte de su autogestión, lo siguiente a destacar es que lo reportado para la variable actividad física se encuentra que más de la mitad respondieron que si lo realizan y la acción era caminar.

Lo siguiente a retomar es el control dietético, el cual la mayoría consideró tener un buen manejo, y por consiguiente el apego al tratamiento lo señalan como bueno. Las características encontradas en la muestra estudiada tienen similitudes con los estudios

revisados que se integraron en el capítulo uno, la coincidencia de edad promedio, escolaridad, estado civil, género predominante y un pobre autocuidado respecto a la diabetes.

Se requiere de un interés importante para ampliar el campo de estudio con un enfoque multidisciplinario para redirigir Estrategias Operativas en programas de salud centrados en población Indígena con el fin de readaptar contenidos, habilidades para la autogestión y calidad de vida con el propósito de generar tomas de decisión preventivas en acciones para el control de la diabetes mellitus tipo 2.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones que se presentaron, en primer lugar, se considera que el tamaño de la muestra final, al ser una muestra de 22 participantes no podemos generalizar los resultados a la mayoría de la población que comparte la característica de interés en el área metropolitana de Monterrey. En segundo lugar, no hay suficiente evidencia sobre autogestión, control glucémico y calidad de vida en adultos indígenas con diabetes tipo 2 en México.

REFERENCIAS

- Buichia-Sombra FG, Dórame-López NA, Miranda-Félix PE, Castro-Juárez AA, Esparza-Romero J. (2020). Prevalencia Y Factores Asociados A Diabetes Mellitus Tipo 2 En Población Indígena De México: Revisión Sistemática. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/3502/3998
- Carreno-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L., & Mendoza-Catalán, G., & Gallegos-Cabriales, E. (2018). Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enfermería Universitaria* <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358757746009>
- Cruz-Sánchez, M. y Cruz-Arceo, M. de los A. (2020). El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*. <https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40092>
- Gorban, S., Ferreira, A., Decroux, C., Duke, L., Hammond, L., Jacobs, E., Kaundal, A., Li, J., Liu, J., Wiebke, A., Petersohn, I., Piemonte, L., Prosser, S. Riley, P. Rivas, M., Sung, E. Wilson, M., Yañez, B., Yang, W., Ysebaert, M., (2019). Federación Internacional de Diabetes. Versión Online del Atlas de la Diabetes de la FID. https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Grove, S.K. y Gray, J.R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la

evidencia. Elsevier Ciencias de la Salud.

Hirsch, S. & Alonso, V. (2020, 19 septiembre). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 1, 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>

<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01615-5>

Jimenez-Corona, A., Nelson, R. G., Jimenez-Corona, M. E., Franks, P. W., Aguilar-Salinas, C. A., Graue-Hernandez, E. O., Hernández-Jimenez, S., & Hernandez-Avila, M. (2019). Disparities in prediabetes and type 2 diabetes prevalence between indigenous and nonindigenous populations from Southeastern Mexico: The Comitán Study. *Journal of clinical & translational endocrinology*, 16, 100191. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2019.100191>

Macías, C., Domínguez, G., Muñiz, P., Cubillas, A. & Márquez, E. (2021). Tendencias del comportamiento espaciotemporal de diabetes mellitus y enfermedades isquémicas en San Luis Potosí, México. *Revista Salud Pública y Nutrición / Vol. 20 No.1 enero - marzo, 2021*. <https://doi.org/10.29105/respyn20.1-1>

Márkus, B., Hargittay, C., Iller, B. et al. Validation of the revised Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ-R) in the primary care setting. *BMC Prim. Care* 23, 2 (2022).

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para La Prevención, Tratamiento Y Control De La Diabetes Mellitus. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.html>

Organización de las naciones unidas. (2021). Los pueblos indígenas.

<https://www.un.org/es/fight-racism/vulnerable-groups/indigenous-peoples>

Pacheco, L. S., Hernández-Ontiveros, D. A., Iniguez-Stevens, E., Brodine, S., Garfein, R. S., Santibañez, M., & Fraga, M. A. (2018). Prevalence and correlates of diabetes and metabolic syndrome in a rural indigenous community in Baja California, Mexico. *BMC public health*, 18(1), 1397. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6276-x>

Peyrot, M., Bushnell, D. M., Best, J. H., Martin, M. L., Cameron, A., & Patrick, D. L. (2012). Development and validation of the self-management profile for type 2 diabetes (SMP- T2D). *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 125. <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-125>

Serrano Díaz CA, Carrillo Alfonso TM, Santamaría Machín W, Cordero Paz I, Espinosa Martínez K. Metodología para el pase de visita de Enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2018 Jul-Ago <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2276/3985>

Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Instituto Nacional de Salud Pública. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf

Stephani V, Opoku D, Beran D. (29 septiembre 2018) Autocontrol de la diabetes en el Africa subshariana: una revisión sistemática. *BMC Public Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162903/>

Velázquez, M. (2019). Autogestión factores protectores de riesgo y resultados de salud adulto mayor con diabetes tipo 2. <http://eprints.uanl.mx/17924/1/1080288685.pdf>

Villalobos, A., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Romero-Martínez, M., Mendoza-Alvarado, L. R., Flores-Luna, M. D. L., Escamilla, A. & Ávila-Burgos, L. (2019, 5 diciembre). Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Pública de México*, 61(6, nov-dic), 876. <https://doi.org/10.21149/10546>

CAPÍTULO 16

CALIDAD DEL SUEÑO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

MCE. Francisco Rolando Martínez Robledo, *estudiantes*; Asiris Scarlet Pizaña Martínez, Andrea Yamileth Vallejo Rodríguez, Wendy Montserrath de Jesús Sánchez, Raquel Eunice Moreno Saucedo.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de sueño en el personal de enfermería que labora en instituciones hospitalarias del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. **Metodología:** El diseño de estudio fue de tipo descriptivo simple y transversal. **La población** de estudio fue de 40 trabajadores de enfermería mayores de 18 años, de ambos sexos, con preparación académica variada; técnica, de pregrado y de posgrado. Con antigüedad de más de un año en instituciones de salud del área metropolitana de Monterrey N.L. La fuente de información fue el cuestionario, índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), versión en español de Jiménez-Genchi et al. (2008). **Resultados:** Se encontró una calidad de sueño (CS) deficiente, el 50% de los participantes reportaron tener una mala calidad del sueño, lo que se corrobora y concuerda con el PSQI obtenido que fue de 8.82, rebasando con ello 3.82 el punto de corte de 5 que es la calificación correspondiente para clasificar a un individuo como “mal dormidor” Conclusiones: Se encontró e identifico que la CS del personal de enfermería esta moderadamente afectada.

Palabras clave: Calidad, Sueño, Trabajador, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El sueño es una necesidad humana básica y un estado biológico activo, periódico, necesario para la vida y necesario para la reparación de las actividades fisiológicas del organismo (Cardinali, 2020). Tener calidad de sueño (CS) es importante para la salud, dado que dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día es vital para las personas. Durante el sueño se llevan a cabo mecanismos de eliminación de toxinas, lo cual es crucial para las funciones inmunológicas, cardiovasculares, reproductivas, endocrinas e incluso para el control del dolor (Andressa et al., 2021; Domínguez et al., 2007; Rosales et al., 2008; Sierra, 2006). La CS no solamente es fundamental como factor determinante de salud, sino que es, además, un elemento propiciador de aspectos cognitivos, psicológicos y sociales (Sierra, 2006)

Los períodos de sueño cualitativamente inadecuados (en cuanto a profundidad duración y calidad) comprometen los mecanismos de homeostasis corporal. Hay factores extrínsecos que pueden influir en la CS, como el medio ambiente, el clima, la exposición a la luz y los equipos electrónicos antes de acostarse, la dieta, la falta de rutina para la hora de acostarse y despertarse, el consumo de bebidas alcohólicas, medicamentos y las actividades laborales (Navarro et al., 2020; Rivera, 2015). El nivel de sueño como la interacción social son vitales para la salud humana. En el primer caso porque nos permite recuperarnos de la actividad diaria, y en el segundo porque propicia nuestra estabilidad emocional y la visión que se tiene como persona hacia los diferentes tipos de ambientes, la integración social y su buen funcionamiento. El sueño tiene una función de reprogramación genética, es el guardián del equilibrio psíquico, de la homeostasis del medio

interior, así como también a él se asocia la frescura de las aptitudes lógicas y espontáneas (Jouvet, 2019).

Estudios recientes relacionan hoy en día los trastornos del sueño, principalmente el síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), con una elevada morbimortalidad cardiovascular y cerebrovascular, así como también con un alto índice de accidentalidad vehicular y laboral. Sin embargo, el sub-diagnóstico de estas patologías del sueño, sigue siendo muy importante, generando altos costos para las aseguradoras de salud, ya que se ha demostrado que estos pacientes no diagnosticados ni tratados son uno de los grupos de mayor consumo de servicios de salud y gran ausentismo laboral (Escobar-Córdoba, 2008).

La CS también se puede ver influenciada por el tipo de trabajo, y que el mismo sea por turnos puede impactar negativamente en la misma, dado que favorece las irregularidades en los ritmos circadianos, impuestos por la alternancia de los turnos (Yanarico et al., 2020). En el caso de los profesionales de enfermería, dado que los pacientes requieren atención las 24 horas, se les exige trabajar en turnos, lo que los expone a una desincronización de sus relojes circadianos internos, lo que lleva a una deuda de sueño acumulada, deficiencia característica de los trabajadores por turnos y las consecuencias para su salud suelen ser perjudiciales (Zhang et al., 2020).

Aunque ya haya publicaciones en diferentes países sobre el trabajo de los enfermeros en diferentes turnos y la relación con el sueño y su calidad (Díaz et al., 2020; Debbia et al., 2021; Farag et al., 2021; Mastre, 2019), en México existe poca evidencia científica sobre los problemas de sueño en este grupo de trabajadores de la salud, y dado que, adicionalmente la realidad laboral ha cambiado después de la Pandemia de COVID-19, motiva realizar el presente estudio, con el objetivo de identificar cómo es la calidad del sueño del personal de enfermería que trabaja en instituciones hospitalarias del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Conocer como es la CS, puede ayudar a los

administradores de las instituciones de salud a mejorar las condiciones de trabajo y con ello mejorar la calidad de vida del personal de enfermería.

Marco de referencia

En este apartado se presenta una descripción del concepto calidad del sueño y los estudios relacionados.

El sueño es un proceso biológico complejo, ya que, mientras se duerme, las funciones del cerebro y cuerpo siguen activas para mantener saludable al cuerpo, por lo tanto, si no hay un sueño de calidad las consecuencias pueden conllevar daño a la salud mental y física, al pensamiento y a la vida diaria. Las horas recomendadas cambian según la edad de las personas: los recién nacidos deben dormir 18 horas, mientras que en niños de entre 10 y 12 años deben ser de 10 y 12 horas; los adolescentes entre 8 y 9 horas y los adultos entre 7 y 8 horas.

La calidad de sueño es un parámetro que difiere de unas personas a otras. Una buena calidad del sueño se refiere no solo al dormir bien (cantidad y sin interrupciones) durante la noche, y a un buen funcionamiento durante la vigilia (Miró et al., 2005). Por lo que la calidad del sueño es una característica subjetiva y a menudo se determina porque la persona se despierta con sensación de energía o sin ella. Por lo que puede haber personas con un patrón de sueño eficiente o de buena calidad y personas con patrón no eficiente o de pobre calidad. La falta de horas de sueño provoca un efecto acumulado bien demostrado, dormir una hora menos de lo necesario significa una pérdida progresiva geométrica. La persona que desde el lunes duerme una hora menos de lo necesario llega al viernes por la mañana con una pérdida de 4 horas de sueño, es decir, aunque haya dormido 8 horas el día anterior es como si hubiera dormido sólo 4, este fenómeno es conocido como privación de sueño (Walker, 2020) y el resultado es la afectación de la calidad del sueño.

En términos generales, el sueño se divide en dos etapas: sueño de ondas electroencefalográficas lentas, denominado sueño sin movimiento oculares rápidos (NMOR), y sueño de movimientos oculares rápidos (MOR). En el recién nacido el sueño MOR constituye el 50% del tiempo total del sueño, ya para

los cinco años disminuye a 25% manteniéndose estable esa proporción hasta los 85 años, edad en la que existe incremento hasta un 35%. Hay consecuencias derivadas de dormir insuficientemente y en la medida de que la “deuda” de sueño sea acumulativa en el tiempo, el organismo no tiene forma de aceptar compensación a destiempo y el impacto por la privación del sueño es amplio y repercute no solo en lo físico, sino en lo psicológico y social. Afecta el desempeño cognitivo, reduciendo la capacidad de concentración en tareas cotidianas, disminución de la memoria de trabajo, la semántica y episódica, reduce la capacidad de ejecución de funciones y toma de decisiones, se incrementan emociones como la irritabilidad, ansiedad, depresión y frustración. Y propicias conductas como la impulsividad, el consumo de sedantes y drogas de abuso, el alcoholismo. Uno de los aspectos más relevantes tiene que ver con las consecuencias somáticas de la privación, numerosos estudios epidemiológicos señalan la asociación de la privación del sueño con enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, obesidad, diabetes tipo 2, Alzheimer y cáncer (Cardinali, 2020; Walker, 2020).

Estudios relacionados

Andressa et al. (2022) En Estados Unidos de América realizaron un estudio con el fin de evaluar la calidad de sueño en donde participaron 42 profesionales, 31 (73.8%) mujeres, con edad entre los 26 y 66 años, el 61.9% trabajaba horas extras; el 26.2% tenía dos vínculos laborales y el 40.5% tenía inasistencias laborales. Encontraron que la calidad de sueño fue buena solo para el 9.5%, mala para el 64.3% y con trastornos de sueño en el 26.6%. El PSQI fue de 9.0 y el turno nocturno fue un predictor significativo de mayor fatiga crónica y menor satisfacción con el tiempo para las tareas diarias y la vida familiar y social, mientras que trabajar turnos de 12 horas satisfacían más las tareas diarias y las actividades periódicas de la vida diaria; el comportamiento para conducir cambió en respuesta a la somnolencia.

Debbia et al. (2021) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de sueño de enfermeras en área hospitalaria. La muestra estuvo

constituida por 92 enfermeros estratificados por edad: de 26 a 39 años - 25 participantes (59.5%), de 40 a 66 años -17 personas (40.5%) con una media de 40.2, mediana de 39.0, desviación estándar de 8.9, edad mínima de 26 y máxima de 66 años. La evaluación de la Calidad de sueño se evaluó con el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Los resultados obtenidos fueron: buena calidad en 4 participantes (9.5%), mala en 27 (64.3%) y con presencia de trastorno del sueño en 11 (26.2%). En cuanto a los resultados globales del PSQI, los valores encontrados fueron: media 9.0 y desviación estándar de 3.7, con una puntuación máxima de 18 y una mínima de dos. Estos resultados indican que solo cuatro trabajadores demostraron tener una buena CS.

Cavalheiri et al. (2021), realizaron un estudio con el fin de determinar la prevalencia de la calidad del sueño y del trastorno mental común en los profesionales de enfermería y factores asociados a los trastornos del sueño dicho estudio fue estudio transversal, analítico y cuantitativo desarrollado con 196 profesionales de enfermería de un hospital público y otro mixto, 44 enfermeros (22.4%) y 152 técnicos en enfermería (77.6%). Se identificaron trastornos del sueño entre los profesionales de enfermería con una frecuencia del 76.5%. La calidad del sueño se clasificó como mala en el 41.8% y trastorno del sueño en el 27.6%. Se identificó una prevalencia de trastorno mental común en el 36.7%. El factor principal de la mala calidad del sueño fue la presencia de trastorno mental común.

Farag et al. (2021), realizaron un estudio para identificar los atributos laborales y personales que influyen en los comportamientos de sueño de las enfermeras. Se identificó que las enfermeras informaron haber dormido hasta 6.6 horas; el 87 % informó una mala calidad del sueño y el 51 % informó una somnolencia diurna excesiva. Los factores personales como la edad, la educación, el número de hijos y el ejercicio fueron otros factores significativamente asociados con el comportamiento del sueño. Además del trabajo por turnos, la dotación de personal y la adecuación de los recursos fueron factores laborales significativos asociados con el sueño de las enfermeras.

Objetivo general

Determinar la calidad de sueño en el personal de enfermería que labora en instituciones hospitalarias del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Objetivo específico

Describir las características sociodemográficas de las y los enfermeros de la muestra estudiada.

Definición de términos

Calidad de sueño: puntuación obtenida de la evaluación de siete componentes relacionados con el sueño (calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia de sueño habitual, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna) de enfermeras que trabajan en instituciones hospitalarias medidos a través del PSQI. (Sierra, 2006).

METODOLOGÍA

En este capítulo se presentó el diseño del estudio, la población y muestra, los criterios de inclusión, el instrumento que se empleó, el procedimiento de recolección y análisis de los datos, así como las consideraciones éticas.

Diseño de estudio

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo simple y transversal ya que solo fue describir y documentar las características de una variable de interés en un momento específico este estudio describió. La calidad del sueño en el personal de enfermería (Hernández, 2018).

Población, muestra y muestreo

La población de estudio fueron profesionales de enfermería que trabajan en instituciones de salud del área metropolitana de Monterrey, NL. La muestra fue 40 participantes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia dado que los sujetos se localizaron de acuerdo con personas conocidas de los investigadores entre amigos y familiares que tenían la

característica a estudiar hasta completar la muestra.

Criterios de Inclusión

Enfermeras y enfermeros mayores de 18 años con trabajo en instituciones de salud hospitalarias, que tuvieron como mínimo una antigüedad de un año.

Instrumento

Para la recolección de datos se diseñó una cédula de datos personales dividida en datos socio demográficos: folio, edad en años, sexo, escolaridad en años, años de antigüedad laboral, si es madre y cuantos hijos tiene, turno en el que labora, horas laborales, días de guardia, aérea, antigüedad laboral y método de transporte, además que se le pidió proporcionar un número celular para enviar el cuestionario mediante un Forms.

Para medir la calidad del sueño se utilizó el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP) versión en español (Jiménez-Genchi et al., 2008). Es el cuestionario de sueño más utilizado en adultos, es un cuestionario que incluye tanto aspectos cualitativos como cuantitativos de la calidad de sueño en el mes previo a la aplicación de este. Consta de 24 preguntas. El diseño es para que las primeras 19 preguntas sean respondidas por el propio sujeto y los 5 restantes por el compañero de habitación si lo hubiese. Tras la corrección se obtienen 7 puntuaciones que informan sobre diversos aspectos de la calidad del sueño: la calidad subjetiva, la latencia (entendiéndose como el tiempo que el participante tarda en dormirse), la duración, la eficiencia habitual (que valora el porcentaje de tiempo que el participante cree haber dormido sobre el total de tiempo que permaneció acostado), las perturbaciones (aquellas alteraciones como dolor, frío, nicturia, tos, etc.), el uso de hipnóticos, y la disfunción diurna (presentándose como la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad o como un mayor cansancio diurno). A cada componente se le asigna una puntuación discreta de 0 a 3; indicando una puntuación de 0 que no existieron problemas, mientras que una de 3 señaló problemas graves. La sumatoria de todas ellas da una puntuación total con un máximo de 21, presentando originalmente un punto de corte en 5 con lo que se

cataloga a los sujetos entre «buenos dormidores» (menor o igual a 5) y malos dormidores.

Procedimiento de recolección de datos

Obtenida la aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se inició la recolección de los datos, para el reclutamiento de los sujetos de estudio, se acudió a aquellos conocidos por los estudiantes que fueron invitados a participar. Al primer contacto se les solicitó el teléfono de otro participante contactándolo e invitándolo a participar en el estudio y así sucesivamente hasta completar el estudio.

La recolección se realizó por 4 estudiantes de licenciatura previamente capacitados para la aplicación de cuestionarios considerando las consideraciones éticas. Se le informó a cada enfermera o enfermero sobre el propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad y privacidad del estudio. Aceptando participar se les mandó un código por WhatsApp con el objetivo de aceptar el consentimiento informado, pero por medio electrónico, posteriormente se les explicó y contestaron el instrumento llamado Pittsburgh se les insistió gentilmente en responder a todas las preguntas, especificando que en caso de haber alguna duda se brindaría el apoyo necesario para aclarar.

Al concluir la recolección se agradeció a cada participante por su tiempo y colaboración en el estudio.

Consideraciones éticas

La presente investigación se llevó a cabo bajo los criterios de Reglamento de la Ley General De Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). En atención al Título Segundo Capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2014).

Se tomó en cuenta el Artículo 13 del capítulo I, donde se señaló que en la investigación con seres humanos debe prevalecer el respeto a su dignidad, protección a sus derechos y bienestar, por lo tanto,

los datos obtenidos fueron estrictamente confidenciales y se respetó la decisión del participante de continuar en el estudio o abandonarlo en el momento si así lo decidiera, otorgando un trato respetuoso y profesional al mismo.

Artículo 14, fracción V se contó con el consentimiento informado. Obedeciendo la fracción VII se contó con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. Según el Capítulo I, Artículo 16 que establece la protección a la privacidad del participante, por lo que los instrumentos no contaron con espacios identificados como el nombre del participante, además los autores del estudio resguardaron por seis meses y al vencimiento de este, se eliminaron y los resultados se expusieron en forma general nunca individuales.

La investigación se clasificó sin riesgo, según lo estipulado en el artículo 17, fracción I dicha consideración, se obedeció ya que solo se realizaron procedimientos relacionados a la aplicación de cuestionarios. Tal como lo estipularon los artículos 20 y 21, la participación en el estudio fue voluntaria, previa información vía electrónica, ya que se les pidió el consentimiento informado, ingresaron al URL y antes de contestar los instrumentos, con una opción digital en la que el participante eligió para otorgarlo.

En el consentimiento electrónico se le informó al participante sobre los objetivos de la investigación, el procedimiento y beneficios esperados, aclaración de dudas, la libertad de negar su consentimiento en cualquier momento y se le aseguró que los datos se mantendrían en anonimato y bajo resguardo, además el compromiso de haberle proporcionado información durante el estudio, aunque ésta pudo afectar su voluntad para continuar participando. El consentimiento informado electrónico se elaboró de acuerdo con el Artículo 22 y fue sometido a la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Análisis de datos

Los datos fueron procesados a través del programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Statistics 21.0). El análisis estadístico fue

descriptivo para responder a los objetivos de estudio, para ello se utilizó la estadística descriptiva, con frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad.

RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio. En primer lugar, se describen las características sociodemográficas de los participantes, posteriormente se presentan los componentes de la calidad de sueño de enfermería y por último las estadísticas de tendencia central de componentes de calidad de sueño en el personal enfermero.

Estadística descriptiva

En el presente estudio participaron 40 integrantes del personal de enfermería. En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas de los participantes. Como se puede observar la mayoría fue del sexo femenino (70%), el estado civil fue mayormente soltero (62.5%), el nivel de escolaridad de los trabajadores es de nivel superior (57.5%), la mayoría de ellos laboran como licenciado (45%), la minoría no tiene hijos (80%), los días en los que los participantes tienen descanso es de 1-3 días (85%), el turno en el que la mayoría labora es en el matutino (45%). Los participantes fueron mayormente del área de cuidados intensivos adulto (25%), el método que los participantes utilizan para llegar a su trabajo es en automóvil propio (52.5%); además la mayor parte de los participantes tiene entre 1 y 2 años laborando en un hospital (37.5%).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra del estudio

| Variables | f | % |
|----------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 12 | 30.0 |
| Femenino | 28 | 70.0 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 25 | 62.5 |
| Casado | 9 | 22.5 |
| Divorciado | 3 | 7.5 |
| Unión libre | 3 | 7.5 |
| Nivel de escolaridad | | |
| Preparatoria/técnica | 15 | 37.5 |
| Nivel superior | 23 | 57.5 |
| Posgrado | 2 | 5.0 |
| Ocupación | | |
| Auxiliar | 6 | 15.0 |
| General | 15 | 37.5 |
| Licenciado | 18 | 45.0 |
| Otro | 1 | 2.5 |
| Maternidad | | |
| Si | 8 | 20.0 |
| No | 32 | 80.0 |
| Cuidador de hijos | | |
| Si | 4 | 10.0 |
| No | 36 | 90.0 |

| | <i>f</i> | % |
|---------------------------------|----------|------|
| Días de descanso | | |
| 1-3 días | 34 | 85.0 |
| 3-5 días | 6 | 15.0 |
| Turno | | |
| Matutino | 18 | 45.0 |
| Vespertino | 9 | 22.5 |
| Nocturno | 11 | 27.5 |
| Piloto | 2 | 5.0 |
| Área | | |
| Medicina interna | 8 | 20.0 |
| Cirugía | 3 | 7.5 |
| Recuperación | 6 | 15.0 |
| Cuidados intensivos adulto | 10 | 25.0 |
| Cuidados intensivos pediátricos | 1 | 2.5 |
| pediatría | 2 | 5.0 |
| Geriátricos | 4 | 10.0 |
| Quirófano | 3 | 7.5 |
| Urgencias | 3 | 7.5 |
| Transporte | | |
| Automóvil | 21 | 52.5 |
| Transporte público | 11 | 27.5 |
| Autobús | 5 | 12.5 |
| Transporte de empresa | 3 | 7.5 |
| Antigüedad laboral | | |
| 1-2 años | 15 | 37.5 |
| 3-5 años | 13 | 32.5 |
| 6- más años | 12 | 30.0 |

Nota: cedula de datos personales, n=40, *f* = frecuencias, % = porcentaje

El instrumento consta de siete dominios implícitos en las 19 preguntas que forman parte de la escala. En el componente 1 calidad subjetiva del sueño la mayoría de los participantes dijo que tenía mala calidad del sueño (50.0%), se identificó que la latencia del sueño la mayoría de los participantes tarda en conciliar el sueño entre 16-30 minutos (47.5%), se identificó que los participantes duermen más de 7 horas diarias (60%), la eficiencia

habitual del sueño obtuvo como puntaje un 65-74% (40%), la mayoría de los participantes refirió no tener perturbaciones en el sueño (72.5%), de igual manera la mayor parte de los participantes no utiliza algún medicamento hipnótico para dormir (72.5%), se identificó que los participantes presentaban somnolencia y tenían poco ánimo para realizar actividades (47.5%) ver tabla 2.

Tabla 2

Estadísticas descriptivas de los componentes de la calidad de sueño en enfermeras

| Variables | <i>f</i> | % |
|--|----------|------|
| Componente 1 calidad subjetiva del sueño | | |
| Bastante buena | 1 | 2.5 |
| Buena | 16 | 40.0 |
| Mala | 20 | 50.0 |
| Bastante mala | 3 | 7.5 |
| Componente 2 latencia del sueño | | |
| 0 | 5 | 12.5 |
| 1 | 19 | 47.5 |
| 2 | 15 | 37.5 |
| 3 | 1 | 2.5 |
| Componente 3 duración de sueño | | |
| 0 | 24 | 60.0 |
| 1 | 6 | 15.0 |
| 2 | 7 | 17.5 |
| 3 | 3 | 7.5 |
| Componente 4 eficiencia de sueño | | |
| 0 | 15 | 37.5 |
| 1 | 4 | 10.0 |
| 2 | 16 | 40.0 |
| 3 | 5 | 12.5 |
| Componente 5 perturbación del sueño | | |
| 1 | 29 | 72.5 |
| 2 | 11 | 27.5 |
| Componente 6 uso de medicación hipnótica | | |
| Ninguna vez en el último mes | 29 | 72.5 |
| Menos de una vez a la semana | 6 | 15.0 |
| Una o dos veces a la semana | 4 | 10.0 |
| Tres o más veces a la semana | 1 | 2.5 |
| Componente 7 disfunción diurna | | |
| 0 | 2 | 5.0 |
| 1 | 19 | 47.5 |
| 2 | 17 | 42.5 |
| 3 | 2 | 5.0 |

Nota: *f* = frecuencias, % = porcentaje

En cuanto a los resultados globales del PSQI, los valores encontrados fueron: media 8.82% y desviación estándar de 2.41%.

Lo que indica una calidad de vida moderadamente afectada dado que se está cerca del punto de corte de 5 que significa pobre calidad de vida.

Tabla 3

Estadísticas descriptivas de la Calidad de sueño en la muestra estudiada

| Medidas de tendencia central | Componente 1 calidad subjetiva | Componente 2 | Componente 3 duración de sueño | Componente 4 eficiencia de sueño | Componente 5 | Componente final 6 | Componente 7 | Puntuación de las 7 componentes 0-21 |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------|--------------|---|
| Media | 1.63 | 1.30 | .73 | 1.27 | 1.27 | .43 | 1.47 | 8.82 |
| Mediana | 2.00 | 1.00 | 0.00 | 2.00 | 1.00 | 0.00 | 1.00 | 9.00 |
| Moda | 2 | 1.00 | 0 | 2.00 | 1.00 | 0 | 1.00 | 8.00 |
| DE | .66 | .723 | 1.01 | 1.10 | .452 | .781 | .678 | 2.41 |
| Mínimo | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1.00 | 0 | 0.00 | 4.00 |
| Máximo | 3 | 3.00 | 3 | 3.00 | 2.00 | 3 | 3.00 | 16.00 |

Nota: PSQI, n=40

DISCUSIÓN

En el presente estudio se discuten los resultados del estudio de la calidad de sueño en personal de enfermería. En respuesta al objetivo general de determinar la calidad de sueño en el personal de enfermería que labora en instituciones hospitalarias del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León se encontró una calidad del sueño deficiente en la muestra. El 50% de los participantes reportaron tener una mala calidad de sueño.

El objetivo principal de los estudios relacionados y el presente, es la descripción del índice de la calidad del sueño, así como de las características sociodemográficas de las y los enfermeros de la muestra estudiada y de las puntuaciones obtenidas de la evaluación de los siete componentes relacionados con el sueño (calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia de sueño habitual, alteraciones del

sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna) de enfermeras que trabajan en instituciones hospitalarias. La calidad del sueño del presente estudio (PSQI = 8.82) coincide con los estudios relacionados ya que todos sobrepasan el PSQI de 5 que clasifica a los participantes como “malos dormidores”. La mayor coincidencia es con el estudio de Andressa et al. (2022) el cual reporta PSQI de 9 y con el de Debbia et al. (2021) con PSQI de 7

CONCLUSIONES

En respuesta al objetivo general de determinar la calidad de sueño en el personal de enfermería que labora en instituciones hospitalarias del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se encontró e identifiqué que la CS del personal de enfermería está moderadamente afectada.

REFERENCIAS

- Andressa, F.S., Marchi, B.D.R.C., Eckeli, A.L., Pires, S.U.A.N., Oliveira, C.M.A.M. & Carmo, C.R.M.L. (2022) Calidad de sueño, variables personales, laborales y estilo de vida de enfermeros de hospital. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 30:e3576. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5756.3576>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Cardinali, D.P. (2020) *Qué es el sueño*. Ciudad de México: Ediciones Culturales Paidós
- Cavalheiri, J. C., Risso, P.C., Salete, T. N., Vieira, A. P., Defante, F. L. D., & Caovilla, F. F. A Qualidade do sono e transtorno mental comum em equipe de enfermagem hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 22];29: e3444. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100363&tling=en
» http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100363&tling=en
- Debbia, F., Medina-Valverde, M. J., García-Arcos, A., Garrido-Gutiérrez, A., Rodríguez-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2021) Chronotype, general health and quality of sleep in a population of Spanish nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55: e03752. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/QqGhMFxmSvKpmNRr5RQ9Byg/?format=pdf&lang=en>
- Díaz, R. E. M., Rubio, V. S., López, N. M. I. & Aparicio, G. M. E. (2020) Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios. *Anales de psicología*, Vol. 36 no. 2 Murcia may./sep. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282020000200006&lang=es
- Domínguez, P. S., Oliva, D. M., & Rivera, G. N. (2007). Prevalencia de deterioro del patrón del sueño en estudiantes de enfermería en Huelva. *Revista electrónica semestral de enfermería*; Enfermería Global no.12 nov. <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/346/318>
- Escobar-Cordoba, F. (2008) Los trastornos del sueño y su impacto en la sociedad. *Revista de la Facultad de Medicina Vol. 56 no.1 Bogotá*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112008000100001
- Farag, A., Moon, C., & Xiao, Q. (2021). Work and Personal Characteristics Associated With Sleep Behavior Among Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Regulation*, 12(1), 40-51. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(21\)00019-3](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(21)00019-3)
- Hernández, S. R., & Mendoza, T. C. P. (2018) *Metodología de la investigación; las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Edit. McGraw-Hill Education.
- James, L., James, S. M., Wilson, M., Brown, N., Dotson, E. J., Edwards, C. D., & Butterfield, P. (2020). Sleep health and predicted cognitive effectiveness of nurses working 12-hour shifts: an observational study. *International Journal of Nursing Studies*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32593476/>
- Jiménez-Genchi, A., Monteverde, M. E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel, A. G., & Vega-Pacheco, A. (2008) Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Med Mex*, 144(6):491-496. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19112721/>
- Jouvet, M. (2019) *El sueño, la conciencia y la vigilia*. Edit. Fondo de Cultura Económica.

- Maestre, R. A. (2019) Trastornos del sueño y trabajo a turnos en enfermería. *Consortio Bucle Recolector*. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/40917>
- Miró, E., Cano-Lozano, M.C., Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12028475/>
- Navarro-Martínez, R., Chover-Sierra, E., Colomer-Pérez, N., Vlachou, E., Andriuseviciene, V., & Cauli, O. (2020) Sleep quality and its association with substance abuse among university students. *Clin Neurol Neurosurg [Internet]*, Vol 188 enero. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0303846719303877>
- Rivera, C. L. (2015) *Neurología en la Medicina del Dormir*. México, D.F.: PyDESA.
- Rosales, E., Egoavil, M., La Cruz, C., & De Castro, J. (2007) Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Anales de la facultad de medicina. Universidad de San Marcos*, 68 (2), 150-158. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v68n2/pdf/a07v68n2.pdf>
- Sierra, J. C. (2006). Calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida. En Oblitas, G. (cord.) *Psicología de la salud y calidad de vida*, (2ª ed.). México: Thomson. pp. 337-344
- Silva, A. F., Dalri, R. C. M. B., Eckeli, A.L., Sousa-Uva, A., Mendes, A. C., & Robazzi, M. L. C. C. (2022) Sleep quality, personal and work variables and life habits of hospital nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 30:e3538. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5756.3538>
- Walker, M. (2020) *¿Por qué dormimos?* Ciudad de México: Ediciones Culturales Paidós
- Yanarico, D. M.I., Balsanelli, A. P., Gasparino, R. C., & Bohomol, E. (2020) Classificação e avaliação do ambiente de prática profissional de enfermeiros em hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*, 28:e3376. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100420&tlng=en
- Zhang, Q., Chair, S. Y., Lo, S. H. S., Chau, J. P. C., Schwade, M., & Zhao, X. (2020) Association between shift work and obesity among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 112:103757. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920302431?via%3Dihub>

CAPÍTULO 17

COVID persistente en personas con Hipertensión Arterial

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde, *estudiantes*; Cecilia Gabriela Arredondo Pérez, Mahatma Sofía Aparicio Lara, Mariana Mendoza Moreno, Daniel Roberto Oviedo Moreno, América Giselle Sánchez Villanueva, Virginia Guadalupe Solís Almaguer

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica y un problema de salud pública a nivel mundial. A nivel mundial más de 100 millones de personas, entre los 30 y 79 años padecen HTA. Las personas con HTA fueron y siguen siendo un grupo vulnerable para contraer la enfermedad del COVID-19. La evidencia muestra que en pacientes con enfermedades crónicas la persistencia de síntomas hasta cuatro semanas luego de la infección COVID-19. El COVID-19 persistente se utiliza para describir los signos y síntomas que continúan o se desarrollan después del COVID-19 agudo. Una revisión sistemática realizada en 2022 reporta la frecuencia de los síntomas persistentes en pacientes después de una infección leve por COVID-19 osciló entre el 10% y el 35%. Los síntomas que persisten se pueden distinguir en síntomas físicos, mentales y sociales. En México, hasta el momento no se han encontrado estudios sobre COVID persistente en personas con hipertensión por lo que el **Objetivo:** describir los síntomas de COVID persistente en personas con HTA. **Metodología:** Diseño de tipo descriptivo transversal. La población de estudio fueron personas con Hipertensión Arterial que tuvieron COVID-19. La muestra fue de 30 personas, muestreo por conveniencia. Se usó una cédula de datos, el Cuestionario del paciente de COVID persistente y la Lista de Síntoma de COVID persistente más comunes. **Resultados:** El 80% fueron del sexo femenino, 70% tenía pareja y el 56.7. % trabajaba. El 80% de los participantes tenían más de 5 años con HTA. Los síntomas de mayor prevalencia que se presentaron alguna vez fueron debilidad y letargo, mientras que ha a menudo padecieron debilidad y letargo aun habiendo descansado y la falta de aliento al realizar actividades cotidianas.

Palabras clave: COVID persistente; hipertensión; morbilidad

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica y un problema de salud pública a nivel mundial. Según los datos de medición sobre la morbilidad de la hipertensión arterial a nivel mundial más de 100 millones de personas, entre los 30 y 79 años en 184 países, presentan esta enfermedad y vivían en países de ingresos bajos y medianos (Organización Panamericana de salud [OPS, 2018]). De acuerdo con las estimaciones cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en todo el mundo de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de

70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable (Organización Mundial de Salud [OMS, 2021]). En México, durante los últimos años, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 30.2% y contribuye al 12.8% de la mortalidad por todas las causas (OPS, 2018). Las personas con hipertensión arterial fueron y siguen siendo un grupo vulnerable para contraer la enfermedad del COVID-19. Debido a la morbilidad y mortalidad asociada con el brote desde 2019 se comenzaron estudios para ver la relación COVID e hipertensión arterial, dado que aparentemente se ha observado que estos pacientes son propensos a desarrollar síntomas persistentes presentando una reducción de la calidad de vida

(Herrezuelo et. al. 2022).

En los pacientes con enfermedades crónicas, se ha reportado la persistencia de síntomas hasta cuatro semanas luego de la infección por COVID-19. El National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2020) publicó una guía donde se diferencian las fases de la enfermedad en fase aguda del día cero hasta las cuatro semanas después del inicio de la clínica; fase de COVID persistente con signos y síntomas de COVID-19 de cuatro a 12 semanas tras el inicio de la clínica; síndrome post-COVID con presencia de signos y síntomas que se desarrollan durante o después de una infección compatible con COVID-19 y que continúan durante más de 12 semanas y no se explican mediante un diagnóstico alternativo. La denominación COVID persistente se utiliza para describir los signos y síntomas que continúan o se desarrollan después del COVID-19 agudo, incluyendo en este término a los dos últimos grupos (Martín -Garido et al. 2020).

La evidencia científica reporta la frecuencia de los síntomas persistentes en pacientes después de una infección leve por COVID-19 osciló entre el 10% y el 35%. Los síntomas que permanecen se pueden distinguir en síntomas físicos, mentales y sociales. La fatiga fue el síntoma descrito con mayor frecuencia. Otros síntomas identificados que ocurren con frecuencia son disnea, tos, dolor en el pecho, dolor de cabeza, disminución del estado mental y cognitivo y disfunción olfativa. Además, se sabe que los síntomas después de una infección leve por COVID-19 pueden tener consecuencias importantes para el trabajo y el funcionamiento diario (van Kessel et al., 2022). En México, existe poca evidencia sobre COVID persistente y nula información en personas con hipertensión por lo que el objetivo del presente estudio fue describir los síntomas de COVID persistente en personas con hipertensión arterial.

Marco de referencia

La Organización Mundial de la Salud en el 2022 definió al COVID persistente como: "La afección post-COVID-19 se produce en individuos con antecedentes de infección probable o confirmada por el SARS-CoV-2, generalmente tres meses después

de la aparición de COVID-19, con síntomas que duran al menos dos meses y que no pueden explicarse por un diagnóstico alternativo. Los síntomas más comunes son la fatiga, la dificultad para respirar y la disfunción cognitiva, pero también se pueden dar otros síntomas que suelen repercutir en el funcionamiento cotidiano del enfermo. Los síntomas pueden ser de nueva aparición, tras la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19, o pueden persistir desde el inicio de la enfermedad. Los síntomas también pueden fluctuar o puede haber recaídas con el tiempo. Para los niños, puede ser aplicable otra definición".

El COVID persistente se ha definido como síntomas, signos o parámetros clínicos anormales que persisten semanas después de no presentar COVID-19. Aunque esta alteración es reportada principalmente en sobrevivientes de enfermedades graves y críticas, los efectos duraderos también ocurren en individuos con una infección leve que no requirieron hospitalización (Cabrera et al. 2021). Un número significativo de personas continúa describiendo síntomas en curso mucho después de la fase aguda de COVID-19, concepto que hoy sigue en constante estudio denominado, COVID persistente y/o prolongado o Long COVID. Así mismo aún no se ha establecido si el sexo, la edad, el origen étnico, las condiciones de salud subyacentes, la dosis viral o la progresión de COVID-19 afectan significativamente el riesgo de desarrollar efectos a largo plazo de COVID-19 (López-León et al., 2021).

Existen los criterios de Revenderán (2021) para el diagnóstico de COVID persistente, ayudan a categorizar como confirmado, probable, posible o dudoso el síndrome de COVID persistente. La mayoría de las personas con COVID persistente no requieren una evaluación exhaustiva. Las investigaciones pueden estar dirigidas por los síntomas. Los criterios propuestos son:

Criterios Especiales. Evidencia de infección previa con COVID-19 en las últimas 2-4 semanas.

Criterios Clínicos Síntomas de COVID Persistente. Presencia de síntomas (nuevos o persistentes) como fatiga, disnea, tos, dolor en las articulaciones, dolor en el pecho, dolores musculares,

dolor de cabeza, etc., que no podrían atribuirse a ninguna otra causa.

Criterios de duración en individuos sintomáticos infectados por COVID-19. Presencia de síntomas por más de dos semanas en enfermedad leve, más de cuatro semanas en enfermedad moderada/grave, más de seis semanas en enfermedad crítica.

Los síntomas persistentes se definieron como aquellos que persisten durante al menos 60 días después del diagnóstico, el inicio de los síntomas o el ingreso hospitalario o al menos 30 días después de la recuperación de una enfermedad aguda o el alta hospitalaria (Nasserie et al. 2021).

Estudios relacionados

Gómez, H.E., (2022). En un estudio descriptivo, con el objetivo de caracterizar a 201 pacientes con COVID persistente. Los resultados encontraron que los pacientes con hipertensión arterial. El 90% fueron mujeres tenían edades entre los 26 y los 89 años, 46 pacientes requirieron ingreso hospitalario. Los principales síntomas fueron cefalea, pérdida o disminución de gusto, dificultades para responder de forma rápida, dificultad para concentrarse, dificultad para recordar acontecimientos en conversaciones recientes, dificultades para leer o para comprender lo que se lee, problemas para realizar varias tareas simultáneamente dificultades para recordar acontecimientos del pasado.

Ayoubkhani D., (2021). Realizo un estudio para valorar la prevalencia de COVID persistente y la duración de los síntomas después de la infección confirmada por coronavirus en personas en diferentes grupos de edad en el Reino Unido. La prevalencia de síntomas a las 12 semanas después de la infección fue mayor para las participantes femeninas (14.7%) que para los participantes masculinos (12.7%) y fue más alta entre las personas de 25 a 34 años (18.2%). La tasa de prevalencia de COVID persistente fue mayor entre las personas de 35 a 49 años o de 50 a 69 años (2.5% y 2.4% respectivamente). La prevalencia fue mayor en las mujeres (1.9%) que en los hombres (1.5%) con estado civil de casados.

Jacobson et al. (2021). En un estudio descriptivo en 118 pacientes con síntomas persistentes y deterioro funcional de tres a cuatro meses después del diagnóstico de COVID. El 53.4% eran hombres. Los síntomas más prevalentes fueron fatiga (85.6%), tos (74.6%), pérdida del gusto/olfato (74.6%) y fiebre/escalofríos (62.7%).

Logue et al., (2021). En un estudio descriptivo, con el objetivo de conocer las secuelas en 234 pacientes ambulatorios después de tener COVID-19. La edad media fue de 48 años El 6.2 % eran asintomáticos, 84.7 % pacientes ambulatorios con enfermedad leve y 9 % con enfermedad moderada o grave que requería hospitalización. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más común (23%). El 26.6 % informaron síntomas de COVID persistente. De 31 pacientes con hipertensión el 35.5% experimentaron síntomas continuos. Los síntomas persistentes más comunes fueron fatiga y pérdida del sentido del olfato o del gusto, 13 % otros síntomas como problemas mentales.

Michelen et al. (2021). En una revisión sistemática, con el objetivo de sintetizar la evidencia sobre las características de COVID persistente. Se incluyeron un total de 39 estudios: 32 de cohorte, 6 transversales y 1 de casos y controles. Los estudios informaron sobre 10 951 personas (48% mujeres) en 12 países. La mayoría incluía a personas hospitalizadas previamente (78 %). Se notificaron más de 60 signos y síntomas físicos y psicológicos, con mayor frecuencia fueron: debilidad (41%; IC del 95%: 25% a 59%), malestar general (33%; IC del 95%: 15% a 57%), fatiga (31%; IC del 95%: 24% a 39%), deterioro de la concentración (26%; IC del 95%: 21% a 32%) y disnea (25%; IC del 95%: 18% a 34%). El 37% (IC del 95%: 18% a 60%) de los pacientes informaron una calidad de vida reducida; El 26% (10/39) de los estudios presentaron evidencia de reducción de la función pulmonar.

Petersen et al. (2020). Desarrollaron un estudio para reconocer los síntomas COVID-persistente en pacientes de Islas Feroe, Dinamarca. De 187 participantes que padecieron de COVID-19 el 53.1% reportaron haber tenido como mínimo un síntoma en un lapso de cuatro meses otro 33 % refirió

tener de uno a dos síntomas y el 20.1 % informó de tres o más síntomas. El 46,9% fueron asintomáticos.

Suárez-Robles et al. (2020) en un estudio descriptivo, en 134 pacientes dados de alta por COVID que hayan identificado los principales síntomas después de 90 días del alta. Las edades oscilaban entre 58 años y 18 años de los cuales 62 eran hombres (46.3%) y 72 mujeres (53.7%). El 54.5% presentaron astenia, 40.3% presentaron disnea y 50 37.3% presentaron pérdida de peso. Con relación a los síntomas psicológicos evaluados con la escala GAD-7, se observó que el 43.3% de los pacientes presentaron ansiedad. En general, 89 de 134 pacientes (66.4%) eran pacientes deambulatorios y 66 (49.3%) pacientes se realizaba análisis de control. Durante un seguimiento clínico de los pacientes, se observó que 7 (5.2%) pacientes fueron reingresados, 5 (3.7%) pacientes por infección respiratoria por bacterias y 2 (1.5%) pacientes por trombo embolismos y EPOC.

Objetivo general

Conocer los síntomas de COVID persistente en personas con Hipertensión Arterial.

Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas y clínicas de las personas con hipertensión y COVID persistente.

Conocer la frecuencia de síntomas de COVID persistente en personas con hipertensión.

Conocer el tiempo cuándo iniciaron los síntomas de COVID persistente en personas con hipertensión.

METODOLOGÍA

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo transversal, dado que solo se describirán los síntomas de COVID persistente en personas con hipertensión arterial. La población de estudio fueron personas mayores de edad con diagnóstico de hipertensión arterial y hubieran padecido COVID-19 del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. La muestra fue de 30 participantes. El muestreo fue no

probabilístico por conveniencia.

Mediciones de lápiz y papel

Para la recolección de datos se diseñó una cédula de datos personales dividida en I) datos socio demográficos: folio, edad en años, sexo, escolaridad en años, ocupación y II) años de diagnóstico de la hipertensión arterial, número de veces que ha tenido COVID, última fecha de diagnóstico positivo Covid-19, si fue internado en hospital, tiempo y complicaciones presentadas y si cuenta con la vacuna anti-COVID y cuántas dosis. Se usó el Cuestionario del paciente de COVID persistente de MESI de Simplifying Diagnostics, que consta de 15 preguntas con una escala de respuesta de tipo Likert que va desde Nunca a muy frecuentemente. También se usó la

lista de síntomas de COVID persistente más comunes con 20 síntomas con opción de respuesta: presentados durante el COVID-19, después de 30 días y seis meses después de haber tenido COVID-19, actualmente y no presentar ningún síntoma. La cual fue construida con las recomendaciones internacionales para su valoración y diagnóstico (Carifi et al., 2021, Nasserie, 2021). Los síntomas persistentes se definieron como aquellos que persisten durante al menos 60 días después del diagnóstico, el inicio de los síntomas o el ingreso hospitalario o al menos 30 días después de la recuperación de una enfermedad aguda o el alta hospitalaria. Se registró el porcentaje de individuos que experimentaron cada síntoma en el momento del seguimiento especificado en los estudios. Si los resultados se midieron más de una vez durante el período de seguimiento, se informó el porcentaje de individuos en el último período de seguimiento.

Procedimiento de recolección de datos

El estudio cuenta con la aprobación de la Comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Primero se localizaron a las personas con diagnóstico de hipertensión arterial y que hubieran tenido COVID-19. Se les informó sobre el propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad y privacidad del estudio. A los que aceptaron participar

se le proporciono un código para acceder a la plataforma Google Forms a través del WhatsApp, donde primero apareció el consentimiento informado por escrito para que lo firmaran electrónicamente, dejando como evidencia que acepta participar; Posteriormente se les dieron las indicaciones para continuar contestando el Cuestionario del paciente de COVID persistente y la Lista de síntomas de COVID persistente más comunes con 20 síntomas con opción de respuesta. Se les menciona que en caso de haber alguna duda se podrían contactar para aclararlas. Al concluir la recolección se agradeció a cada participante por su tiempo y colaboración en el estudio.

Consideraciones éticas

La presente investigación se llevó a cabo bajo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987). En atención al Título Segundo Capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2014). La cual tiene antecedentes específicos en los cuales establecen la garantía de derecho a la protección de la salud en el entendimiento que la investigación en salud sea importante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud individual y colectiva. Además, que el estudio cuenta con la aprobación de la Comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico *Statistical Package*

for Social Science (SPSS) versión 22 para Windows. Se determinó la consistencia interna del instrumento por medio del Alfa de Cronbach. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva; frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Con relación a las características sociodemográficas de los participantes de los 30 pacientes estudiados, el 80% de los participantes fueron del sexo femenino, con un promedio de edad de 30 años, el 70% tenía pareja, el 80% tenía por lo menos estudios de educación básica y el 43% trabajaba.

Dentro de las características clínicas de los participantes se destaca que el 80% tenía de uno a 10 años con hipertensión arterial, el 80% refirió tener tratamiento para la enfermedad. El 97% se vacunó contra COVID-19 y el 70% recibió más de una dosis. El 33% tuvo COVID-19 más de una vez.

Con relación a los síntomas y tiempo en presentar el COVID persistente las personas con HTA sobresalen a los 30 días post COVID-19, la disnea (43.3%), rinitis y vértigo (26.7%) y dolor de pecho y anosmia (23.3%). A los seis meses depresión y anosmia (16.7%) y el 13.3% fatiga. Los síntomas que refirió al momento de la encuesta entre un año y año y medio de haber padecido COVID-19 prevaleció en el 20% la fatiga y la ansiedad. En el 16.7% el dolor de cabeza.

Tabla 1

Síntomas de COVID persistentes en personas con HTA

| Variable | Síntomas presentados durante COVID-19 | | Síntomas presentados después de 30 de presentar la COVID-19 | | Síntomas persistentes a los 6 meses posteriores de presentar la COVID-19 | | Síntomas actuales | | No se presento | |
|--|---------------------------------------|------|---|-------------|--|-------------|-------------------|-------------|----------------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Síntomas Persistentes | | | | | | | | | | |
| 1. Dolor de cabeza | 17 | 56.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 16.7 | 8 | 26.7 |
| 2. Disnea | 0 | 0 | 13 | 43.3 | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 | 14 | 46.7 |
| 3. Fatiga | 7 | 23.3 | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 | 6 | 20 | 9 | 30 |
| 4. Tos | 9 | 30 | 4 | 13.3 | 1 | 3.3 | 4 | 13.3 | 12 | 40 |
| 5. Dolor de articulaciones | 8 | 26.7 | 6 | 20 | 3 | 10 | 1 | 3.3 | 12 | 40 |
| 6. Dolor en el pecho | 7 | 23.3 | 7 | 23.3 | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | 14 | 46.7 |
| 7. Mialgia (Dolor muscular) | 9 | 30 | 4 | 13.3 | 0 | 0.0 | 4 | 13.3 | 13 | 43.3 |
| 8. Depresión | 0 | 0 | 3 | 10 | 5 | 16.7 | 5 | 16.7 | 7 | 56.7 |
| 9. Ansiedad | 0 | 0 | 3 | 10 | 3 | 10 | 6 | 20 | 18 | 60 |
| 10. Anosmia (Pérdida del olfato) | 0 | 0 | 7 | 23.3 | 5 | 16.7 | 3 | 10 | 15 | 50 |
| 11. Rinitis | 0 | 0 | 8 | 26.7 | 1 | 3.3 | 4 | 13.3 | 17 | 56.7 |
| 12. Ojos rojos | 4 | 13.3 | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | 22 | 73.3 |
| 13. Disgeusia (alteración del sentido del gusto) | 5 | 16.7 | 5 | 16.7 | 3 | 10 | 0 | 0.0 | 17 | 56.7 |
| 14. Espujo | 4 | 13.3 | 5 | 16.7 | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | 19 | 63.3 |
| 15. Pérdida de apetito | 6 | 20 | 7 | 23.3 | 2 | 6.7 | 1 | 3.3 | 14 | 46.7 |
| 16. Dolor de garganta | 9 | 30 | 3 | 10 | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 | 14 | 46.7 |
| 17. Vértigo | 2 | 6.7 | 8 | 26.7 | 2 | 6.7 | 3 | 10 | 15 | 50 |
| 18. Diarrea | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 | 0 | 0 | 3 | 10 | 19 | 63.3 |
| 19. Olvido | 3 | 10 | 5 | 16.7 | 0 | 0 | 4 | 13.3 | 18 | 60 |
| 20. Problemas dermatológicos | 6 | 20 | 3 | 10 | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 | 19 | 63.3 |
| 21. Otros síntomas | 23 | 76.7 | 7 | 20.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nota: Listado de síntomas persistentes COVID, n=30

DISCUSIÓN

En el presente estudio se describen los síntomas que presentan las personas con HTA y con COVID persistente. El estudio se realizó en una

muestra de 30 personas adultas en un rango de edad de 18 en adelante, residentes del área de Monterrey. En el perfil sociodemográfico de los participantes se observa que el 80% de los pacientes son de sexo

femenino; la media de edad es de 30 años. La mayoría tienen educación básica, esto difiere con el estudio realizado por Gómez, H.E, (2022), ya que en este encontró resultados de pacientes con hipertensión arterial donde el 83% son población mayor a los 36 años y predomina el sexo femenino con un 80% de población. Otra diferencia es que en comparación a su investigación nuestros síntomas más frecuentes son la debilidad y el letargo.

Por otro lado, el estudio de Ayoubkhani D., (2021), coincide con la edad de los participantes, incorporando población de 36 años entre su población; además de tener entre la mayoría a mujeres. La única diferencia notable entre ambos estudios es que en el estudio de Ayoubkhani la mayoría de la población era soltera y en la investigación el 70% de la población refirió tener

pareja. Otro dato observable es que en el Reino Unido hubo mayor existencia de fatiga, tos (10.9%), dolor de cabeza (1001%) y mialgias (7.7%) entre los pacientes durante las primeras 5 semanas después del diagnóstico de COVID. Esto difiere con el estudio y las investigaciones revisadas donde se encontró que la mayoría de los participantes fueron hombres (Jacobson et al., 2021).

CONCLUSION

Las personas con Hipertensión y que tuvieron COVID-19 han presentado COVID persistente desde los 30 días hasta casi un año y medio de haber tenido la infección.

Los síntomas de COVID persistente que más han presentado son: la disnea, vértigo, dolor de pecho, anosmia, depresión, dolor de cabeza y fatiga.

REFERENCIAS

- Baricich, A., Borg, M. B., Cuneo, D., Cadario, E., Azzolina, D., Balbo, P. E., Bellan, M., Zeppego, P., Pirisi, M., Cisari, C., & No-more Covid Group (2021). Midterm functional sequelae and implications in rehabilitation after COVID-19: a cross-sectional study. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 57(2), 199–207. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06699-5>
- Cabrera Martimbianco, A. L., Pacheco, R. L., Bagattini, Â. M., & Riera, R. (2021). Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *International journal of clinical practice*, 75(10), e14357. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14357>
- Carfi, Angelo, Roberto Bernabei, and Francesco Landi. "Persistent symptoms in patients after acute COVID-19." *Jama* 324.6 (2020): 603-605. Cercas Lobo, S., Deniel Rosanas, J., COVID-19 persistente y síndrome de sensibilidad central, *Atención Primaria Práctica*, Volume 3, Issue 3, 2021, 100095, ISSN 2605-0730, <https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100095>.
- Gobierno de México (18 de septiembre de 2022). COVID-19- Coronavirus. <https://coronavirus.gob.mx/covid-19/>González Blanco, L. (2022). La memoria de trabajo en pacientes con COVID persistente: estudio empírico. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/63929>
- Logue, J. K., Franko, N. M., McCulloch, D. J., McDonald, D., Magedson, A., Wolf, C. R., & Chu, H. Y. (2021). Sequelae in Adults at 6 Months After COVID-19 Infection. *JAMA network open*, 4(2), e210830. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0830>
- Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A. & Villapol, S. (2021, 9 agosto). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>
- Martín-Garrido, I., Medrano Ortega, F. & Bianchi-Llave, J. (2020, 30 diciembre). Prolonged COVID-19 syndrome: a

- new challenge for Internal Medicine. *ACTUALIDAD MEDICA*, 105(105(811)), 253-255. <https://doi.org/10.15568/am.2020.811.ami01>
- Michelen, M., Manoharan, L., Elkheir, N., Cheng, V., Dagens, A., Hastie, C., O'Hara, M., Suett, J., Dahmash, D., Bugaeva, P., Rigby, I., Munblit, D., Harriss, E., Burls, A., Foote, C., Scott, J., Carson, G., Olliaro, P., Sigfrid, L. & Stavropoulou, C. (2021, septiembre). Characterising long COVID: a living systematic review. *BMJ Global Health*, 6(9), e005427. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005427>
- Nasserie, T., Hittle, M., & Goodman, S. N. (2021). Assessment of the frequency and variety of persistent symptoms among patients with COVID-19: a systematic review. *JAMA network open*, 4(5), e2111417-e2111417.
- Office for National Statistics. (4 de octubre de 2022). Prevalencia de síntomas continuos después de la infección por coronavirus (COVID-19) en el Reino Unido. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/1april2021>
- Petersen, M. S., Kristiansen, M. F., Hanusson, K. D., Danielsen, M. E., á Steig, B., Gaini, S., Strøm, M. & Weihe, P. (2020, 30 November). Long COVID in the Faroe Islands: A Longitudinal Study Among Nonhospitalized Patients. *Clinical Infectious Diseases*, 73(11), e4058-e4063. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1792>
- Rao, M., Bonilla, H., Subramanian, A., Hack, I., Madrigal, M., Singh, U., Jagannathan, P. & Grant, P. (2021, 6 febrero). Patients With Uncomplicated Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Have Long-Term Persistent Symptoms and Functional Impairment Similar to Patients with Severe COVID-19: A Cautionary Tale During a Global Pandemic. *Clinical Infectious Diseases*, 73(3), e826-e829. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab103>
- Raveendran, A. (2021, enero). Long COVID-19: Challenges in the diagnosis and proposed diagnostic criteria. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(1), 145-146. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.12.025>
- Rodriguez Ledo, P., 2021. "Guía clínica para la atención al paciente long covid/covid persistente", Sociedad Española de Reumatología. Spain. Retrieved from <https://policycommons.net/artifacts/1692997/guia-clinica-para-la-atencion-al-paciente-long-covidcovid-persistente/2424645/> on 04 Oct 2022. CID: 20.500.12592/3nq51f.
- Rojas, N., Castillo, F., & Cisnero, Y. (2022). Síndrome pos-COVID en pacientes con enfermedad por coronavirus. *Revista Cubana de Medicina*, 61(1). Recuperado de <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2683>
- van Kessel, S. A. M., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P. L. B. J. & van Jaarsveld, C. H. M. (2021, 16 julio). Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. *Family Practice*, 39(1), 159-167. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab076>
- Zhang, J., Xu, J., Zhou, S., Wang, C., Wang, X., Zhang, W., Ning, K., Pan, Y., Liu, T., Zhao, J., & Dong, L. (2021). The characteristics of 527 discharged COVID-19 patients undergoing long-term follow-up in China. *International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases*, 104, 685–692. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.064>

CAPÍTULO 18

NIVEL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LOS FUTUROS PADRES ADOLESCENTES DURANTE EL EMBARAZO

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez, *estudiantes*; Mairely Sarahi Castillo Gonzáles, Arely Abigail Figueroa Martínez, Amanda Patricia Grimaldo Reyes, Grecia Susete Guzmán Rodríguez, Grecia Hernández Cervantes, Alexa Paulina Rodríguez Alcalá & Alexa Damaris Rodríguez Rivera.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

México ocupa el primer lugar a nivel mundial en embarazos en adolescentes. El desarrollo de la inteligencia emocional en los adolescentes es de suma importancia ya que puede darle un nuevo sentido a su vida y hacer más llevadera las relaciones dentro de los ámbitos sociales donde él se desarrolla. Dentro de la sociedad es importante reconocer el papel fundamental que juega la inteligencia emocional en la vida de los futuros padres adolescentes, dado que la maternidad representa grandes cambios en todos los aspectos de su vida, tanto personal, físico, psicológico, económico, familiar, social, entre otros. El presente trabajo está basado en el Modelo de las competencias emocionales. **Objetivo:** Identificar el nivel de inteligencia emocional en los futuros padres adolescentes durante su embarazo. **Metodología:** Diseño descriptivo transversal. La población fueron los futuros padres adolescentes entre 10 y 19 años. En la muestra participaron 72 adolescentes hombres y/o mujeres; y para el muestreo se utilizó la estrategia de bola de nieve. Se utilizó una cédula de datos y el instrumento Trait-Meta Mood Scale, los cuales se llevaron a cabo de forma virtual. El presente estudio fue apegado al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** En el apartado de Sentimientos el 72.3% (52) prestan una adecuada atención a sus sentimientos. En el apartado de Claridad, el 68.2% (49) prestan una adecuada atención a la claridad de sus emociones, saben con certeza el porqué de ellas. En el último apartado Reparación de las emociones, el 52.9% (38) deben mejorar en la reparación de estas. **Conclusión:** Más de la mitad de los participantes muestra un nivel de inteligencia emocional intermedio y adecuado en las 3 dimensiones.

Palabras Clave: Embarazos, Adolescentes, Inteligencia emocional.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) describe la adolescencia como la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, es decir, desde los 10 hasta los 19 años, la cual representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud, y en la que los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognitivo y

psicosocial. La “Adolescencia inicial” abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y que se caracteriza por los cambios puberales; “Adolescencia media” comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza por los conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo, también en esta etapa pueden iniciar las conductas de riesgo; y por último, la “Adolescencia tardía” que abarca desde los 18 hasta los 21 años, se caracteriza por la

reaceptación de los valores paternos, la asunción de las tareas y responsabilidades propias de la madurez. (Güemes-Hidalgo, Hidalgo & Ceñal, 2017).

En América Latina y el Caribe tienen un total de 52,365,020 adolescentes de 10-14 años y 53,547,187 de 15-19 años; en el mismo año, en México, hay un total de 11,140,870 adolescentes de 10-14 años y 11,209,593 de 15-19 años (PopulationPyramid.net, 2020). De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), en el Estado de Nuevo León hay un total de 462 mil adolescentes de 10-14 años y de 15-19 años son 472 mil adolescentes.

Durante la adolescencia, es frecuente que se inicie la vida y las conductas sexuales de riesgo. Uno de los factores predisponentes del embarazo en adolescentes es el inicio precoz de las relaciones sexuales. El embarazo adolescente es un problema de salud que pone en riesgo tanto al niño como a la madre. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) menciona que el embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública debido a las repercusiones biopsicosociales que tienen en la salud a la madre e hijo(a). Se estima que la tasa mundial de embarazos adolescentes es de 46 nacimientos por cada 1,000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años.

México ocupa el primer lugar a nivel mundial en embarazos en adolescentes entre las naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. La Secretaría de Salud de Nuevo León reveló que un 34% de los 100 mil embarazos que se registran anualmente en el estado corresponden a adolescentes entre 10 y 19 años (UNAM DGCS, 2021).

Los conflictos familiares tienden a favorecer la aparición de un embarazo en las adolescentes. Se plantea que el ambiente familiar inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales. La familia

está sujeta a la influencia de factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determina un riesgo importante para su descendencia. La comunidad no está ausente a este conflicto, de alguna manera resulta comprometida en el desenlace de este dramático acontecer (Hevial, Daisy, & Perea, Leisy, 2020).

Todo lo que implica el embarazo adolescente, podría ocasionar cierto desequilibrio en la inteligencia emocional no solo de la madre, sino también del padre. Un claro ejemplo es que podrían presentar frustración, desesperanza en la mayoría de los adolescentes, quienes pueden desarrollar en un futuro algunos síntomas de estrés, depresión y ansiedad, debido a que se encuentra en un nuevo proceso de adaptación a la adultez, y más porque no pudieron terminar su etapa de adolescencia. Ruiz y Carranza (2018) refieren que el estrés, depresión y ansiedad son más frecuentes y la gestión efectiva de los mismos se va haciendo cada vez más necesaria por el problema de salud pública y la influencia que tiene la sociedad ante un embarazo adolescente, y que estudios realizados durante las dos últimas décadas han proporcionado pruebas continuas y crecientes de que las emociones maternas son negativas durante el embarazo, resultando un problema para el bebé.

La maternidad en la adolescencia podría cambiar en la falta de oportunidades para cumplir el desarrollo correcto en cuanto a su ámbito social y a la comunidad en que vive, provocando el abandono en la escuela para cuidar a su bebé y en ocasiones hacerse cargo de las labores del hogar, por lo cual su vida social cambia drásticamente, provocando problemas en su estado de ánimo. La otra parte implicada (padre) también genera interés en el tema, puesto que es un papel exigente en los roles, ya que se promueve que el padre es el proveedor de la familia, pero es común que no acepte dicha responsabilidad. Por diversas evoluciones ideológicas que ponen en duda el modelo de familia

tradicional han causado que la paternidad adolescente sea un objeto de estudio de interés, puesto que había estudios escasos acerca de este asunto que toman a los jóvenes como protagonistas de esta situación, ya que están involucrados en el proceso de aprendizaje de esta etapa (Balam, 2018).

Goleman (2018) define la inteligencia emocional como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las emociones. Es decir, que la inteligencia emocional es un conjunto de habilidades que una persona viene adquiriendo desde que nace o va aprendiendo durante su vida, en donde destaca la empatía, la motivación de uno mismo, el autocontrol, el entusiasmo y el manejo de emociones.

El desarrollo de la inteligencia emocional en los adolescentes es de suma importancia ya que puede darle un nuevo sentido a su vida y hacer más llevadera las relaciones dentro de los ámbitos sociales donde él se desarrolla. La necesidad de pertenencia se plantea como una necesidad humana universal y toma particular importancia durante la adolescencia (Calero, Barreyro, Formoso & Injoque-Ricle, 2018). Es importante este aspecto ya que les da seguridad a los jóvenes para afrontar los retos que van llegando a su vida. En relación con el embarazo adolescente, este se considera una consecuencia de la falta de inteligencia emocional, ya que aún están en proceso de desarrollo y no han alcanzado un grado de madurez que les permita identificar las situaciones que podrían ponerlo en riesgo, dejando todos los peligros a su alcance y sea aún más difícil intervenir ante tales consecuencias.

Dentro de la sociedad es importante reconocer el papel fundamental que juega la inteligencia emocional en la vida de los futuros padres adolescentes, dado que la maternidad representa grandes cambios en todos los aspectos de su vida, tanto personal, físico, psicológico, económico, familiar, social, entre otros. Y se espera que estén preparados para afrontar de manera positivas, dichos cambios.

Para la profesión de Enfermería, la inteligencia emocional de los futuros padres

adolescentes es un tema de salud de gran relevancia en el cual se debe orientar de manera educacional, implementando intervenciones que principalmente ayuden a la pareja sobre las decisiones para el cuidado del embarazo.

Lo que se busca en esta investigación es saber cómo va evolucionando la inteligencia emocional del adolescente en la aparición de este nuevo reto que le afecta en todos los aspectos de su vida y para su futuro. El embarazo adolescente es un periodo en el cual se empieza a manifestar un desequilibrio en el desarrollo de la inteligencia emocional, esto puede ser generado cuando los sentimientos no están bien gestionados, ocasionando complicaciones en el pensamiento. Dado lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de inteligencia emocional en los futuros padres adolescentes durante su embarazo?

Marco conceptual

El presente trabajo está basado en el Modelo de las competencias emocionales, (Goleman, 1995), en donde se define a la Inteligencia emocional como la capacidad para reconocer y manejar los propios sentimientos, motivarse y monitorear las relaciones. Según este autor, las personas con un adecuado nivel de inteligencia emocional se definen por poseer unas determinadas características que confluyen en el siguiente perfil:

Capacidad de automotivación: son personas cuya conducta no depende de la motivación extrínseca (los premios o halagos que nos dan los otros), sino de la motivación intrínseca (del deseo de hacer una tarea o conseguir algo por sí mismo). Saben posponer las recompensas: son personas que saben llevar a cabo un esfuerzo a pesar de que los resultados que buscan tras el mismo aparezcan más tarde o a veces sean inciertos (por ejemplo, estudiar una carrera, presentar proyectos, preparar una oposición, plantar un jardín, etcétera).

Controlan sus impulsos: no son víctimas de sus impulsos y decisiones tomadas en un momento puntual. Son reflexivos y saben valorar adecuadamente las diferentes alternativas. Toleran la frustración: no se rinden ni irritan fácilmente cuando no se ven cumplidos sus objetivos. Controlan sus

estados emocionales: sienten emociones como todos, pero saben regularlas para que no les causen problemas (por ejemplo, cuando se enfadan saben dejar de estar enfadados en lugar de enfrentar conflictos). Presentan adecuadas habilidades sociales: adoptan un estilo de comunicación asertivo en su relación con los demás y son personas empáticas. Por otra parte, es relevante resaltar que la inteligencia emocional en el embarazo es aquella que ayuda a lograr identificar las emociones para poder controlarlas, ya que esta tarea puede ser de mucha utilidad, en esta etapa de la vida del adolescente, dado que los cambios hormonales hacen que se tenga que vivir con emociones (Rodríguez, 2019). Esta inteligencia emocional permite asociar aspectos emocionales en donde podemos ver los cambios en las hormonas, también en los sentimientos, en el crecimiento de la barriga de la embarazada, pánico cuando están a punto de tener al bebé y la preocupación de que si todo va a salir bien.

Estudios relacionados

Calero, Barreyro, Injoque-Ricle y Formoso, (2018) tuvieron como objetivo analizar la relación entre la inteligencia emocional y la necesidad de pertenencia, estudiando posibles diferencias entre los sexos. Participaron 399 adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Los resultados indicaron que el factor de inteligencia emocional y atención a las emociones mostró estar relacionado con la necesidad de pertenencia, en la muestra general. Esta asociación se replica solo en el caso de los varones quizás porque los niveles de atención son, en general, mayores en las mujeres. En el caso de las mujeres se encontró una asociación positiva entre recuperación y miedo al rechazo. Los resultados parecen mostrar una mayor necesidad de pertenencia en varones y un mayor miedo al rechazo en mujeres.

Orvitz (2021) analizó la relación entre las emociones maternas antes, durante y después del embarazo, y el impacto que estas pueden tener en el desarrollo fetal. Se ha realizado una revisión sistemática de documentos de organismos internacionales y nacionales relacionados con la ginecología y obstetricia, así como otros relacionados

con la salud mental perinatal. Cuidar el estado emocional y social durante el embarazo, es vital para la salud mental y bienestar de la siguiente generación. Son varios los estudios que han mostrado que, los niños de las mujeres que presentan altos niveles de ansiedad relacionados con el proceso de gestación, que están preocupadas por ellas mismas o como saldrán sus bebés, están en riesgo especial de desarrollar resultados alterados.

Ruiz y Carranza (2018) analizan la relación entre la inteligencia emocional (IE) y el clima familiar (CF). Se hizo un estudio transversal-correlacional en el que participaron 127 adolescentes de Lima, Perú, donde se obtuvo información de su edad, género y estructura familiar. Como resultado, se encontraron diferencias de género en empatía ($t = 3.445$; $p < .01$) y habilidades sociales ($t = 2.711$; $p < .01$) donde las mujeres presentaron puntuaciones más altas que los hombres, pero no en la puntuación total de la IE. También, se encontraron diferencias significativas en la autorregulación ($t = 2.319$; $p < .05$) y automotivación ($t = 2.713$; $p < .01$) de los adolescentes de familias nucleares y monoparentales; y se observó una correlación directa entre el CF y la IE ($r = .632$; $p < .01$).

Salazar y Mejía (2022), tienen como objetivo establecer la relación entre la inteligencia emocional y los patrones de toma de decisiones en adolescentes. La investigación es cuantitativa, de alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 93 estudiantes de una institución educativa de la ciudad de Ambato-Ecuador. Dentro de los principales hallazgos se encontró una correlación positiva entre la inteligencia emocional y la toma de decisiones; asimismo, la mayoría de la población presentó niveles promedios y adecuados de inteligencia emocional y toma de decisiones respectivamente.

Millán, Orgambidez, Domínguez y Martínez (2021) tuvieron como objetivo analizar la asociación entre las dimensiones de la inteligencia emocional (atención, claridad y reparación) y diferentes niveles de felicidad precavida (baja, media y alta) en adolescentes. La muestra estuvo formada por 646

alumnos de primero, segundo, tercero y cuarto de Educación Secundaria, 47.5% mujeres y 52.5% hombres, entre 12 y 17 años. Los instrumentos utilizados fueron la versión española del Trait Meta Mood Scale-24 Question para medir la inteligencia emocional percibida y el Oxford Happiness Questionnaire. Los resultados sugieren que a medida que aumenta la capacidad de comprensión y regulación de la inteligencia emocional, también aumenta la felicidad.

Carballido, Sigüenza, Pérez y Fonseca (2019) plantearon el objetivo de implementar y evaluar un programa de inteligencia emocional en adolescentes. En el cual se utilizó un grupo experimental ($n=60$) proveniente de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) ubicada España; y un grupo de comparación ($n=44$), que fueron evaluados en dos momentos temporales. Los resultados mostraron que, tras un periodo de tres meses de intervención, el grupo experimental no difirió entre el pretest y el postest de forma significativa en las puntuaciones medias de inteligencia emocional percibida, empatía, salud mental o autoestima.

Ureña (2021) planteó como objetivo analizar la relación entre los estereotipos de género y las manifestaciones de la inteligencia emocional que presentan los estudiantes del nivel de Enseñanza Básica de la institución educativa de la ciudad de Cuenca. Donde utilizó un diseño no experimental, descriptivo correlacional. Se realizó un muestreo no probabilístico con 109 estudiantes. Como resultado, la IE alcanzó valores medios de desarrollo a expensas de la atención emocional, reparación y claridad; las mujeres expresaron las mayores puntuaciones de la IE, además que la atención y reparación emocional se asocian a los estereotipos tradicionales de roles de hombres y mujeres.

Bárceñas-Hernández, Martínez-Hernández, Vega-Argote y Mejía-Benavides (2019) tuvieron como objetivo conocer cuáles son los factores que influyen en la deserción escolar de madres adolescentes en una comunidad indígena. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, se estudió una muestra de 16 madres adolescentes de entre 15 y 20 años. Sus resultados muestran que la causa principal

fue la falta de recursos económicos, seguido por la pérdida de interés por los estudios y el cuidar a su hijo.

Balam, Valdés, Ramírez y Padilla (2018), describieron los indicadores cognitivos y conductuales del constructo en cuestión, con la intención de establecer un acercamiento en la población joven para la construcción de algún instrumento que mida las actitudes hacia las paternidades disidentes, en término de mayor consciencia de su rol, demostración de afecto en público, cuidados democráticos, emocionales y equitativos, así como crianza comprometida y emocionalmente satisfactoria para el hombre, y por consiguiente a la mujer. La muestra fué no probabilística y propositiva, estuvo conformada por 100 participantes (50 hombres y 50 mujeres), con un rango de edad de entre 14 y 21 años ($M=16.96$), estudiantes de nivel bachillerato (69%) y licenciatura (31%) de la zona oriente de la Ciudad de México. Los datos del tamaño de la red fueron similares tanto en hombres como en mujeres con 100 palabras definidoras del concepto, con un índice de consenso grupal de 60%.

Síntesis de los Estudios Relacionados. La inteligencia emocional en estos estudios es muy importante, ya que buscan analizar una relación entre la inteligencia emocional y la necesidad de pertenencia, las emociones de las madres antes y durante el embarazo, además del impacto que este tiene en el desarrollo fetal, en el ámbito familiar, en la toma de decisiones de los futuros padres adolescentes, los diferentes niveles de felicidad precavida, los factores que van a influir en su vida, ya sea en la toma de decisiones, y las actitudes de la paternidad disidentes, ya sea en la crianza comprometida y emocionalmente satisfactoria de los padres.

Definición de términos

Inteligencia Emocional: Se define como la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las emociones (Goleman,

2018).

Objetivos

General. Identificar el nivel de inteligencia emocional en los futuros padres adolescentes durante su embarazo.

Específico. Identificar los datos sociodemográficos de los futuros padres adolescentes.

METODOLOGÍA

A continuación, se presenta el diseño de estudio, además de la población, muestra y muestreo, también los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, así como los instrumentos de medición, incluyendo el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y las estrategias de análisis.

Diseño de estudio

Se empleó un estudio descriptivo transversal. Descriptivo porque se buscó especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que analizado, y transversal porque se realizó la recolección de datos en un solo momento (Hernández-Sampieri, 2017).

Población, Muestra y Muestreo

La población fueron los futuros padres adolescentes entre 10 y 19 años. En la muestra participaron 72 adolescentes hombres y/o mujeres; y para el muestreo se utilizó la estrategia de “bola de nieve” donde se identificaron participantes clave y se añadieron a la muestra, se les preguntó si conocían a otras personas que cumplieran con los criterios de inclusión y una vez contactados, se incluyeron al estudio.

Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

En los criterios de inclusión participaron mujeres adolescentes que tuvieran entre 10 y 19 años que se encontraban embarazadas, así como hombres adolescentes que estuvieran en el proceso del embarazo junto a su pareja al momento de la

encuesta. Los criterios de exclusión fueron los participantes que no contaron con un dispositivo electrónico e internet para que les fuera posible responder al instrumento. Y los criterios de eliminación fueron los participantes hombres y/o mujeres que contestaron menos del 80% del instrumento.

Instrumento de medición

Se utilizó una cédula de datos y el instrumento Trait-Meta Mood Scale, los cuales se llevaron a cabo de forma virtual. La cédula de datos fue elaborada por los autores del presente estudio, que constaba de 5 ítems de opción múltiple.

Se utilizó el instrumento Trait-Meta Mood Scale, realizado por Calero (2018). Es una escala de autoinforme que busca evaluar la inteligencia emocional percibida a través de 21 ítems que indagaron en la autopercepción en relación con la capacidad de manejar las emociones; siete ítems se refieren a la atención de las emociones (un ejemplo de pregunta es: “Estoy muy atento/a mis sentimientos”), siete ítems se refieren a la claridad emocional (un ejemplo de pregunta es: “Usualmente sé cuáles son mis sentimientos acerca de una cuestión o situación”) y siete ítems se refieren a la reparación de las emociones (un ejemplo de pregunta es: “No importa lo mal que me sienta, trato de pensar en cosas agradables”).

A la adolescente se le pidió y este evaluó el grado en el que estuvo de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 1=Totalmente en desacuerdo, hasta 5=Totalmente de acuerdo). La interpretación del instrumento se realizó haciendo una sumatoria en cada uno de los apartados, con un puntaje mínimo de 21 y máximo de 105 puntos; en donde, entre más puntaje es mayor el nivel de inteligencia de los futuros padres adolescentes.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó autorización al comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se capacitó a siete estudiantes de licenciatura en enfermería para

la recolección de datos a través del método de bola de nieve a los participantes, y posteriormente localizarlos a través de redes sociales (WhatsApp, Facebook e Instagram).

Una vez contactados los participantes se les comentó el objetivo del estudio y se les proporcionó el consentimiento informado si el participante era mayor de edad (Apéndice E); en caso de que fuera menor de edad se le dio al participante el asentimiento informado y a su padre o madre el consentimiento informado para padres.

Posteriormente se les proporcionó un link de Google Forms con los instrumentos. El tiempo que se les dio para que responder fue de aproximadamente 10 a 15 minutos. Una vez que finalizaron y enviaron sus respuestas les apareció un mensaje de agradecimiento y un link con una infografía que contiene información de los cuidados en el embarazo.

Se les explicó a los participantes que los datos obtenidos durante su colaboración en el estudio fueron resguardados de manera totalmente confidencial, para la protección de su privacidad en todo momento, se les aseguró que estos datos no fueron utilizados para ningún otro fin. Los datos obtenidos solo estuvieron en manos de los autores y asesora del presente estudio, los cuales estarán resguardados en no más de 1 año.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue apegado al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987); de la cual fue publicada la última reforma DOF el 02-04-2014, donde se establecieron los lineamientos y principios generales que toda investigación científica que involucre seres humanos debe cumplir. El sujeto de estudio fue el ser humano, por lo que fue primordial respetar su dignidad, además de haber protegido sus derechos y privacidad; en el presente estudio se identificaron los resultados sólo de manera global y nunca de manera individual (Artículo 13 y 16).

Para que se llevara a cabo satisfactoriamente la investigación se contó con el consentimiento

informado de quienes ejercieron la representación legal del menor, por tal motivo se solicitó autorización a los padres/tutores de los participantes en caso de que fueran menores de edad (Artículo 36). La investigación se consideró como un estudio sin riesgo para los participantes, ya que sólo se utilizó un cuestionario el cual no incluyó contenido sensible o que los perjudicara, ni se emplearon intervenciones que afectaran de manera fisiológica, psicológica o social a los participantes (Artículo 17, fracción I).

Este estudio se llevó a cabo cuando se recibieron firmados los sentimientos y consentimientos informados, los cuales fueron entregados a los participantes y a sus respectivos representantes legales donde se autorizó la participación, teniendo ya conocimientos de los procedimientos que se llevaron a cabo, con la capacidad de haber elegido libremente si continuar o no, sin tener alguna consecuencia (Artículo 20).

Para que el consentimiento y asentimiento fueran considerados como existentes, se les dio una explicación muy clara y completa, en la cual se les aseguró la seguridad de que hubo total confidencialidad con su información, para que así pudieran continuar con su participación (Artículo 21, fracción VII). La investigación fue entregada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, perteneciente a la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 22, fracción II).

Estrategias de análisis

Se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) y se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, media, moda y desviación estándar, además de haberse realizado la sumatoria de puntajes.

RESULTADOS

A continuación, se detallan los diferentes puntos de interés para esta investigación descritos para mayor comprensión y así destacar datos relevantes. Donde se muestran los resultados obtenidos de cada uno de los 72 participantes. En la tabla 1, se muestran los datos obtenidos

Tabla 1
Edad de los participantes

| Edad | <i>f</i> | % | <i>M</i> | <i>Mo</i> | <i>DE</i> |
|-------|----------|------|----------|-----------|-----------|
| 12 | 1 | 1.4 | | | |
| 14 | 2 | 2.8 | | | |
| 15 | 2 | 2.8 | | | |
| 16 | 4 | 5.6 | | | |
| 17 | 8 | 11.1 | | | |
| 18 | 24 | 33.3 | | | |
| 19 | 20 | 27.8 | | | |
| 20 | 11 | 15.3 | | | |
| Total | 72 | 100 | 18.08 | 18 | 1.563 |

Nota: n= 72, f= frecuencia, %=porcentaje, M= Media, Mo= Moda, DE= Desviación Estándar.

a través de la cédula de datos respecto a la edad de los participantes, los cuales dieron como el

33.3% (24) tienen 18 años.

En la tabla 2 que está a continuación, respecto al grado de escolaridad de los participantes se detalla que el porcentaje más alto fue de 37.5% los

cuales están cursando una licenciatura. Por el contrario, El 4.2% de los participantes no concluyeron con el nivel básico educativo.

Tabla 2
Porcentaje de escolaridad de los participantes

| Escolaridad | <i>f</i> | % |
|-------------------------------|----------|------|
| Secundaria completa | 13 | 18.1 |
| Secundaria incompleta | 3 | 4.2 |
| Preparatoria completa | 7 | 9.7 |
| Preparatoria incompleta | 12 | 16.7 |
| Preparatoria técnica completa | 10 | 13.9 |
| Licenciatura en curso | 27 | 37.5 |

Nota: n= 72, f= frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 3 a continuación, en el apartado de empleo el resultado más alto fue del 68% (49), donde los participantes no están trabajando. En el apartado

de situación sentimental el 76.4% (55) informó que sus parejas actuales son los padres/madres de su futuro(a) hijo(a). En el apartado de padres unidos o

separados el 58% (42) viven actualmente con el padre/madre de su futuro (a) hijo (a).

Tabla 3

Porcentaje empleo, situación sentimental, unión o separación de los padres del futuro hijo

| Empleo | f | % |
|---------------------------|----|------|
| Sí | 23 | 31.9 |
| No | 49 | 68.1 |
| Situación sentimental | | |
| Sí | 55 | 76.4 |
| No | 17 | 23.6 |
| Padres unidos o separados | | |
| Sí | 30 | 41.7 |
| No | 42 | 58.0 |

Nota: n= 72, f= frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 4, se presentan las frecuencias obtenidas de cada ítem del instrumento, en el ítem 1 "Sin importar lo mal que me sienta, trato de tener buenos pensamientos" el 31.9% estuvo "De acuerdo", en el ítem 2 "Los sentimientos le dan sentido, dan una dirección a su vida" se obtuvo 31.9% en las opciones "Ni en desacuerdo ni de acuerdo" y "De acuerdo", en el ítem 3 "Usualmente soy muy claro acerca de mis sentimientos" el 36.1% respondió "Ni en desacuerdo ni de acuerdo", en el ítem 4 "Aunque a veces estoy triste, generalmente tengo un punto de vista optimista" el 36.1% respondió "De acuerdo".

En el ítem 5 "Presto mucha atención a cómo me siento" el 27.8% estuvo "De acuerdo", en el ítem 6 "Usualmente se cuáles son mis sentimientos acerca de una cuestión o situación" se obtuvo que el 37.5% estuvo "De acuerdo", en el ítem 7 "No importa lo mal que me sienta, trato de pensar en cosas agradables" siendo la opción "De acuerdo" con un porcentaje de 34.7%, en el ítem 8 "No le presto mucha atención a mis sentimientos" muestra un emparejamiento del 23.6% entre "Totalmente en desacuerdo" y "Ni en desacuerdo ni de acuerdo", en el ítem 9 "Casi siempre sé exactamente como me siento" la opción "Ni en

desacuerdo ni de acuerdo" fue del 29.2%.

En el ítem 10 "Cuando estoy triste pienso en cosas lindas" el 36.1% el marcó la opción "De acuerdo", siguiendo con el ítem 11 "a menudo pienso en mis sentimientos" el 41.7% estuvieron "de acuerdo". En el ítem 12 "tengo claros mis sentimientos" el 31.9% señaló la opción "de acuerdo", en el ítem 13 "intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal" el 36.1% señaló que están "de acuerdo", en el ítem 14 "por lo general es una pérdida de tiempo pensar acerca de tus emociones" el 34.7% estuvo en "desacuerdo".

En el ítem 15 "casi siempre sé cómo me siento" y en el ítem 16 "aunque a veces me sienta triste suelo tener una visión positiva" el 33.3% está en "desacuerdo," en el ítem 17 "estoy muy atenta/o a mis emociones" el 37.5% está "ni en desacuerdo ni de acuerdo", en el ítem 18 "siempre puedo decir cómo me siento" el 27.8% mostró "desacuerdo", en el ítem 19 "aunque me sienta mal trato de pensar en cosas agradables" el 37.5% estuvo en "desacuerdo", en el ítem 20 "normalmente me preocupo mucho por lo que siento" el 33.3% indicó la opción "Desacuerdo".

Tabla 4
Instrumento Trait-Meta Mood Scale (Calero, 2013).

| Ítems | Totalmente en desacuerdo | | En desacuerdo | | Ni en desacuerdo ni de acuerdo | | De acuerdo | | Totalmente de acuerdo | |
|-------|--------------------------|------|---------------|------|--------------------------------|------|------------|------|-----------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 1 | 1 | 1.4 | 7 | 9.7 | 20 | 27.8 | 23 | 31.9 | 21 | 29.2 |
| 2 | 2 | 2.8 | 5 | 6.9 | 23 | 31.9 | 23 | 31.9 | 19 | 26.4 |
| 3 | 4 | 5.4 | 18 | 25.0 | 26 | 36.1 | 12 | 16.7 | 12 | 16.7 |
| 4 | 3 | 4.2 | 12 | 16.7 | 16 | 22.2 | 26 | 36.1 | 15 | 20.8 |
| 5 | 3 | 4.2 | 11 | 15.3 | 19 | 26.4 | 20 | 27.8 | 19 | 26.4 |
| 6 | 2 | 2.8 | 9 | 12.5 | 17 | 23.6 | 27 | 37.5 | 17 | 23.6 |
| 7 | 2 | 2.8 | 7 | 9.7 | 23 | 31.9 | 25 | 34.7 | 15 | 20.8 |
| 8 | 17 | 3.6 | 10 | 13.9 | 17 | 23.6 | 15 | 20.8 | 13 | 18.1 |
| 9 | 6 | 8.3 | 9 | 12.5 | 21 | 29.2 | 20 | 27.8 | 16 | 22.2 |
| 10 | 4 | 5.6 | 10 | 13.9 | 17 | 23.6 | 26 | 36.1 | 15 | 20.8 |
| 11 | 2 | 2.8 | 9 | 12.5 | 19 | 26.4 | 30 | 41.7 | 12 | 16.7 |
| 12 | 5 | 6.9 | 15 | 20.8 | 9 | 12.5 | 23 | 31.9 | 20 | 27.8 |
| 13 | 4 | 5.6 | 3 | 4.2 | 24 | 33.3 | 26 | 36.1 | 15 | 20.8 |
| 14 | 20 | 27.8 | 25 | 34.7 | 16 | 22.2 | 7 | 9.7 | 4 | 5.6 |
| 15 | 4 | 5.6 | 8 | 11.1 | 21 | 29.2 | 24 | 33.3 | 15 | 20.8 |
| 16 | 3 | 4.2 | 6 | 8.3 | 27 | 37.5 | 21 | 29.2 | 15 | 20.8 |
| 17 | 3 | 4.2 | 6 | 8.3 | 27 | 37.5 | 21 | 29.2 | 15 | 20.8 |
| 18 | 5 | 6.9 | 18 | 25.0 | 19 | 26.4 | 20 | 27.8 | 10 | 13.9 |
| 19 | 3 | 4.2 | 9 | 12.5 | 17 | 23.6 | 27 | 37.5 | 16 | 22.2 |
| 20 | 3 | 4.2 | 14 | 19.4 | 18 | 25.0 | 24 | 33.3 | 13 | 18.1 |
| 21 | 3 | 4.2 | 4 | 5.6 | 20 | 27.8 | 27 | 37.5 | 18 | 25.0 |

Nota: n= 72, f= frecuencia, %=porcentaje

Por último, se muestra la tabla 5, respecto a los resultados obtenidos del Nivel de Inteligencia Emocional de los futuros padres adolescentes, en el apartado de Sentimientos el 72.3% (52) prestan una adecuada atención a sus sentimientos. En el

apartado de Claridad, el 68.2% (49) prestan una adecuada atención a la claridad de sus emociones, saben con certeza el porqué de ellas. En el último apartado Reparación de las emociones, el 52.9% (38) deben mejorar en la reparación de estas.

Tabla 5

Porcentaje de sentimientos, claridad y reparación de la población de estudio

| Dimensiones | Niveles | f | % |
|--------------|---|----|------|
| Sentimientos | Presta poca atención (<24) | 14 | 19.6 |
| | Adecuada atención (25 a 35) | 52 | 72.3 |
| | Presta demasiada atención (>36) | 6 | 8.4 |
| Claridad | Debe mejorar su claridad emocional (<23) | 15 | 21 |
| | Adecuada atención (24 a 34) | 49 | 68.2 |
| | Excelente claridad emocional (>35) | 8 | 10.2 |
| Reparación | Debe mejorar su reparación de las emociones (<11) | 7 | 9.8 |
| | Adecuada reparación de las emociones (12 a 17) | 27 | 37.5 |
| | Excelente reparación de las emociones (>18) | 38 | 52.9 |

Nota: n= 72, f= frecuencia, %=porcentaje

DISCUSIÓN

A continuación, se discuten sobre los resultados finales obtenidos durante la recolección de datos comparándolos con los artículos base de esta investigación para llegar a conclusiones, teniendo en cuenta limitaciones y recomendaciones al interpretarlo.

El objetivo específico se centra en los datos sociodemográficos de los futuros padres adolescentes. Primeramente, se enfoca en la edad, que dio una media de 18.08 que concuerda con el estudio de Bárcenas-Hernández, Martínez-Hernández, Vega-Argote y Mejía-Benavides (2019) el cual muestra que la incidencia de adolescente embarazadas en su estudio fue mayor entre los 17 y 18 años. En cuanto al nivel académico de los

participantes la cuarta parte de la muestra está actualmente estudiando una licenciatura, pero los siguientes números por debajo de estas cifras, se observa un emparejamiento en secundaria completa y preparatoria incompleta que se relaciona con los resultados del estudio anteriormente mencionado donde sus resultados mostraron que más de la tercera parte dejó sus estudios en el segundo año de preparatoria. El factor de la procedencia de los participantes es algo que influye directamente en los resultados ya que los participantes en esta investigación son de población urbana mientras que en la comparativa se centran en participantes de una comunidad indígena.

En el objetivo general el cual es conocer el nivel de inteligencia emocional, de acuerdo con los

datos recolectados, se concluyó que el nivel de inteligencia emocional es regular o también se puede llamar adecuado. Esto concuerda con los resultados de los estudios relacionados que utilizaron este mismo instrumento o las derivaciones de este. En el estudio de Ureña (2021) que se realizó en 196 alumnos de un instituto educativo en la ciudad de Cuenca en Ecuador, describe el nivel de inteligencia emocional de los adolescentes como valores medios y dando alusión de que son adecuados.

En el estudio de Ruiz y Carranza (2018) los resultados de nivel de inteligencia emocional conforme a la muestra están en el límite, pero dentro de un adecuado nivel de inteligencia emocional. Esto relacionándose con sus demás objetivos; al final recuerdan la importancia de la inteligencia emocional en los adolescentes ya que esta les ayuda en la toma de decisiones, así como en su desarrollo físico y mental. Esto es retomado de la misma forma en otro estudio que se realizó a 93 estudiantes de una institución educativa de la ciudad de Ambato-Ecuador donde se utilizó otro instrumento pero que tiene el mismo objetivo que Trait Meta, dando un resultado de niveles promedios y adecuados de inteligencia emocional (Salazar y Mejía, 2022).

Comparando las diferentes características de los participantes, se observa que la mayoría son mayores de edad, es algo que influye en los resultados ya que los adolescentes menores de edad son más vulnerables, si se cambiaran las edades de los participantes buscando más menores de edad habría un cambio significativo en los resultados.

Conclusiones

En los datos sociodemográficos obtenidos, la media de edad fue de 18.08 años, la cuarta parte de los participantes estudia una licenciatura, más de la mitad no tiene un empleo, más de 2 tercios tiene una pareja sentimental y la mitad ya no está relacionado con el padre del futuro hijo. Estos resultados ayudan a responder el objetivo específico, dándonos el conocimiento de la situación de los futuros padres adolescentes.

Respecto a los resultados obtenidos en la recolección de datos en los 72 participantes futuros padres adolescentes, estos se clasificaron en 3

dimensiones; Sentimientos, Claridad y Reparación de emociones, esto obtenido junto al instrumento Trait-Meta (Calero, 2013), mostrando que el mayor número de participantes prestan adecuada atención a sus sentimientos, prestan una adecuada atención a la claridad de sus emociones y tiene una excelente reparación de las emociones teniendo en cuenta la variabilidad en números en cada dimensión.

CONCLUSIÓN

Se concluye que más de la mitad de los participantes muestra un nivel de inteligencia emocional intermedio y adecuado en las 3 dimensiones. Esto significando que hay una mayor incidencia de adolescentes embarazados con un nivel de inteligencia emocional adecuado para seguir en la nueva etapa que ya están viviendo. Pero no se debe dejar de lado a los participantes faltantes en este nivel, ya que conforman alrededor del 30% siendo un número bajo, pero preocupante.

Limitaciones

Se tuvo en cuenta las diferentes limitaciones que se presentaron. Al ser un diseño descriptivo transversal, los datos solo se utilizan para describir la situación que se estudia en esta investigación, con datos recopilados en un tiempo limitado siendo este de una semana. El muestreo fue por "bola de nieve", que, aun siendo implementado, la mayoría de los participantes fueron invitados directamente por alguno de los autores de esta investigación, esto mayormente por los límites de tiempo. Y ya que se implementó de manera virtual, influyen los factores ambientales negativos que se pudieron presentar dependiendo del contexto de cada participante como las distracciones, la presión del tiempo, el miedo a que observaran sus respuestas, entre otras.

Recomendaciones

Algunas recomendaciones que se deben tomar en cuenta son hacer un muestreo específico para tener un mejor control en la muestra de los participantes, con ello tener un día y lugar asignado para la recolección de datos para una mejor disposición de los participantes, todo esto de forma

presencial. Esto puede ayudar a obtener mejores respuestas sin estímulos indeseados en el entorno de los participantes y así tener un mejor control en las

respuestas individuales para una mejor descripción de estas, ya que al hacerlo en línea no se pudo realizar esta acción

REFERENCIAS

- Balam, A.J.M., Valdes, S.A.G., Ramírez, M.A. & Padilla, G.N. (2018). Significado psicológico, roles y expectativas de la paternidad en adolescentes mexicanos: Estudio exploratorio. <https://www.redalyc.org/journal/1339/133959553006/html/>
- Bárceñas-Hernández, Martínez-Hernández, Vega-Argote y Mejía-Benavides (2019). El embarazo adolescente en la deserción escolar de una comunidad indígena del noreste del estado de Guanajuato, México. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1222972/27-35.pdf>
- Calero, A. D., Barreyro J. P., Formoso J. & Injoque-Ricle I. (2018). Inteligencia emocional y necesidad de pertenencia al grupo de pares durante la adolescencia. <https://www.redalyc.org/journal/3396/339660091017/339660091017.pdf>
- Calero, Alejandra Daniela; Barreyro, Juan Pablo; Formoso, Jesica; Injoque-Ricle, Irene Inteligencia emocional y necesidad de pertenencia al grupo de pares durante la adolescencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 22, núm. 2, 2018. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina. <file:///C:/Users/52813/Downloads/test%20IE.pdf>
- Carballido, R., Siguenza, V., Pérez, A. & Fonseca, E. (2019). Implementación y evaluación de un programa de inteligencia emocional en adolescentes. Obtenido de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/20359>
- Ciudad de Panamá, 28 de febrero de 2018 (OPS/OMS) - América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es#:~:text=La%20tasa%20mundial%20de%20embarazo,y%20son%20s%C3%B3lo%20superadas%20por
- Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. M., Palomera, R., & Extremera, N. (2019). La relación del Test de Inteligencia Emocional de la Fundación Botín (TIEFBA) con el ajuste personal y escolar de adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 2-7.
- Goleman, M. (2018), La inteligencia emocional. <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7866.pdf>
- Güemes-Hidalgo M., Hidalgo Vicario M. I. & Ceñal González-Fierro M. J. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales; *Pediatría Integral*; XXI (4): 233-24. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
- Hernández-Sampieri, R. (2017). *Metodología de la investigación*. (6ta edición ed.). Mc Graw Hill.
- Hevia Bernal, Daisy, & Perea Hevia, Leisy. (2020). Embarazo y adolescencia. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(4), e1290. Epub 01 de diciembre de 2020. Recuperado en 16 de marzo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400002&lng=es&tlng=es.

- INEGI. (2020). Número de habitantes en Nuevo León. Obtenido de INEGI: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/poblacion/>
- Martínez, E. Montero, G. & Zambrano, R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios*. <http://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>
- Millán, M., Orgambidez, A., Domínguez, L. & Martínez, L. (2021). La competencia emocional como predictora de la felicidad en trabajadores sociales. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/journal/180/18066677017/html/>
- Mora-Guerrero, G. M., Escárdate-Colín, L. M., Espinoza-Lerdón, C. A., & Peña-Paredes, A. B. (2021). Apoyo social percibido, autoestima y maternidad adolescente: entre el respeto y la intrusión. Estudio en Traiguén, Chile. Prospectiva. *Revista de Trabajo Social e intervención social*, (32), 151-171. doi: 10.25100/prts.v0i32.10785.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud del Adolescente. Obtenido de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Orvitz, M. (2021), Inteligencia emocional relacionado con embarazo y desarrollo fetal; 4(37), 84-104. file:///C:/Users/W10/Downloads/estudio2.pdf
- Pérez, M.G., Cruz, A. & Arriaga, R.M. (2019). Significado del cuidado familiar como red de apoyo en las embarazadas en una comunidad de Tabasco, México. *Cuidarte*, 8 (15): 45-55. <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69156/62220>
- PopulationPyramid.net. (2020). PopulationPyramid.net. Obtenido de PopulationPyramid.net: <https://www.populationpyramid.net/mexico/2020/>
- Peña & Aguaded (2018). Evaluación de la inteligencia emocional en el alumnado de educación primaria y educación secundaria. file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Evaluacion_de_la_Inteligencia_Emocional_en_el_alum.pdf
- Ruiz, P., & Carranza, R.F. (2018). Inteligencia emocional, género y clima familiar en adolescentes peruanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 188-199. doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2018.21.2.9>
- Salazar, D. & Mejía, A. (2022). La inteligencia emocional y su relación con la toma de decisiones en adolescentes. *Revista Ocronos*. <https://revistamedica.com/inteligencia-emocional-decisiones-adolescentes/>
- Secretaría de salud (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- UNAM DGCS (2021). MÉXICO, PRIMER LUGAR EN EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE PAISES INTEGRANTES DE LA OCDE. Obtenido de UNAM DGCS. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_729.html
- Ureña, L. (2021). Estereotipos de género e inteligencia emocional es adolescentes de la escuela de educación básica “Víctor Manuel Albornoz”, Cuenca, 2020. Obtenido de: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/21188/1/UPS-CT009310.p>

CAPÍTULO 19

RIESGO A DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD

DCE. Norma Edith Cruz Chávez, estudiantes; Lizbeth Arriaga Estrada Kenya, Daniel Jorge de Jesús Bautista Ortiz, Ma. Guadalupe Evangelista Tobías, Litzzy Rubí Sánchez Soto, María Fernanda Vega Fierros.

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es una de las cuatro enfermedades crónica no trasmisible (ENT). Esta enfermedad ha incrementado su aparición en población de estudiantes universitarios por lo que incrementa los riesgos a la salud. **Objetivo:** Conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años en estudiantes del área de la salud. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, en una muestra de 50 estudiantes universitarios del área de salud que aceptaron participar en esta investigación. Se aplicó cedula de datos y el instrumento fue FINDRISC. **Resultados:** El 76% fue femenino, el 96% son estudiantes, la edad media fue 19.94 (DE= 2.05), el peso medio fue de 65.13k (DE=17.62), la índice cintura (ICC) fue de 81.74 cms. (DE=14.53), la talla fue 161.84 cms. (DE=11.56) y la media del IMC fue 24.86 Kg/m² (DE=5.95), los puntajes de riesgo fue el 70% bajo riesgo, un 16% riesgo ligeramente elevado, un 12% en riesgo moderado, 2% en riesgo alto y no se encontró ningún participante con riesgo muy alto. **Conclusiones:** aunque un 70 % presento un riesgo bajo para desarrollar DM2, el 30% se encuentra con un riesgo notable el cual no debería prevalecer ya que son estudiantes del área de la salud y cuentan con los conocimientos necesarios para la prevención de DM2. Por lo que se debe poner en marcha actividades que ayuden a reducir el riesgo o crear intervenciones de enfermería

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Prevención de enfermedades, Riesgo (DeCs).

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus una enfermedad crónica que se encuentra catalogada dentro de las cuatro Enfermedades No Transmisibles (ENT). De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Diabetes (IMD) de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2022) señala que el aumento de esta enfermedad de más del 40% se debe al crecimiento y envejecimiento de la población; un 28% al aumento de la prevalencia en los distintos grupos de edad; y un 32% a la interacción de estos dos factores. En el año 2014 había un aproximado de 422 millones de adultos en todo el mundo que tenían diabetes.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), es una enfermedad que antes se veía principalmente en personas de mediana edad y edad avanzada pero actualmente se está observando que cada vez es más frecuente en menores de edad y adultos como lo

presenta el Reporte de la Federación Mexicana de Diabetes (FMD,2022; ENSANUT, 2021) donde señala que la prevalencia de diabetes en la población general de México fue de 16.9% y que el 36% de la población desconoce esta condición de igual forma se identificó un aumento en la población de menores de 40 años con un 5.7% y un 19.9% en mayores de 40 hasta 59 años, pero lo que más llama la atención es que el diagnóstico de diabetes por sexo presento un aumento en el 13.22% en las mujeres de 20 años y en los hombres fue de 7.75% así mismo se identificó que el sobrepeso y obesidad en mujeres fue de 72.7% y en hombres fue de 69.4% esta enfermedad concomitante se considera relevante ya que el 90% de los casos con diabetes mellitus se relaciona con sobrepeso y obesidad.

En Nuevo León se estima que 3 de cada 10 nuevoleonenses sufren Diabetes Mellitus de acuerdo con los resultados del Observatorio Mexicano de

Enfermedades No Transmisibles (OMENT, 2018) entre el 2011 y el 2012, y en los jóvenes se estimaba que la incidencia anual de la diabetes diagnosticada era de 17,900 con diabetes tipo 1 y 5,300 con diabetes tipo 2 (American Diabetes Association [ADA], 2017).

Esta enfermedad es una de las que más gastos en salud se invierten en México de acuerdo a una entrevista con el Doctor Armando Arredondo, investigador del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), que señala que “es importante la detección temprana de diabetes mellitus ya que el costo es de 708 dólares en promedio y de cada 100 pesos que se gastan en esta enfermedad, 52 pesos los aportan los pacientes, 30 pesos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 11 pesos la Secretaría de Salud y 7 pesos el Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ya que el gasto va de 52 de cada 100 pesos que desembolsan los mexicanos en la atención sanitaria, corresponden a gastos por diabetes. De aquí 92% de los recursos se destinan en atender las complicaciones y solo 8% a la demanda de casos controlados. Se espera que este gasto aumente en los siguientes años si no se toman las medidas precautorias necesarias, esto podría significar un colapso en el sistema de salud”. Es por eso que esta enfermedad se puede llegar a retrasar su aparición al hacer una detección temprana y sobre todo cambios en los estilos de vida como la buena alimentación, hacer ejercicio y evitar los factores de riesgo para esta enfermedad. (Anguiano D, 2018)

La diabetes mellitus es considerada por muchos expertos como el principal reto de salud pública del país; México tiene la mayor contribución a la mortalidad por diabetes del continente americano y una de las más altas tasa de mortalidad del mundo por esta condición. (Arredondo, Barquera, Cisneros, Ascencio, Cruz, Larrañaga, Morloy, 2016), es por ello que se ha decidido enfocar esta investigación en este tema tan importante que llega a afectar al ser humano desde síntomas insignificantes a los cuales no les damos la importancia necesaria hasta que llega a la muerte del ser humano. Todas las fases de la vida son importantes para investigar la presencia de

condiciones posibles de desencadenar enfermedades futuras. Sin embargo, cuando los estudiantes ingresan a la universidad, pasan por diversos cambios en el estilo de vida que pueden favorecer el apareamiento de uno o varios factores de riesgo para desarrollar DM2 y otras enfermedades crónicas (Soares et al., 2019).

Recalcando que se trata de personas en formación para ingresar en el mercado de trabajo relacionado con la salud de la población, este tema intriga en los estudiantes debido a que ellos viven con diversos factores de riesgo en su estilo de vida como llevar una vida sedentaria, con estrés y una mala alimentación, así mismo, esto nos puede indicar que los individuos pueden presentar indicios de diabetes por lo cual es preocupante que si los estudiantes que ayudaran a la población no se preocupen por su propia salud, y que no den el ejemplo y aun así quieran ayudar a las personas para evitar el padecimiento de esta enfermedad. En las últimas décadas, la prevalencia de DM2 viene aumentando, lo que se caracteriza como una epidemia mundial y un problema de salud pública por lo cual el propósito de esta investigación es conocer cuál es el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos 10 años en estudiantes del área de la salud e identificar algunos de los factores que pueden desencadenar esta enfermedad, con los resultados identificados sobre el riesgo que presentan los estudiantes poder contribuir al desarrollo de futuras intervenciones de enfermería que permitan prevenir este problema en los estudiantes universitarios del área de la salud principalmente, y contribuir a la modificación de los estilos de vida y programas de activación física para disminuir el riesgo.

Marco de referencia

A continuación, se presentan los conceptos que guiaran este estudio de investigación, en primer lugar, se describe la patología de la diabetes mellitus, y posterior se describe lo que es riesgo para desarrollar la enfermedad.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es definida como una enfermedad crónica que involucra un grupo

heterogéneo de desórdenes que alteran la producción y utilización de la insulina por el organismo. La modalidad más frecuente es el tipo 2, que se presenta en adultos, aunque cada vez más frecuentemente está apareciendo en jóvenes y niños.

La diabetes se puede clasificar generalmente como Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) (debido a la destrucción autoinmune de las células β , que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina); Diabetes Mellitus tipo 2 (debido a la pérdida progresiva de la secreción de insulina de las células β con frecuencia en el fondo de la resistencia a la insulina); Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no fue claramente evidente en la diabetes antes de la gestación y Tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (como fibrosis quística y pancreatitis) y diabetes inducida por sustancias químicas (como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH / SIDA o después de un trasplante de órganos) (ADA, 2019). Para este estudio solo se hablará de la DM2.

Factores de riesgo

Los Factores de riesgo considerables en la diabetes mellitus tipo 2; el primero es la edad, que la enfermedad debería aparecer alrededor entre los 40 y 45 años. Otro factor importante para considerar es la masa de índice corporal y la descendencia del paciente donde un índice de 25 o más es un factor para el desarrollo de la enfermedad. Los medicamentos como los glucocorticoides, las tiazidas, otros como medicamentos para el VIH y antipsicóticos atípicos son alguno de los cuales podrían hacer que la diabetes aparezca. (ADA, 2019).

De acuerdo con la revisión de la literatura los factores de riesgo que más predominan en los universitarios son: antecedentes heredofamiliares de DM2, antropometría, factores alimentarios, características del desayuno en casa, alimentación en la escuela, alteración en el patrón del sueño, economía, capacidad del manejo de tensión y estrés, relajación y disfrute en tiempo libre y la actividad física

(Hernández, Gutiérrez y Reynoso, 2014).

Según la Norma Oficial Mexicana 015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (NOM-015), un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Así mismo la NOM-015 señala que los factores de riesgo para desarrollar DM son principalmente: antecedentes hereditarios (que un hermano, padre o madre consanguíneo padezcan DM), edad mayor de 45 años (dado que cronológicamente se tiene mayor probabilidad de padecer DM2), falta de actividad física (conocida como sedentarismo o caminar menos de media hora todos los días), sobrepeso y obesidad, definidos como un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25 y 30 respectivamente y una circunferencia de cintura (CC) mayor de 80 cm para mujeres y 90 cm en hombres, dado que se correlaciona con el acúmulo de grasa en órganos no grasos como corazón, hígado, músculo, riñón y páncreas, situación que conlleva a un proceso de resistencia a la insulina con hiperinsulinemia compensatoria que finalmente se manifiesta con glicemias mayores a 130 mg/dl). En mujeres la (CC) > 80 cm se correlaciona con haber padecido diabetes gestacional o haber tenido productos macrosómicos (mayor a 4 Kg.) (Báez, Flores, Bautista y Sánchez, 2011, OMS, 2018).

Diagnóstico.

Para establecer el diagnóstico de la DM2 se considera lo establecido por la Asociación Americana de Diabetes:

De acuerdo con la HbA1C. La prueba mide su nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos 2 o 3 meses. Se diagnostica diabetes cuando: HbA1C \geq 6.5%.

Glucosa plasmática en ayunas. Mide su nivel de glucosa en la sangre cuando está en ayunas. Ayunar significa no comer ni beber nada (excepto agua) por lo menos 8 horas antes del examen. Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa plasmática en ayunas \geq 126 mg/dl.

Prueba de tolerancia a la glucosa oral. Esta es una prueba de dos horas que mide su nivel de

glucosa en la sangre antes de beber una bebida dulce especial y 2 horas después de tomarla. Le indica a su médico cómo el cuerpo procesa la glucosa. Se diagnostica diabetes cuando: glucosa en la sangre a las 2 horas ≥ 200 mg/dl.

Prueba aleatoria (o casual) de glucosa plasmática. Esta prueba es un análisis de sangre en cualquier momento del día cuando tiene síntomas de diabetes severa. Se diagnostica diabetes cuando: glucosa en la sangre ≥ 200 mg/dl.

Tratamiento

Dentro de las recomendaciones para el tratamiento de la DM2, está la farmacológica y no farmacológica. Existe la modificación de la dieta, realizar actividad física, donde se recomienda a pacientes con DM2 o prediabéticos deben realizar 60 minutos al día de actividad moderada a intensa tres veces por semana, en niños. En adultos se recomienda 150 minutos o más de actividad moderada a intensa a la semana sin dejar pasar más de dos días sin actividad física (ADA, 2019). En el tratamiento farmacológico la metformina es preferida como medicamento base usándolo siempre y cuando sea tolerable por el paciente o no esté contraindicado. Otros medicamentos, que en este caso aumentan la secreción de insulina son las sulfonilureas o miglitidinas. Otros disminuyen las excursiones de glucosa actuando en el tracto digestivo como los inhibidores de las alfa-glucosidasas. Los que aumentan la secreción de insulina dependiente del nivel de glucosa, como los inhibidores de DPP (enzima dipeptidilpeptidasa IV). Los agonistas del receptor de GLP1 (glucagon-like peptide 1) y los análogos de anilina (Reyes et al., 2016).

Complicaciones

Las complicaciones crónicas de los pequeños vasos son principalmente la nefropatía (insuficiencia renal), retinopatía (pérdida de visión central) y neuropatía (pie diabético que se manifiesta por dolor o pérdida de sensibilidad y úlceras en la piel) (ADA, 2019).

Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios

relacionados que apoyaran este estudio de investigación.

García et al. (2018), diseñaron y desarrollaron un servicio de detección precoz de diabetes y prediabetes en población no diagnosticada en farmacia comunitaria e incorporarlo en el Catálogo de Servicios Profesionales (CSP) del muy Ilustre colegio Oficial de farmacéuticos de Valencia (MICOV). Utilizando la prueba de FINDRISC, así como desarrollar una propuesta de capacitación para el servicio. Obteniendo como resultado de los 117 pacientes 34 son hombres y 74 mujeres. Se encontró que el 20.5% de los participantes tenían riesgo bajo menos de 7 puntos en la prueba FINDRISC, riesgo ligeramente elevado de 7 a 11 puntos 47.9%; riesgo moderado de 12-14 puntos 12.8%; riesgo alto de 15-20 puntos 14.5% y riesgo muy alto >20 puntos 4.3%. La glucemia basal es <110 mg/dl en 96 (82.1%) pacientes, presenta prediabetes, glucemia basal comprendida entre 110-125 mg/dl, 17 (14.5%) y valores superiores a 125 mg/dl 4 (3.4%) pacientes.

Mendiola, Urbina, Muñoz, Juanico y López (2018), se seleccionaron 295 participantes sin diagnóstico de DM2, adscritos a una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México, mediante muestreo aleatorio simple. Se aplicó la prueba de FINDRISC para calificar el nivel de riesgo para desarrollo de DM2. Se realizó toma de glucosa en ayuno como estándar de oro para diagnóstico de DM2. Obteniendo como resultados se determinó que 156 pacientes (52.84%) presentaban alto riesgo para desarrollar DM2 en el cuestionario, 35 de los cuales fueron diagnosticados con DM2 y 49 con prediabetes. De los pacientes con riesgo bajo en el cuestionario, 26 presentaron prediabetes y 5 DM2. Concluyeron que la prueba de FINDRISC es una herramienta que potencialmente se puede ocupar para el tamizaje de DM2 en la población mexicana, es práctica, sencilla, rápida, no invasiva, económica y puede ser utilizada en la práctica diaria del médico familiar o de la enfermera para detectar riesgos.

González, Ponce, Toro, Acevedo y Dávila (2017), realizaron un artículo en donde se evaluar la capacidad del cuestionario FINDRISC en la detección de riesgo de desarrollar prediabetes y diabetes en

pacientes de una clínica del sur de la Ciudad de México en un estudio trasversal y descriptivo. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron pacientes sin diagnóstico previo de prediabetes o de diabetes mellitus, se aplicó ficha de identificación y el cuestionario FINDRISC. Se determinó sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos.

Para los análisis estadísticos se utilizaron los programas SPSS versión 22, y Epi-Info versión 7. Con nivel de significancia estadística < 0.05 . Se incluyeron 125 pacientes con promedio de edad de 49.9 ± 15.1 años. El 39.2% se diagnosticó con prediabetes y el 9.6% con diabetes. El 44.8% tuvieron puntajes ≥ 15 en el FINDRISC. Sobre la efectividad para identificar pacientes con diabetes mellitus y prediabetes se obtuvo un punto de corte óptimo ≥ 15 . El área bajo la curva para diabetes fue de 0.845 (IC 95%: 0.708-0.983), y para prediabetes de 0.743 (IC 95% 0.651- 0.836).

Mendoza, Zavala, Sánchez, López y Carranza (2016), realizaron un estudio de investigación de tipo prospectivo, se midió con un dispositivo DCA Vantage de Siemens, con el objetivo de detectar diabetes mellitus en adolescentes de 12 y 16 con sobrepeso y obesidad. Los resultados presentados fueron que los participantes se consideraron sanos cuando tenían un valor de HbA1c menor de 5.7%, prediabéticos aquellos entre 5.7 y 6.4% y diabéticos los que resultaron con valores iguales o mayor a 6.5 %. En este estudio se incluyeron 93 adolescentes de los que se encontraron 71 con HbA1c $< 5.7\%$ (sanos), 18 con HbA1c $> 6.5\%$ (diabéticos), 3 de ellos mujeres. La única diferencia significativa entre los tres grupos fueron concentraciones mayores de glucosa postprandial en los prediabéticos y los diabéticos ($r=0.85$), respecto a los controles. Gracias a este estudio se llegó a la conclusión que la frecuencia de diabetes mellitus entre adolescentes con sobrepeso u obesidad fue de 4% y de prediabetes de 19.5% lo que representa casi una cuarta parte de adolescentes con alteraciones del metabolismo de la glucosa. En la discusión menciona que la obesidad en niños también es un gran factor de riesgo para padecer diabetes, y en los adolescentes prediabético y diabéticos son la genética, el sedentarismo, malos hábitos

alimenticios, la resistencia a la insulina y la obesidad.

Guerrero y Rodríguez (2010), realizaron una validación de un instrumento para el tamizaje de casos de diabetes tipo 2 y la vigilancia de personas en riesgo en México. El instrumento para el tamizaje de la diabetes tipo 2 (ITD) se desarrolló a partir de un análisis de regresión logística múltiple que permitió determinar la asociación entre el diagnóstico nuevo de diabetes (variable dependiente) y 11 factores de riesgo ya conocidos. Se realizaron validaciones internas (por el método de validación cruzada de conjuntos) y externa mediante el seguimiento de una cohorte de personas sanas.

Los resultados fueron que, de las 525 personas de la cohorte, 438 (83.4%) completaron en promedio 7 años de seguimiento (entre 4, 5 y 10 años), para un total de 2 696 personas-año; 62 (14.2%) personas desarrollaron diabetes durante el seguimiento. Las personas que por sus factores de riesgo acumularon 55 puntos presentaron un incremento significativo en el riesgo de desarrollar diabetes en 7 años (RR = 6,1; IC95%: 1,7 a 11,1), mayor aun cuando la puntuación era de 75 puntos (RR = 9,4; IC95%: 2,1 a 11,5). Se concluyó que el ITD es una alternativa válida y de fácil utilización para el tamizaje de la diabetes tipo 2. Su aplicación permitirá extender los beneficios de las acciones de prevención de la enfermedad y el diagnóstico temprano, sin aumentar considerablemente los costos y con un uso mínimo de los recursos de laboratorio.

En base a la revisión de la literatura se observó que la prevalencia a desarrollar diabetes es más en mujeres que hombres (Soares et al., 2014) y que los factores de riesgo que más se destacan son genética, los estilos de vida (Salazar et al., 2015), pero solo se encontró un estudio reciente de riesgo a desarrollar diabetes en estudiantes escolares, los demás estudios confirman el diagnóstico ya en los estudiantes y otros se enfocan en factores específicos para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los estudiantes del área de la salud. Dos de los artículos hablan de cómo utilizaron el test de FINDRISC en una población determinada ambos artículos mencionan que el cuestionario puede ser utilizado como una herramienta de cribado simple y

no invasiva para identificar individuos con alto riesgo de diabetes y prediabetes en adultos.

Definición de términos

El riesgo de desarrollar diabetes en estudiantes del área de la salud será cualquier rasgo, característica o exposición de los estudiantes del área de la salud que aumente la probabilidad de desarrollar la enfermedad y será medido a través del test de FINDRISC (2019), el cual aborda ocho cuestiones claves que determinaran en mayor o menor medida el riesgo (incluye la edad, índice de masa corporal, perímetro abdominal, actividad física al menos 30 minutos al día, hábitos alimenticios adecuados como frutas y verduras, medicación para la hipertensión, episodios previos de hiperglucemia y predisposición genética).

Objetivo general

Conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años en estudiantes del área de la salud.

Objetivos específicos

Conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años en estudiantes de acuerdo con el género.

Conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años en estudiantes de acuerdo con la institución educativa.

METODOLOGÍA

En este capítulo se describe el diseño de estudio, la población, el muestreo, la muestra, criterio de inclusión y exclusión, así como los instrumentos que se utilizaran para llevar a cabo la presente investigación, además se describe el procedimiento de recolección de datos de los participantes, las consideraciones éticas y estrategias para el análisis de resultados.

Diseño de estudio

El diseño del presente estudio será descriptivo y transversal debido a que se busca recolectar datos y conocer el riesgo a desarrollar

diabetes mellitus tipo 2 en estudiantes del campus del área de la salud. Será descriptivo porque se pretende recoger y medir el riesgo a desarrollar diabetes como un fenómeno de la práctica actual, examinar las características de los participantes de interés, las variables dentro de un fenómeno, desarrollar definiciones conceptuales y operativas de las mismas y describir las propias variables; será transversal porque la investigación será en un solo momento, en un tiempo único (Hernández Fernández y Baptista, 2014).

Población, muestreo y muestra

La población de interés estará integrada por los estudiantes universitarios del campus del área de salud de Monterrey, Nuevo León; los participantes deberán estar inscritos en el periodo escolar agosto-diciembre 2019. El muestreo será no probabilístico por conveniencia y la muestra que se estableció para este estudio de investigación será de 50 participantes.

Criterios de inclusión

Estudiantes universitarios del área de salud en Monterrey, mayores de 18 años, inscritos al periodo escolar agosto-diciembre 2019 y no diagnosticados con diabetes mellitus.

Criterios de exclusión

Estudiantes Embarazadas.

Instrumento de medición

En este apartado se describen los instrumentos de lápiz y papel y mediciones que se aplicaran a los estudiantes participantes en la investigación; en primer lugar, se describen las características de la cédula de datos personales (Apéndice A) y el test de FINDRISC (Apéndice B).

La cedula de datos de identificación está compuesta por diez preguntas que indagan sobre la ocupación, la edad, el género, la institución educativa en la cual se encuentra inscrito, el semestre que está cursando, también se tomara el peso, talla, se calculara el IMC, toma de ICC y los antecedentes heredofamiliares. En esta cedula de datos también se agregó un número de folio para registrar a los participantes.

El instrumento para evaluar el riesgo a desarrollar diabetes es la prueba Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), (Lindström J., Tuomilehto, J., 2003) (Apéndice B) validado para la población española en 2012, que ha demostrado ser la herramienta más útil para determinar el riesgo de contraer DM2. Este instrumento consta de ocho preguntas: La edad, Índice de masa corporal, perímetro de cintura, si realiza 30 minutos de actividad física diarios, si ingiere frutas o verduras, si toma medicamentos para la hipertensión, si ha presentado valores alto de glucosa y si tiene antecedentes familiares de diabetes.

Los resultados del instrumento de Riesgo a desarrollar diabetes en los próximos 10 años se clasifican de Menos de 7 puntos con nivel de riesgo bajo igual al 1% de riesgo. De 7 a 11 puntos nivel de riesgo ligeramente elevado con un 4% de riesgo. De 12 a 14 puntos Nivel de riesgo moderado y un 17% de probabilidad de desarrollar. De 15 a 20 puntos igual a Nivel de riesgo alto con un 33% de probabilidad de desarrollar. Más de 20 puntos con un Nivel de riesgo muy alto equivalente al 50% de probabilidad de desarrollar la diabetes en los próximos diez años.

Este instrumento se ha utilizado y validado en población española en un estudio observacional transversal en dos farmacias comunitarias (FC) de Granada y Salamanca, durante el período de Prácticas Tuteladas, sobre 117 pacientes, mayores de 18 años, no diagnosticados de DM durante noviembre de 2016 a marzo de 2017. Mediante una entrevista personal se realiza la prueba FINDRISC y una determinación de glucemia basal capilar mediante OneTouch Ultra Easy y Contour next y los resultados mostraron que de los 117 pacientes 34 son hombres y 74 mujeres. Encontramos con riesgo bajo menos de 7 puntos en el test FINDRISC 20.5%, riesgo ligeramente elevado de 7 a 11 puntos 47.9%, riesgo moderado de 12-14 puntos 12.8%, riesgo alto de 15-20 puntos 14.5% y riesgo muy alto >20 puntos 4.3%. La glucemia basal es <110 mg/dl en 96 (82.1%) pacientes, presenta prediabetes, glucemia basal comprendida entre 110-125 mg/dl, 17 (14.5%) y valores superiores a 125 mg/dl 4 (3.4%) pacientes. Existe un número elevado de pacientes, 59.8%, con

sobrepeso y un 42.0% no realiza ejercicio físico de forma habitual. El 14.5% de los pacientes estudiados presenta prediabetes y casi un 19% tiene un riesgo alto o muy alto de padecer diabetes según la prueba FINDRISC (Senise C, Martínez P, Fuentes J E, Rodríguez R, 2018).

Medicaciones

Para realizar esta investigación también se llevarán a cabo mediciones antropométricas de peso, la talla y medición de cintura de los participantes. Se iniciará con la medición de peso, luego talla y al final la circunferencia de la cintura tomando en cuenta las recomendaciones establecidas por la OMS (2019). y la secretaria de salud (2002).

Primero se llevará a cabo la medición del peso corporal del participante se obtendrá a través de la báscula modelo Tannita Vitamex SC240 con precisión de 100 gramos, digital, modelo Tanita la cual es empleada por un sistema eléctrico, una pantalla que muestra de forma clara la masa o el peso del cuerpo. Los sensores que usan estos aparatos se conocen bajo el nombre de célula o celda de carga. Estos sensores se ven alterados en cuanto a su resistencia eléctrica cuando se comprimen debido al peso que se posa sobre la base de la báscula (Apéndice C), posterior se llevara a cabo la medición de la talla con un estadiómetro, con rango de medición de 0 – 220 cm, división de 1 mm, la lo más liso posible, sin zoclo, ni grada, no inclinado o sin desnivel. La pared y el piso deben formar un ángulo recto de 90°.o siguiendo los pasos establecidos de cabeza erguida, hombros, glúteos y talones pegados al piso y ligeramente separados hacia el instrumento (Apéndice D) y por último la medición de la circunferencia de la cintura (Apéndice E) la medición se realizó con una cinta métrica seca de fibra de vidrio de medición de 0-152 cm y división de 1 mm. Para utilizar de forma correcta para que no se estire o se pierda las medidas correctas

Procedimiento de recolección de datos

Para este proyecto de investigación se solicitará la autorización al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, una vez

aprobado se acudirá a las distintas Facultades situadas en el área de la Salud (Facultad de Medicina, Facultad de Enfermería, Facultad de Nutrición, Facultad de Psicología y Facultad de Odontología) en las cuales también se solicitará la autorización para realizar la investigación y un área en específica para poder pesar y medir a los estudiantes que participarán; una vez que sea autorizado en cada facultad se acudirá a la secretaría académica de la misma para solicitar los horarios de los estudiantes y poder ubicarlos, una vez ubicados se acudirá al área física solicitada, se prepara el lugar con los materiales necesarios (bascula, altímetro y cinta métrica, toallas de papel, solución antiséptica, silla y escritorio) y posteriormente se les realizará la invitación a los estudiantes para participar en el estudio, una vez que los estudiantes decidan participar se les otorgará el consentimiento informado para que lo firmen, así mismo se resolverá cualquier duda por parte de los participantes, posterior a ello se trasladara en forma individual a los estudiantes al área facilitada para poder llevar a cabo las mediciones de peso (Apéndice C), medición de la talla (Apéndice D) una vez obtenidos estos datos se procederá a obtener el Índice de masa corporal (IMC) y se procederá a clasificar la información; posterior la medición de la cintura (Apéndice E) y de igual forma se le dará a conocer a los participantes para que puedan llenar el instrumento de test de Findrics, una vez lleno el instrumento se sumaran los puntos y se dará lectura del resultado obtenido al estudiante participante de forma personalizada y de acuerdo al resultado obtenido se le otorgará un tríptico con las recomendaciones necesarias para una vida saludable y en los participantes que obtuvieron un resultado de riesgo alto o muy alto se les recomendara acudir al médico para llevar a cabo un diagnóstico completo y exámenes necesarios para confirmar diagnóstico; una vez terminado el llenado de los instrumentos se le dará las gracias y se procederá a la captura de los datos en la base de registro, luego se realizará el análisis de la información, y se llevaran a cabo los resultados y las estadística del riesgo a desarrollar DM2 en 10 años en los estudiantes del área de la salud.

Consideraciones Éticas

La investigación se apegara a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en seres humanos de acuerdo a la última Reforma (SSA, 2014) de acuerdo al Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en su Capítulo 1 de disposiciones comunes y como lo señala el Artículo 13 se establecerá en esta investigación con estudiantes del área de la salud el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, se respetara la integridad física y mental de los participantes quienes recibieran una explicación clara y precisa del instrumento a aplicar, además se mantendrá el anonimato de la información proporcionada y sólo se registrara con un número de folio y así mismo se les otorgara el derecho de dejar de participar en el estudio si así lo desean sin que esto repercuta en su persona o con la escuela.

Se aplicará el Artículo 14, Fracción VI. La recolección de datos será realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de los estudiantes del área de la salud. Artículo 16, En la investigación se protegerá la privacidad del individuo identificándolo sólo con un número de folio. Artículo 17, Fracción II. En esta parte del reglamento se abordará el tipo de riesgo mínimo porque se pesará y al subir a la báscula se protegerá al paciente con dos personas ayudando al estudiante a que suba a la báscula y posterior a bajarse y medirá al paciente además de medición de perímetro abdominal y solo se le pedirá descubrir su cintura brevemente sin tener que desnudarse por completo y se llevara a cabo en un lugar privado para proteger al paciente.

Artículo 20 se contó con un consentimiento informado para que el participante autorice de forma escrita y con el conocimiento del procedimiento en el cual participará en esta investigación, de acuerdo con el Artículo 21 Fracción I- IX. Se le dará a conocer cuál es el objetivo de la investigación, se le dará una explicación clara y completa de los procedimientos, beneficios, riesgos de su participación así como la garantía de recibir respuesta a sus dudas de forma clara, así como la libertad de retirarse en el momento que lo decida sin que esto afecte su relación con la

facultad, también se le informara sobre su seguridad de que no se identificara y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Artículo 22. Se les dará un consentimiento informado a los participantes para autorizar por escrito su participación la cual será autorizada por la comisión de ética en investigación de la Facultad de enfermería.

Así mismo de acuerdo al Capítulo V de la investigación en grupos subordinados el Artículo 57 los estudiantes participantes tendrán la libertad de firmar su consentimiento informado y participar en esta investigación, si se encuentra algún participante con datos de riesgo alto o muy alto se le proporcionara orientación a través de un tríptico y se le invitara a que acuda al médico para realizarse otros estudios que confirmen el diagnóstico y se le otorgue el tratamiento correspondiente y de acuerdo al Artículo 58 el participante podrá retirarse de la investigación en el momento que lo decida sin que esto afecte su relación con la institución y de acuerdo a la Fracción II se le informara al estudiante que los datos obtenidos solamente se utilizaran con fines de aprendizaje y solo se mostraran los resultados obtenidos de forma general.

Estrategias de Análisis de los Datos

Tabla 1

Porcentaje de datos sociodemográficos de los participantes

| | Variable | f | % |
|-----------|---------------------------------|----|------|
| Genero | Masculino | 12 | 24.0 |
| | Femenino | 38 | 76.0 |
| Ocupación | Estudiante | 48 | 96.0 |
| | Ambos (trabajador y estudiante) | 2 | 4.0 |
| Facultad | Enfermería | 20 | 40.0 |
| | Odontología | 10 | 20.0 |
| | Nutrición | 10 | 20.0 |
| | Psicología | 10 | 20.0 |

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje

También se solicitó información sobre los datos antropométricos de los participantes de las diferentes facultades como se observa en la tabla 2

Para el análisis de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 21 para obtener frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación realizada en el campus del área de la salud con estudiantes de nivel superior. En primer lugar, se expone la estadística descriptiva de las características demográficas, datos antropométricos y datos de la prueba de Frindrisc, dando respuesta al objetivo de la investigación.

Estadística descriptiva

A continuación, se presentan los resultados sociodemográficos de los participantes de esta investigación donde se observa que el total fue de 50 estudiantes pertenecientes a las diferentes facultades del área de la salud, en la tabla 1 se muestra que el género que predominó fue el femenino con el 76%; con respecto a la ocupación el 96% de los participantes se dedica a estudiar solamente y solo el 4% trabaja y estudia. La cantidad de participantes por institución se observa con un 40% de la facultad de Enfermería, 20% a la facultad de Odontología, 20% a la facultad de Nutrición y 20% a la facultad de Psicología.

donde se muestra que la edad media fue de 19.94 años (*DE*: 2.05), la media del peso corporal fue de 65.13k (*DE*=17.62), con respecto al índice cintura

(ICC) fue de 81.74 cms. (DE=14.53). la media respecto a la talla se encontró que dé161.84 cms.

(DE=11.56) y por último en el IMC se obtuvo una media de 24.86 Kg/m²(DE=5.95).

Tabla 2

Medidas de tendencia central para datos antropométricos

| Variable | Mín. | Máx. | \bar{x} | DE |
|-------------------------|------|------|-----------|-------|
| Edad | 18 | 26 | 19.94 | 2.05 |
| Peso Corporal | 40 | 114 | 65.13 | 17.62 |
| Índice Cintura Cadera | 61 | 120 | 81.74 | 14.15 |
| Talla | 113 | 190 | 161.84 | 11.56 |
| Índice de Masa Corporal | 16 | 45 | 24.86 | 5.95 |

Nota= Min. = Valor mínimo Max. = Valor máximo \bar{x} = Media DE= Desviación Estándar

En lo que respecta al riesgo a desarrollar diabetes tipo 2 en los estudiantes del área de la salud se aplicó la prueba FINDRISC como se muestra en la tabla 3 donde se observa que el 100% de los participantes encuestados tienen una edad menor a 45 años. El 64% de se encontraban en un IMC menor de 25 kg /m², el 20% entre 25 y 30 kg/m² y el 16% en mayor a 30 kg/m². El ICC en hombres fue menor a 94 cm con un 16%, entre 94 y 102 cm fue el 6% y más de 102 cm un 2%. El ICC en mujeres menor de 80 cm fue del 48%, entre 80 – 88 cm un 16% y mayor a 88 cm fue de 12%. Con respecto a realizar ejercicio

habitualmente se reportó que un 58% si lo realiza y el 42% no realiza ejercicio. En cuanto al consumo de verduras y frutas se encontró que el 36% consumían todos los días y el 64% no todos los días. El 100% de los participantes reporto no consumir medicación para la hipertensión. El 8% de la muestra reporto niveles altos de glucosa alguna vez y el 92% no presentó ninguna alteración. El 70% de los participantes reportó antecedentes heredero familiares de DM en abuelos, tíos y/o primos hermanos. El 14% con padres, hermanos y/o hijos y el 16% no reporto ningún antecedente.

Tabla 3

Porcentaje de resultados de la prueba de Findrisc

| Variable | Categoría | f | % |
|----------------------------------|-------------------------------|----|-------|
| Edad | Menos de 45 años | 50 | 100.0 |
| | 45-a mas | 0 | 0 |
| Índice de Masa Corporal | Menor de 25 kg/m ² | 32 | 64.0 |
| | Entre 25-30 kg/m ² | 10 | 20.0 |
| | Mayor de 30 kg/m ² | 8 | 16.0 |
| Perímetro Cintura cadera Hombres | Menos de 94 cm | 8 | 16.0 |
| | Entre 94-102 | 3 | 6.0 |
| | Más de 102 cm | 1 | 2.0 |
| Perímetro Cintura cadera Mujeres | Menos de 80 cm | 24 | 48.0 |
| | Entre 80-88 cm | 8 | 16.0 |
| | Más de 88 cm | 6 | 12.0 |
| Realizan ejercicio habitualmente | Si | 29 | 58.0 |
| | No | 21 | 42.0 |

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|----|-------|
| Consumo de Verduras y frutas | Todos los días | 18 | 36.0 |
| | No todos los días | 32 | 64.0 |
| Medicación para Hipertensión | Si | 0 | 0 |
| | No | 50 | 100.0 |
| Valores de Glucosa Altos | Si | 4 | 8.0 |
| | No | 46 | 92.0 |
| Diagnóstico de DM a familiares | Si (Abuelos, tía, tío, primo hermano) | 35 | 70.0 |
| | Si (Padres, hermanos o hijos) | 7 | 14.0 |
| | No | 8 | 16.0 |

Nota= f = Frecuencia % = Porcentaje

Para dar respuesta al objetivo de esta la investigación que es Conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años en estudiantes del área de la salud se presentan los resultados de los puntajes de riesgo obtenidos con la

prueba de Findrisc en la tabla 4 donde se obtuvo que el 70% de tienen bajo riesgo, un 16% se encuentra en riesgo ligeramente elevado, un 12% en riesgo moderado, 2% en riesgo alto y no se encontró ningún participante con riesgo muy alto.

Tabla 4

Porcentaje de riesgo a desarrollar diabetes en los próximos 10 años

| Escala de riesgo total | | f | % |
|----------------------------|-------|----|------|
| Riesgo bajo | <7 | 35 | 70.0 |
| Riesgo ligeramente elevado | 7-11 | 8 | 16.0 |
| Riesgo moderado | 12-14 | 6 | 12.0 |
| Riesgo alto | 15-20 | 1 | 2.0 |
| Riesgo muy alto | >20 | 0 | 0.0 |

Nota= f = Frecuencia % = Porcentaje

Así mismo se presenta la respuesta a los objetivos específicos de conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años en estudiantes de acuerdo con el género

como lo muestra la tabla 5 donde se observa que 27 de las participantes del género femenino se encuentra en riesgo bajo, 6 en riesgo ligeramente elevado, 4 riesgo moderado y 1 en riesgo alto.

Tabla 5

Porcentaje de riesgo cardiovascular total por genero

| | | <7 | 7-11 | 12-14 | 15-20 | Total |
|--------|-----------|----|------|-------|-------|-------|
| Genero | Masculino | 8 | 2 | 2 | 0 | 12 |
| | Femenino | 27 | 6 | 4 | 1 | 38 |

| | | | | | |
|-------|----|---|---|---|----|
| Total | 35 | 8 | 6 | 1 | 50 |
|-------|----|---|---|---|----|

Nota= <7 riesgo bajo, 7-11 riesgo ligeramente elevado, 12-14 riesgo moderado, 15-20 riesgo alto.

Con respecto al riesgo a desarrollar diabetes tipo 2 en los próximos diez años por institución se muestra en la tabla 6 que la facultad de enfermería presenta 13 casos con un riesgo bajo, 5 casos de riesgo ligeramente elevado y 2 casos de riesgo

moderado; sin embargo, se observa que en la facultad de nutrición hay dos casos que llaman la atención de riesgo moderado y alto y en psicología hay un caso de riesgo ligeramente elevado y 1 caso de riesgo moderado.

Tabla 6

Porcentaje de riesgo total por facultad de estudio

| Variable | | <7 | 7-11 | 12-14 | 15-20 | Total |
|---------------------|-------------|----|------|-------|-------|-------|
| Facultad de estudio | Enfermería | 13 | 5 | 2 | 0 | 20 |
| | Odontología | 6 | 2 | 2 | 0 | 10 |
| Total | Nutrición | 8 | 0 | 1 | 1 | 10 |
| | Psicología | 8 | 1 | 1 | 0 | 10 |
| | | 35 | 8 | 6 | 1 | 50 |

Nota= <7 riesgo bajo, 7-11 riesgo ligeramente elevado, 12-14 riesgo moderado, 15-20 riesgo alto.

DISCUSIÓN

En el presente capítulo se discuten los resultados de los dos objetivos específicos y el objetivo general. El objetivo general del estudio fue conocer el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años en estudiantes del área de la salud.

El uso del instrumento Findrisk (Lindstrom J, Tuomilehto J, 2003), es uno de los elementos más aceptados por lo cual se sugiere seguir evaluando en población joven y de acuerdo con lo reportado con los diferentes autores (Mendiola Pastrana, Urbina Aranda, Muñoz Simón, Juanico Morales y López Ortiz, 2017; Mendoza, Zavala, Sánchez, López y Carranza, 2016) que apoyan esta investigación se podría sugerir el uso de una prueba de glicemia capilar en aquellos pacientes que presenten una puntuación arriba de 12 a 14 en adelante. Este instrumento se recomienda como una herramienta práctica en la atención primaria en salud de acuerdo con la revisión sistemática de la utilidad de findrisk para la detección de diabetes, personalización y asociaciones (Campos y Palomino 2018).

En relación con las características de la población encontramos que el 24% era masculino y el 76% femenino; el rango de edad obtenido fue de 18 a 26 en los estudiantes universitarios lo que es similar a lo reportado por Mendiola Pastrana, Urbina Aranda, Muñoz Simón, Juanico Morales y López Ortiz (2017) aunque estos autores su población fue mayor de 80 años y la media de 45.09 y Soares et al., (2014) quienes encontraron principalmente individuos pertenecientes a ese rango de edad. A su vez difieren a los autores que muestran población de mayor edad reportado por González, Pedraza, Ponce, Toro, Acevedo y Dávila (2018), Mendoza, Zavala, Sánchez, López y Carranza (2016) y Guerrero y Rodríguez (2010). Esto puede relacionarse ya que la población en la cual se presenta la diabetes es mayor de 40 años de acuerdo con el INEGI (2018). En los universitarios se considera que hay una menor predisposición a la aparición de la diabetes tipo 2 ya que su abordaje será por obesidad de acuerdo con los autores Mingorance 2017 y Kao, Sabin 2016.

En el objetivo general del estudio fue conocer el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los

próximos diez años en estudiantes del área de la salud, se encontró relación de acuerdo a los riesgos ligeramente elevado 16%, riesgo moderado 12% y riesgo alto 2% coincide con lo reportado por González, Pedraza, Ponce, Toro, Acevedo y Dávila (2018) que encontraron en su población resultados de ligeramente elevado con 37.5%, riesgo moderado con 31.3% y riesgo alto con 21.9% y Mendiola Pastrana, Urbina Aranda, Muñoz Simón, Juanico Morales y López Ortiz (2017) también identificaron ligeramente elevado en 22.0%, riesgo moderado en 18.9% y riesgo alto en 36.9%. Esto coincide con la probabilidad de padecer DM2 en la población en los próximos 10 años lo que puede deberse a los estilos de vida saludables presentes o no en las diferentes poblaciones.

De acuerdo con la información recolectada se encontró que la población cuenta con un nivel de educación superior lo cual indica que tienen conocimientos sobre los estilos de vida y los factores de riesgo; pero difiere de lo reportado por el INEGI (2015) donde se observa que el 23.7% de la población en México tiene un nivel educativo inferior o igual a la secundaria.

Con respecto al primer objetivo específico, conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos 10 años en estudiantes de acuerdo con el género, se encontró que predominó del género femenino con un 76% lo cual concuerda con García et al. (2018), González, Ponce, Toro, Acevedo y Dávila (2017) Mendiola Pastrana, Urbina Aranda, Muñoz Simón, Juanico Morales y López Ortiz (2017), Soares et al., (2014) y Guerrero y Rodríguez (2010), así como lo reportado en México donde el 51.4% representa al sexo femenino y con menor porcentaje en el sexo masculino de 48.6% (INEGI, 2015).

De acuerdo con el segundo objetivo específico que es conocer el riesgo a desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos diez años de acuerdo con la institución educativa se demostró que 1 participante encuestado perteneciente a la facultad de nutrición se encontraba en riesgo alto, 6 participantes se encontraban en riesgo moderado de los cuales 2 pertenecientes a la facultad de enfermería, 2 a odontología, 1 a nutrición y 1 de

psicología. De acuerdo con los estudios relacionados ninguna investigación se realizó específicamente en facultades del área de la salud, lo cual llama la atención porque al ser de un área de la salud se consideraría mayor conocimiento sobre la prevención de los estilos de vida saludables ya que se espera que durante su formación profesional obtengan un nivel adecuado de conocimientos en este campo puesto a que son los principales responsables de transmitirlo a la población en general jugando de esta manera un papel esencial para la salud (López y Mandujano 2016).

En los datos antropométricos de este estudio predominó el IMC dentro del parámetro normales (18.5 a 24.9 kg/m²) con un 32% a diferencia de González, Pedraza, Ponce, Toro, Acevedo y Dávila (2018) que en su estudio predominó la Obesidad con un 42.4%; Mendiola Pastrana, Urbina Aranda, Muñoz Simón, Juanico Morales y López Ortiz (2017) con sobrepeso de 38.9% lo cual concuerda con la ENSANUT MC (2016) que el 72.5% de la población tiene sobrepeso u obesidad en México.

El ICC en hombres fue menor a 94 cm con un 16%, entre 94 y 102 cm fue el 6% y más de 102 cm un 2%. El ICC en mujeres menor de 80 cm fue del 48%, entre 80 – 88 cm un 16% y mayor a 88 cm fue de 12%. Lo cual difiere de lo reportado por Rodríguez, Mendoza, Sirtori, Caballero, Suarez y Álvarez (2018) donde encontraron que el ICC en mujeres fue de 85.4 (DE=12.6) y en hombres de 89.8 (DE=11.9).

Por lo cual es importante continuar con el uso de este instrumento y seguir estudiando a este tipo de población que como ya se mencionó antes no se considera de riesgo en esta enfermedad.

Conclusiones

El instrumento Findrisc es una herramienta utilizada para la detección simple, rápida y no invasiva de individuos con riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 en los próximos 10 años, de acuerdo con lo reportado en este estudio se encontró que el 70% de tienen bajo riesgo, un 16% se encuentra en riesgo ligeramente elevado, un 12% en riesgo moderado, 2% en riesgo alto y no se encontró ningún participante con riesgo muy alto.

Con el presente trabajo se concluye que,

aunque tienen un 70 % con un riesgo bajo para desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2, un 30% se encuentra con un riesgo notable indicando un porcentaje el cual no debería prevalecer ya que somos estudiantes del área de la salud y cuentan con los conocimientos necesarios para la prevención de DM2.

Recomendaciones

Se sugiere seguir utilizando el instrumento en población joven para conocer con exactitud el Riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en estudiantes del área de la salud, así como también se recomienda que la muestra sea mayor con el objetivo de extender los hallazgos del presente estudio.

Desarrollar en un futuro intervenciones para la

prevención de la diabetes mellitus en adolescentes, así mismo se recomienda llevar con más tiempo las solicitudes a las instituciones debido al largo tiempo de respuesta.

Limitaciones

En la presente investigación algunas limitantes del estudio fueron el tiempo de respuesta prolongado de las instituciones en donde se llevaría a cabo la recolección de datos, otro factor fue el tamaño de muestra perteneciente ya que no permite tener una muestra más representativa y ampliaría el panorama de los resultados. Además, el tiempo para poder realizar la investigación dado que se mantienen las clases teóricas

REFERENCIAS

- American Diabetes Association (2017). Datos sobre la diabetes. Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes/>
- American Diabetes Association (January 2019). Improving care and promoting health in populations: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2019; 42 (S-1) 1-204. ISSN 0149-5992.
- American Diabetes Association,(2017) National Diabetes Statistics Report.Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States. 1-20
- Anguiano, A, D. (26 de enero del 2016). Padece diabetes 14.6% de la población de NL. El Financiero. Recuperado de: <https://www.elfinanciero.com.mx/monterrey/padece-diabetes-14-de-la-poblacion-de-nl>
- Arredondo, L, A., Barquera, C, S., Cisneros, G, N., Ascencio, M, J., Cruz, L, M., Larrañaga, A, M., Morloy, G. (2016). Asumiendo-Control-Diabetes, Fundación Mídete, 1-62.
- Báez, H ,F, J., Flores, M, M., Bautista, B, E., Sánchez, H, L. (2011) Factores de riesgo para la diabetes mellitus en el profesional de enfermería. Enferm.univ 8(2) 1-8.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición a medio camino (ENSANUT MC), (2016). Informe final de resultados. consultada en febrero 2018, recuperada de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Federación Mexicana de Diabetes A.C (Octubre 2, 2014). Diabetes en México Estados Unidos. Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico/>
- García O, Colomer V, Ruiz ED, Pérez C, Baixauli VJ, Climent MT, Salar L, Gil M, Gómez C (2018). Diseño y desarrollo del servicio de cribado de diabetes y prediabetes del MICOV de valencia. Farmacéuticos

Comunitarios. 10(Suplemento 1):218

- González P. A. A, Ponce R. E. R; Toro B. F., Acevedo G. O., Dávila M. R. (2017) Cuestionario FINDRISC Finnish Diabetes Risk Score para la detección de diabetes no diagnosticada y prediabetes. Archivos en medicina familiar. Vol. 20(1) 5-13.
- Guerrero-Romero F, Rodríguez-Morán M. Validación de un instrumento para el tamizaje de casos de diabetes tipo 2 y la vigilancia de personas en riesgo en México. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(3):181–6.
- Hernández S.R, Fernández C, C. y Baptista L.P (2014) Metodología de la investigación. Ed McGrawHill 6ta edición
- Hernández, A, M., Gutiérrez J, P., Reynoso, N, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Publica Mex; 55 supl 2:S129-S136. Recuperado de [file:///C:/Users/MFAEN/Downloads/Diabetes mellitus en mexico el estado de.pdf](file:///C:/Users/MFAEN/Downloads/Diabetes%20mellitus%20en%20mexico%20el%20estado%20de.pdf)
- Lindström J., Tuomilehto, J. (2003) The diabetes risk score:a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care; 26(3):725-31
- Mendiola, I, R., Urbina, A, I., Muñoz, A,E., Juanico, M, G., López, O, G. (2018) Evaluación del desempeño del Finnish Diabetes Risk Score findrisc como prueba de tamizaje para diabetes mellitus tipo 2. Aten Fam. 25(1):22-26.
- Mendoza, L, E,Y., Zavala, I,V., Sánchez, G,M,V., López, C,S,M., Carranza, M,J,(2016) Detección de diabetes mellitus en adolescentes con sobrepeso y obesidad., Med Int Mex; 32(1) 9-12.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Recuperada de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Observatorio Mexicano e Enfermedades No transmisibles (OMEN), 2018. Resultados de Nuevo León consultado en marzo del 2018 recuperado de la <http://oment.uanl.mx/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Diabetes. Recuperado de: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Organización Mundial de la salud (2018) obesidad y sobrepeso. Datos y cifras recuperado de recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud, (2016). Informe mundial sobre la Diabetes. ISBN 978 92 4 356525 5 Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=5CDF33E48112E24226EB985A1AB5A652?sequence=1>
- Reyes Sanamé, Félix Andrés, Pérez Álvarez, María Luisa, Alfonso Figueredo, Ernesto, Ramírez Estupiñan, Mirtha, & Jiménez Rizo, Yaritza. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Correo Científico Médico, 20(1), 98-121. Recuperado en 08 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009&lng=es&tng=es.
- Salazar,G,CP., Moreno,M,H,B., Roblero,G,S,R.,Jimenez,P,T,A. (2015) Registro y vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus tipo 2 en estudiantes universitarios, Difusión de la ciencia 1(4).
- Secretaria de salud (2002), Manual de procedimientos: Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas En el Adulto y Adulto Mayor, 1-30. Recuperado de <https://epifesz.files.wordpress.com/2016/08/6manual-de-procedimientos-toma-de-medidas-clinicas-y-antropometricas.pdf>

- Secretaria de Salud (2014) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: México, D.F. recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Senise C, Martinez P, Fuentes JE, Rodríguez R (2018). Cribado de diabetes y prediabetes mediante la utilización del test Findrisc. Propuesta de intervención. Farmacéuticos Comunitarios. 10(Suplemento 1):303
- Soares, L, A, C., Morua, A, M, F., Freire, W, J., Zanetti ,L,M., Almeida, P, C., Coelho, D, M.,(2014) Factores de riesgo para la diabetes mellitus tipo 2 en universitarios: asociados con variables sociodemográficas., latino-Am. Enfermagem, 22(3) 485-489, DOI 10.1590/0104-1169.3053.2441.

DETERMINANTES BIOPSIICOSOCIALES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: EVIDENCIAS DE INVESTIGACIÓN

Se terminó de elaborar en Julio 2023 en Jefatura de Servicios Académicos de la Facultad de Enfermería, ubicados en Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460

Su edición es digital.





UANL

LOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD COMO LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES SON PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA, ABORDARLOS A TRAVÉS DE UN ENFOQUE HOLÍSTICO (BIOPSIOSOCIAL) PUEDE MARCAR LAS PAUTAS PARA DETECTAR DETERMINANTES QUE PUEDAN ESTAR OCASIONADO ALTERACIONES EN LA SALUD DE ESTE GRUPO Y GENERAR ACCIONES QUE PUEDA CONTRIBUIR A SU BIENESTAR EN UN FUTURO.

ESTE LIBRO SE ENFOCA EN LAS EVIDENCIAS DE INVESTIGACIÓN QUE SE HAN REALIZADO EMPÍRICAMENTE POR GRUPOS DE INVESTIGACIÓN MEXICANOS, EN DÓNDE SE ENCUENTRA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE DIVERSAS ÁREAS TEMÁTICAS.

ISBN: 978-607-27-2101-2



9 786072 721012