

# SALUD MENTAL Y FÍSICA

## en ambientes universitarios

Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz  
Victor Alexander Quintana López  
Mirsha Alicia Sotelo Castillo  
Nadia Lourdes Chan Barocio  
(Coordinadores)





# **SALUD MENTAL Y FÍSICA**

**en ambientes  
universitarios**



# SALUD MENTAL Y FÍSICA en ambientes universitarios

Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz  
Victor Alexander Quintana López  
Mirsha Alicia Sotelo Castillo  
Nadia Lourdes Chan Barocio  
(Coordinadores)



Primera edición digital: diciembre 2023

“La presente publicación ha sido dictaminada bajo un proceso doble ciego por pares académicos nacionales e internacionales”.

“Publicación financiada con recurso del Programa de Fomento y Apoyo a Proyectos de Investigación (PROFAPI 2023) del Instituto Tecnológico de Sonora”.

*Reservados todos los derechos conforme a la ley*

D.R. © 2023 Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz, Victor Alexander Quintana López, Mirsha Alicia Sotelo Castillo, Nadia Lourdes Chan Barocio  
(Coordinadores)

D.R. © 2023 Editorial Fontamara, S.A. de C.V  
Av. Hidalgo No. 47-b, Colonia Del Carmen  
Alcaldía de Coyoacán, 04100, CDMX, México  
Tels. 555659-7117 y 555659-7978  
Email: contacto@fontamara.com.mx  
coedicion@fontamara.com.mx  
www.fontamara.com.mx

ISBN: 978-607-736-844-1

Hecho en México  
*Made in Mexico*



# ÍNDICE

PRÓLOGO..... 9

*Ana María Calderón de la Barca*

## CAPÍTULO 1.

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES  
DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA .....11

*Marco Antonio Zárate-López, Armando Viramontes-Perez,  
Osneida Damaris López-Eugenio, Karla Marina Molina-Ortega*

## CAPÍTULO 2.

FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA E IDEACIÓN SUICIDA  
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS .....23

*Camila Dominic Fonseca Vega, Laura Fernanda Barrera Hernández*

## CAPÍTULO 3.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR  
LA AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA.....33

*Karina Imay Jacobo, Litzzy Anayetzy Borbón Yocupicio,  
Nadia Lourdes Chan Barocio, Brigit Arlette Escobar Fuentes*

## CAPÍTULO 4.

VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN  
CORPORAL EN USUARIOS DEL GIMNASIO ITSON NAVOJOA .....42

*Joel Alejandro Oloño Meza, Ivone Guadalupe Rabago Murillo,  
Carlos Artemio Favela Ramírez, Daniel Antonio Rendón Chaidez*

## CAPÍTULO 5.

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DE ESTUDIANTES  
DE MEDICINA CON ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS..... 51

*María Edhy Echevarría Félix, Diana Bueno Gutiérrez,  
Deysy Margarita Tovar Hernández, Lisette Atala*

CAPÍTULO 6.	
CALIDAD DE VIDA EN UNIVERSITARIOS DURANTE LA NUEVA NORMALIDAD DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 .....	64
<i>Karina de Jesús Díaz-López, Jacquelin Hernández-Zapata, Luis Armando Olmos-Arreguín, Irán Elizabeth Cubillas-Estrella</i>	
CAPÍTULO 7.	
CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON GRASA CORPORAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN UNIVERSITARIOS .....	74
<i>Edith Valbuena-Gregorio, Adriana Alejandra Márquez Ibarra, Blanca Estela Mariscal Ramírez, Ana María González Ponce</i>	
CAPÍTULO 8.	
CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y SU RELACIÓN CON INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS .....	86
<i>Ana Rentería-Mexía, Mónica Grijalva-Guerrero, Gabriela Ulloa-Mercado, Ana Escárcega-Galaz</i>	
CAPÍTULO 9.	
EL ACOSO LABORAL EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR. EL CASO DE LAS MUJERES ADMINISTRATIVAS .....	102
<i>Rosario Román Pérez, Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez, Sandra Elvia Domínguez Ibáñez</i>	
CAPÍTULO 10.	
CALIDAD DE SUEÑO .....	114
<i>Martha Rosales Aguilar, Manuel Alexander López Ortega</i>	
CAPÍTULO 11.	
UNA GUERRA SILENCIOSA: HABLEMOS DE BULIMIA. UN ACERCAMIENTO A LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL .....	127
<i>Karyme Díaz García, Sara Gabriela Flores Vilchis, Mario Giovanni Mondragón Victoria, Paulina Patricia Rábago Sánchez, Alejandra Valencia Camacho</i>	
ACERCA DE LOS COORDINADORES .....	138



## PRÓLOGO

Desde la madurez hacemos retrospectión y añoramos la juventud, quizá por desmemoriados o por ver nuestras viejas fotos con el rostro lozano y el cuerpo firme. Quizá replicamos la añoranza de esos mayores de hace varias decenas de años, que al parecer de jóvenes se la pasaban festejando; aunque es cierto, debían trabajar desde muy jóvenes, muchos ya tenían responsabilidades de familia a la edad en que ahora una mayoría sigue dependiente de los padres. Desde luego que tenían su costalito de estrés a cuestras, pero no estuvieron expuestos a las presiones de un estudiante universitario actual.

El estrés al que se ve sometido un estudiante universitario ahora es muy fuerte y de diversa índole, además puede variar dependiendo del área de estudio y el nivel, licenciatura o posgrado. Las expectativas de la familia y del propio estudiante son una carga pesada sobre sus hombros. Son también motivo de estrés, las presiones por la calificación, especialmente para quien es becario. Así, hay desvelos muy a menudo y malpasadas en donde a veces solo hay a la mano alimentos de mala calidad, si es que hay alguno, además de sodas. La tensión se recrudece en las últimas semanas antes de fin de cursos y se desarrolla gastritis o síndrome de intestino irritable, si el estudiante está relativamente saludable. Si no goza de buena salud física, se recrudecen las alergias y las migrañas; si lo que falla es la salud mental, el estudiante cae en depresión, ansiedad u otra manifestación del descontrol.

Otro motivo de tensión puede ser el de las relaciones con la pareja, amistades y compañeros de clase. El tira y afloja en las relaciones familiares es desgastante, también lo es que la pareja no comprenda la situación del o la estudiante porque no estudia lo mismo o se dedica a algún trabajo rutinario. En cuanto a la clase, si destaca o se atrasa demasiado, los compañeros presionan. Y por último, pero muy importante, el ambiente que rodea al estudiante. En nuestras poblaciones mexicanas, la oferta de trabajo es raquítica y el futuro económico incierto. Hay inseguridad notoria y se percibe el temor a un asalto, si no es que algo peor al salir a la calle... y para colmo, se padeció recientemente el COVID, al menos su confinamiento, que no fue poca cosa.

Buenos conocedores de esta problemática de los estudiantes, la Dra. Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz, la Dra. Mirsha Alicia Sotelo Castillo y la Mtra. Nadia Lourdes Chan Barocio, del Instituto Tecnológico de Sonora, y el Dr. Victor Alexander Quintana López, de la Universidad Autónoma de Baja California, han compilado este libro, *Salud mental y física en ambientes educativos*. El objetivo es compartir experiencias y sentar bases para diseñar estrategias de educación, para corregir malos hábitos que afectan la salud mental y física de los estudiantes.

El libro consta de 11 capítulos a cargo de profesores, especialistas del área médica y algún estudiante, de licenciatura, especialidad y posgrado, de diferentes instituciones del país. Participan profesores de diferentes campus de la Universidad Autónoma de Baja California; del Instituto Tecnológico de Sonora, en Cd. Obregón; de la Universidad de Sonora; del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, de Hermosillo, Sonora; de la Universidad Durango Santander; de la Universidad Autónoma del Estado de México; con coautorías de la Universidad de California, San Diego y la Universidad de Guadalajara.

Los temas de los capítulos van desde la calidad del sueño, conductas alimentarias de riesgo, depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de posgrado, así como técnicas para mejorar el estilo de vida. También se incluyen capítulos sobre flexibilidad psicológica e ideación suicida, salud mental y física, calidad de vida después del COVID-19, y desórdenes alimentarios, como bulimia. Un capítulo trata del acoso laboral al personal que labora en las instituciones académicas. Otro, describe el efecto en el peso corporal, del consumo de bebidas azucaradas por los estudiantes; mientras hay autores que tratan sobre intervención educativa para mejorar la autoestima en estudiantes. En fin, una problemática diversa, punzante y enriquecedora.

¡Saquemos provecho de estas experiencias descritas en el libro!

*Dra. Ana María Calderón de la Barca*



# CAPÍTULO 1.

## DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA

*Marco Antonio Zárate-López\**

*Armando Viramontes-Perez\*\**

*Osneida Damaris López-Eugenio\*\**

*Karla Marina Molina-Ortega\*\*\**

Universidad Durango Santander, campus Ciudad Obregón.\*

Facultad de Medicina Mexicali,

Universidad Autónoma de Baja California.\*\*

Escuela de Ciencias de la Salud (Ensenada),

Universidad Autónoma de Baja California.\*\*\*

### **Introducción**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022), la salud mental es aquel estado de bienestar mental que permite a los seres humanos hacer frente a todas las situaciones que generan estrés, y que propicia el desarrollo de habilidades personales, sociales y profesionales, lo que ayuda a que el individuo viva en pro de su comunidad. Sin duda, la salud mental además de ser un derecho humano fundamental, es un elemento esencial, pero puede verse afectada con facilidad por los acontecimientos en el mundo, como pueden ser las crisis económicas, emergencias humanitarias, migración, crisis ambientales y brotes de enfermedades que pueden cambiar todo el rumbo de una sociedad, como recientemente lo vimos por el COVID-19. De tal manera que, para poder lograr la salud mental, hay que tener un equilibrio entre las personas y el entorno sociocultural.

Cuando la salud mental se ve afectada puede aparecer la depresión, provocando angustia en quienes la padecen e incidiendo de manera importante en todas sus afectaciones cotidianas. La depresión puede presentarse en un nivel leve, moderado o grave, en este último nivel

las personas están en riesgo de suicidarse. Se estima incluso que en el mundo se suicidan 800 mil personas al año, y en general la depresión afecta a los sistemas de salud, al mundo laboral y a todos los familiares de las personas que viven con depresión (Morales-Fuhrmann, 2017). En un estudio realizado en personal de salud, se encontró que 74.2% tenían depresión y 30% presentaba ideación suicida (Santos *et al.*, 2018). Pese a que se conoce que el síndrome de burnout provoca desmotivación y afecta la calidad de trabajo, son pocos los estudios que se han realizado para evaluar la salud mental en profesionales de la salud, quizá porque tal vez se piense que por la misma profesión tengan un mayor control y bienestar. Recientemente se han empezado a evaluar diferentes dimensiones que conforman la salud mental en medio de lo que la pandemia COVID-19 ha representado para ellos.

Además de la depresión, la ansiedad también se hace presente en los profesionales de la salud. Altos niveles de ansiedad, por ejemplo, pueden encontrarse cuando los estudiantes de las áreas relacionadas con la salud perciben un riesgo de afectación en su rendimiento académico. En un estudio realizado con alumnos de medicina, se encontró que 26.5% presentaba altos niveles de ansiedad y 30.1% presentó síntomas de depresión, todo ello relacionado con la angustia por las evaluaciones académicas, así como con las dificultades para relacionarse con sus compañeros (Caro *et al.*, 2019). En estudiantes de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se encontraron altos niveles de ansiedad, asociados con hablar en público y presentar exámenes orales o escritos. Los autores de esta investigación recomiendan que los profesores sean más empáticos con los alumnos y que las instituciones educativas brinden a los alumnos habilidades para manejar mejor las situaciones generadoras de ansiedad (Tapia *et al.*, 2016). La posible explicación, según las investigaciones realizadas para evaluar la salud mental de los profesionales del área de la salud, es por la responsabilidad que implica preservar la salud física y mental de los pacientes y cumplir, a su vez, con las expectativas de los familiares de todos los pacientes.

Por último, pero no por eso menos importante, otro factor que incide de manera directa e importante en la salud mental es el estrés. En un estudio realizado con 1 801 universitarios inscritos en diferentes programas educativos, se encontraron niveles medios y medios altos de estrés en 83% de la muestra. Se encontraron mayores niveles de estrés en los alumnos más jóvenes y en las mujeres, así como que trabajar,

además de estudiar, practicar actividad física y tener mejores hábitos de sueño, ayudan a disminuir los niveles de estrés (Cassareto *et al.*, 2021). En estudiantes del área de la psicología, se han encontrado altos indicadores que evidencian problemas de salud mental ocasionados por las exigencias académicas y por los problemas en las dinámicas familiares de los alumnos (Cuamba-Osorio y Zazueta-Sánchez 2021).

## **Objetivo**

Analizar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en profesionales inscritos en una maestría en psicoterapia cognitivo conductual y en una especialidad en ortodoncia.

## **Metodología**

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

Investigación básica con diseño no experimental, enfoque cuantitativo y de tipo descriptiva, que incluyó una muestra intencional de licenciados en Psicología inscritos en una maestría en psicoterapia cognitivo conductual y licenciados en Odontología inscritos en una especialidad en ortodoncia, ambos programas pertenecen a instituciones educativas del sector privado en Mexicali, Baja California. En total, se incluyó a 20 profesionistas, entre hombres y mujeres.

### ***Instrumento de medición***

Se utilizó la *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21) para evaluar las variables de depresión, ansiedad y estrés a través de 21 reactivos. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuestas: no se aplica a mí en absoluto (0), se aplica a mí hasta cierto punto (1), se aplica a mí en un grado considerable, o buena parte del tiempo (2), se aplica mucho a mí, o la mayoría del tiempo (3). En general, a mayor puntuación en cada una de las variables, es más alta la depresión, la ansiedad y el estrés. Se le pide a la persona que responda considerando cómo se ha sentido durante la última semana previa a la aplicación (Lovibond y Lovibond, 1995).

## ***Procedimiento***

El instrumento DASS-21 fue aplicado a través de un formulario de Google Forms y aplicado a los participantes con el apoyo del autor principal de esta investigación. Después de explicarles el objetivo de la investigación y en qué consistía su participación, aquellos alumnos que decidieron participar, aceptaron el consentimiento informado en el que se expresaba la justificación del estudio, los datos de contacto, ventajas y desventajas de participar en la investigación.

## ***Análisis estadísticos***

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 21. Se utilizó estadística descriptiva para analizar medias, desviaciones estándar y frecuencias de los datos sociodemográficos y de las variables de depresión, ansiedad y estrés.

## ***Aspectos éticos***

Los participantes fueron informados del objetivo de la investigación, así como los beneficios de participar en la misma y las desventajas de hacerlo. Se les hizo mucho énfasis en que la participación era completamente voluntaria y que podían dejar de responder en el momento que así lo consideraran por cualquier razón. En el mismo consentimiento informado por escrito, se les explicó que en la publicación de los datos no se incluirían sus nombres, ni otros datos que permitieran identificarlos de alguna manera.

## **Resultados**

La media de edad de los 20 participantes fue de 36.3 años; 65% fueron mujeres y 35%, hombres. Respecto al estado civil, 50% se encontraban casados o en unión libre y 50%, solteros. Por último, 90% se dedica a trabajar y a estudiar la especialidad o maestría, y 10% solo a estudiar.

Tabla 1. *Datos sociodemográficos de los participantes*

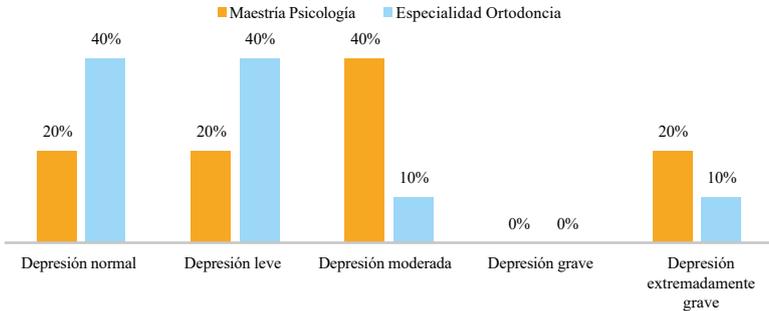
	<b>% (n)</b>
Edad	36.30 ± 12.17*
Sexo**	
Hombre	35% (7)
Mujer	65% (13)
Estado Civil**	
Casado o Unión libre	50% (10)
Soltero	50% (10)
Ocupación**	
Estudio la especialidad	10% (2)
Trabajo y estudio la especialidad	90% (18)

\*Datos presentados en media y desviación estándar.

\*\*Datos presentados en porcentajes.

En los psicólogos inscritos en el programa educativo de Maestría en Psicoterapia cognitivo conductual, se encontraron los siguientes niveles en la variable de depresión: 20% normal, 20% leve, 40% moderado y 20% extremadamente grave. En los odontólogos inscritos en la Especialidad en Ortodoncia, 40% depresión normal, 40% depresión leve, 10% depresión moderada y 10% depresión extremadamente grave (ver Gráfica 1).

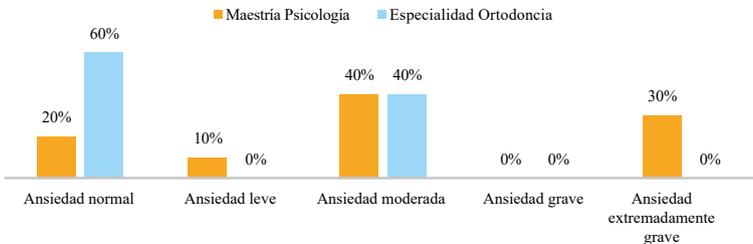
Gráfica 1. *Niveles de depresión*



Datos presentados en porcentajes.

En quienes están inscritos en la Especialidad en Ortodoncia, se encontró 60% de ansiedad normal y 40% de ansiedad moderada. En cuanto a los alumnos de la Maestría en Psicoterapia cognitiva, 40% presentó ansiedad normal, 10% ansiedad leve y 30% ansiedad extremadamente grave (ver Gráfica 2).

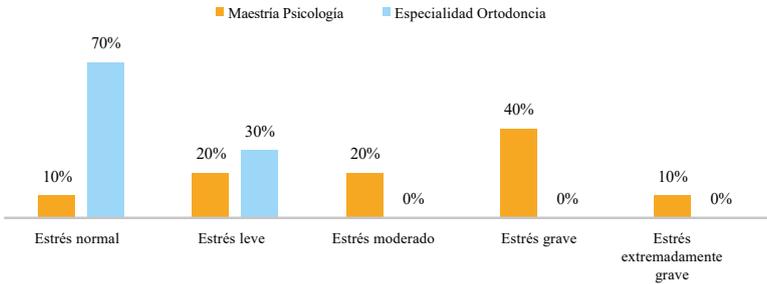
Gráfica 2. *Niveles de ansiedad*



Datos presentados en porcentajes.

Se observó 70% de estrés normal y 30% de estrés leve en los estudiantes de la Especialidad en Ortodoncia. Los psicólogos presentaron 10% de estrés normal, 20% leve, 20% moderado, 40% grave y 10% de estrés extremadamente grave (ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Niveles de estrés



Datos presentados en porcentajes.

Al analizar la variable de depresión, según el sexo de los participantes: 30.8% de las mujeres presentó un nivel normal, 23.1% leve, 38.5% moderado y 7.7% extremadamente grave, mientras que en los hombres, 28.6% un nivel normal, 42.9% leve y 26.6% extremadamente grave. De los hombres, 57.1% presentaron un nivel normal de ansiedad, 28.6% moderado y 14.3% extremadamente grave, y de las mujeres, 30.8% tuvo un nivel de ansiedad normal, 7.7% leve, 46.2% moderado y 15.4% extremadamente grave. En la variable de estrés, 38.5% de las mujeres presentaron un nivel normal, 23.1% leve, 15.4% moderado y 23.1% grave; respecto a los hombres, 57.1% nivel normal, 14.3% leve, 14.3% grave, y por último 14.3% extremadamente grave (ver Tabla 2).

Tabla 2. Niveles de depresión, ansiedad y estrés según el sexo

	Hombre (n = 7)	Mujer (n = 13)
<i>Depresión**</i>		
Normal	28.6% (2)	30.8% (4)
Leve	42.9% (3)	23.1% (3)
Moderado	0% (0)	38.5% (5)
Grave	0% (0)	0% (0)
Extremadamente grave	28.6% (2)	7.7% (1)

<i>Ansiedad**</i>		
Normal	57.1% (4)	30.8% (4)
Leve	0% (0)	7.7% (1)
Moderado	28.6% (2)	46.2% (6)
Grave	0% (0)	0% (0)
Extremadamente grave	14.3% (1)	15.4% (2)
<i>Estrés**</i>		
Normal	57.1% (4)	38.5% (5)
Leve	14.3% (1)	23.1% (3)
Moderado	0% (0)	15.4% (2)
Grave	14.3% (1)	23.1% (3)
Extremadamente grave	14.3% (1)	0% (0)

\*\*Datos presentados en porcentajes.

Al explorar la variable de depresión, 90% de los participantes solteros presentan niveles de normales a moderados, así como 80% de los casados o que viven en unión libre. Un nivel extremadamente grave de depresión se observó en 20% de los casados y 10% de las personas solteras. En la variable de ansiedad, 90% de las personas casadas o en unión libre tienen niveles de normal a moderado y mismos niveles para 80% de las personas solteras, no así el 20% de los solteros, que presentaron un nivel extremadamente grave y 10% de los casados. Por último, para la variable de estrés, 30% de los solteros presentaron niveles normales, 10% leve, 20% moderado y 40% grave; mientras que 60% de los casados o que se encuentran viviendo en unión libre, y 60% presentó niveles normales de estrés, 30% nivel leve y 10% extremadamente grave.

Tabla 3. Niveles de depresión, ansiedad y estrés según el estado civil

	Casado o Unión libre (n = 10)	Soltero (n = 10)
<i>Depresión**</i>		
Normal	30% (3)	30% (3)
Leve	30% (3)	30% (3)
Moderado	20% (2)	30% (3)
Grave	0% (0)	0% (0)
Extremadamente grave	20% (2)	10% (1)
<i>Ansiedad**</i>		
Normal	50% (5)	30% (3)
Leve	10% (1)	0% (0)
Moderado	30% (3)	50% (5)
Grave	0% (0)	0% (0)
Extremadamente grave	10% (1)	20% (2)
<i>Estrés**</i>		
Normal	60% (6)	30% (3)
Leve	30% (3)	10% (1)
Moderado	0% (0)	20% (2)
Grave	0% (0)	40% (4)
Extremadamente grave	10% (1)	0% (0)

\*\*Datos presentados en porcentajes.

## Discusión

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de la presente investigación fue analizar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en profesionales de la salud (psicólogos y odontólogos) que se encuentran inscritos en una maestría en psicoterapia cognitiva y una especialidad en ortodoncia. Respecto a la dimensión de depresión, se encontraron altos niveles de depresión en los psicólogos y odontólogos, las mujeres

presentaron niveles moderados y los hombres, extremadamente graves; esto último coincide también con las personas que se encuentran casadas o viviendo en unión libre. Estos datos coinciden con los resultados de una investigación con estudiantes de psicología en los que identificaron altos niveles de depresión en 22% (Ruiz *et al.*, 2017). En otro estudio realizado con estudiantes, también de psicología, los autores encontraron una prevalencia alta de depresión y habilidades de afrontamiento bajas (Cuamba-Osorio y Zazueta Sánchez, 2021). En una investigación reciente para evaluar estrés y depresión en estudiantes de odontología, se observó que a partir del sexto semestre empieza a aumentar la depresión y el estrés, y de manera gradual conforme van aumentando hasta el décimo semestre (Vilela y Flores, 2021). Lo anterior indica que, a medida que se van acercando a la meta de ser profesionales, mayor es la afectación en la salud mental y esto pudiera explicar los resultados en nuestra investigación.

Al analizar la ansiedad en ambos profesionales, se encontraron niveles moderados y en los psicólogos, niveles de ansiedad extremadamente graves. A diferencia de los hombres, las mujeres presentan mayores niveles moderados y extremadamente graves de ansiedad; y estos mismos resultados son similares con las personas solteras, a diferencia de las personas casadas. Los datos coinciden con los de Arbildo-Vega *et al.* (2014), quienes reportan en una investigación realizada con alumnos de odontología: 49.5% de niveles medios de ansiedad y 47.4% de nivel alto. Por otra parte, en un estudio realizado con alumnos de psicología mientras se preparaban académicamente para atender a su primer paciente, Estay-Anguita (2017) encontró altos niveles de ansiedad. Esto pudiera explicar los resultados de nuestra investigación, en la que los psicólogos inscritos en la Maestría en Psicoterapia Cognitiva presentan altos niveles de ansiedad, probablemente por lo que les genera estar atendiendo a pacientes durante su formación académica.

En el análisis de estrés, se encontraron niveles leves en psicólogos y odontólogos, y en los psicólogos niveles moderados, graves y extremadamente graves. Las mujeres presentaron niveles moderados y graves de estrés, mientras que los hombres, graves y extremadamente graves. A diferencia de las personas casadas o en unión libre, los solteros presentaron niveles moderados y graves de estrés. Los resultados encontrados con los psicólogos coinciden con lo encontrado en otra investigación con alumnos de psicología de instituciones públicas y privadas, en las

que los autores encontraron que 97% de la muestra presentaban estrés académico (Herrera y Alonso, 2020). Por otra parte, en nuestro estudio encontramos en los profesionales de odontología niveles más bajos que los reportados en otros estudios con alumnos de odontología (Barraza *et al.*, 2019; Pozo *et al.*, 2016), esto tal vez puede explicarse porque, a diferencia de los alumnos de pregrado, no les genera tanta tensión poder conseguir pacientes para sus prácticas de las asignaturas que cursan.

## Conclusiones

Los profesionales de psicología y odontología inscritos en los programas de maestría y especialidad tienen una afectación en su salud mental, ocasionada quizá por la carga de trabajo que les demanda sus profesiones y además los estudios que se encuentran cursando. Es importante que las instituciones educativas brinden estrategias que ayuden a mejorar el bienestar emocional de alumnos de pregrado y posgrado inscritos en programas de la salud. Lo anterior para disminuir los niveles de depresión, ansiedad y estrés, que sin duda ayudará a que puedan realizar mejor sus actividades profesionales y gozar de mejores relaciones sociales y personales. Es necesario explorar sobre todo aquellos factores que están incidiendo en la depresión, ansiedad y altos niveles de estrés de los profesionales del área de la salud.

## Referencias

- Arbildo-Vega, H. I. (2015). Niveles de ansiedad en estudiantes de odontología de una universidad peruana. *Revista Kiru*, 11(2).
- Barraza, A., García, L. A. G., Madero, A. G., y De León, F. C. (2019). El estrés académico en alumnos de odontología. *Revista Mexicana de Estomatología*, 6(1), 12-26.
- Caro, Y., Trujillo, S., y Trujillo, N. (2019). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 13(1), 41-52.
- Cassaretto, M., Vilela, P., y Gamarra, L. (2021). Estrés académico en universitarios peruanos: importancia de las conductas de salud, características sociodemográficas y académicas. *LIBERABIT. Revista Peruana de Psicología*, 27(2), e482-e482.

- Cuamba Osorio, N., y Zazueta Sánchez, N. A. (2021). Depresión, afrontamiento y rendimiento académico en estudiantes de Psicología. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(SPE1).
- Cuamba Osorio, N., y Zazueta Sánchez, N. A. (2021). Relaciones familiares y salud mental en estudiantes de psicología. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(SPE1).
- Estay Anguita, J. (2017). *Presencia de ansiedad en alumnos de psicología frente a su primer paciente*. Universidad de Las Américas (Chile).
- Herrera, S. V. S., y Alonso, L. M. (2020). Estudio comparativo sobre estrés académico en estudiantes de psicología de una universidad pública y privada. *Alternativas en Psicología*, 43, 79-90.
- Lovibond, S., y Lovibond P. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
- Morales Fuhrmann, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 136-138.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (17 de junio de 2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pozo, M. Á. P., Amado, C. L., y Lescano, S. A. (2016). Estrés académico e inteligencia emocional en estudiantes de odontología de una universidad peruana. *Revista Kiru*, 13(2).
- Ruíz Díaz, H., Insfrán, K., Andrada, F., y Ayala, J. (2017). Investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de psicología y su relación con los rasgos de personalidad. *Revista Científica de la UCSA*, 4(1), 17-28.
- Santos, A. Y. R., Esquivel, A. D., Granillo, J. F., Sánchez, J. A., y Camarena Alejo, G. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 63(4), 246-254.
- Tapia, M. D. L. Á. F., Becerra, M. C., y Borja, L. E. A. (2016). Situaciones que generan ansiedad en estudiantes de odontología. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 8(2), 35-41.
- Vilela, F. V. E., y Flores, C. M. C. (2021). Estrés y depresión en el entorno académico-social durante el 2020 en estudiantes de odontología. *Revista Científica Odontológica*, 9(4), e080-e080.



## CAPÍTULO 2.

# FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

*Camila Dominic Fonseca Vega*  
*Laura Fernanda Barrera Hernández*  
Universidad de Sonora, campus Cajeme.

### **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). Tomando en cuenta lo anterior, se hace énfasis y se reconoce a la salud mental como un componente fundamental para el bienestar de las personas (OMS, 2022). En ese marco, el suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel global (Vijayakumar, 2015). Cada año, alrededor de 703 000 personas cometen suicidio; se estima que hay una muerte por esta causa cada 40 segundos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) señaló que en 2021 hubo 8 351 muertes ocasionadas por lesiones autoinfligidas, representando una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes; el suicidio entre personas de 15 a 29 años ha ido en aumento, en 2015 se estimó una tasa de 8.1 fallecimientos por cada 100 mil personas y en 2021 de 10.4 muertes. Es necesario un mayor reconocimiento y entendimiento de los distintos factores (psicológicos, sociológicos y biológicos) que influyen para que suceda el suicidio, a fin de detectar a individuos con riesgo y otorgar un tratamiento (Turecki y Brent, 2016).

Por otra parte, la inflexibilidad psicológica es un patrón de comportamiento que supone un dominio estricto de las reacciones psicológicas, y se basa principalmente en evitar o escapar de las experiencias privadas consideradas desagradables; aun cuando la conducta vaya en contra de lo que se considera valioso (Bond *et al.*, 2011; Delgado *et al.*, 2019). Algunos autores refieren que una forma extrema de evitación experiencial

(componente de la inflexibilidad psicológica) es el suicidio (Luciano *et al.*, 2006). En contraste, se encuentra la *flexibilidad psicológica*, considerada como la habilidad para conectar con el momento presente y actuar de forma coherente con lo que se considera importante; ésta ha sido relacionada de forma positiva con la calidad de vida y el bienestar, y con una menor probabilidad de padecer un trastorno mental (Hayes *et al.*, 2006).

## Antecedentes

Polanco *et al.* (2014, pp. 205-206) mencionan que la etapa universitaria es “particularmente exigente, registrando una mayor incidencia de problemas de adaptación, de rendimiento académico y de permanencia en la institución educativa a lo largo del primer año de estudios”. En un estudio con universitarios, se encontró que 16% tuvieron ideación suicida en algún momento en el último año, la ideación suicida predominó en el sexo femenino (Blandón *et al.*, 2015). Ceballos-Ospino *et al.* (2015) indican que la ideación suicida es “el deseo, pensamiento o plan acerca del acto de cometer suicidio, o bien la cognición orientada a imágenes sobre la pérdida del sentido de la vida o autodestructivas” (p. 16). Aproximadamente uno de cada cuatro estudiantes universitarios ha presentado algún tipo de ideación suicida, y limitándose a una definición más estricta, se encuentra que uno de cada seis de ellos (Mortier *et al.*, 2018). En México, diversos estudios han reportado prevalencias de ideación suicida que oscilan entre 5.5 y 8% (Rosales *et al.*, 2013a; Rosales *et al.*, 2013b; Rosales *et al.*, 2014). Respecto a la prevalencia de ideación suicida por sexo, diversos estudios indican mayores niveles en mujeres que en hombres (Brown *et al.*, 2017; Córdova *et al.*, 2013; Li *et al.*, 2014; O’Connor *et al.*, 2018; Siabato y Salamanca, 2015; Rodas *et al.*, 2021).

Entorno a la flexibilidad psicológica, Bryan *et al.* (2015) hallaron que ésta tiene una correlación negativa significativa con la depresión, estrés postraumático y riesgo suicida. También, en el estudio de Masuda y Tully (2011), la evidencia reveló que la flexibilidad psicológica y el mindfulness se relacionaron negativamente con la depresión, ansiedad y el malestar psicológico. Mientras que otro estudio realizado con universitarios de Estados Unidos, arrojó que la inflexibilidad psicológica fue considerada como un predictor para la ideación suicida (Krafft

*et al.*, 2018), a la vez que López (2021) concluyó que la flexibilidad psicológica mostró un efecto moderador en la variable de suicidio. Respecto a diferencias en los niveles en función del sexo, estudios previos plantean que las mujeres se caracterizan por tener menores niveles de flexibilidad psicológica a comparación de los hombres (Alrefi *et al.*, 2020; Tyndall *et al.*, 2018).

Tomando en consideración lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo conocer la relación entre la flexibilidad psicológica y la ideación suicida en estudiantes universitarios y comparar los resultados en función al sexo de los universitarios.

## **Métodología**

### ***Tipo de estudio***

La investigación es de tipo cuantitativo, no experimental, transversal y de alcance correlacional.

### ***Participantes***

Participaron 106 estudiantes de una universidad pública del noroeste de México; con edades de 18 a 27 años ( $M = 20.22$ ,  $DE = 2.03$ ), de los cuales, 70.8% son mujeres, 27.4%, hombres y 1.9%, no binario. De diferentes programas educativos: 38.7% de Psicología de la Salud, 27.4% Químico Biólogo Clínico, 14.2% Medicina, 11.3% Ciencias Nutricionales y 7.5% de Enfermería; respecto al semestre, 34.9% de tercer semestre, 21.7% primero, 18.9% séptimo, 13.2% quinto, 10.4% de noveno y .9% de décimo semestre.

### ***Instrumentos***

Para medir la flexibilidad psicológica, se utilizó el *Cuestionario de Aceptación y Acción-II* (AAQ-II) (Patrón, 2010), que se compone de 10 ítems en escala Likert de 7 puntos, 1 = completamente falso hasta 7 = completamente cierto.

La ideación suicida se evaluó con la *Escala de Suicidalidad de Okasha*, que conforma de cuatro ítems en escala Likert de cuatro puntos, donde 0 = nunca y 3 = muchas veces (Mondragón *et al.*, 2001).

## ***Procedimiento***

Los datos fueron recolectados de manera virtual por medio de Google Forms, se pidió la participación de los estudiantes a través de la publicación del enlace o código QR en redes sociales y por correo electrónico. En la primera parte se presentó el consentimiento informado, el cual contenía los derechos, términos y condiciones para formar parte de la investigación, posteriormente, respondieron a los instrumentos. Por último, se prepararon los datos para su análisis en SPSS.

## ***Análisis de datos***

Se realizó un análisis de estadísticos descriptivos e inferenciales. El primer paso fue la obtención de los datos descriptivos de los participantes. Posteriormente, se empleó la *t* de Student para la comparación respecto al sexo, y la *r* de Pearson para la relación entre variables.

## ***Aspectos éticos***

El estudio se realizó de acuerdo con las pautas éticas de la Declaración de Helsinki.

## **Resultados**

En flexibilidad psicológica, los universitarios presentaron una media de 3.62 (en una escala del 1 al 7), que corresponde a un nivel medio. Por otro lado, en ideación suicida obtuvieron una media de 1.01, lo que indica que presentan ideación suicida de una severidad baja, al tener en cuenta que las puntuaciones de la escala van de 0 a 3.

En flexibilidad psicológica, los resultados del AAQ-II muestran que los participantes reportaron mayor grado, de acuerdo en los ítems: “Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones” ( $M = 4.52$ ), y “Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo” ( $M = 4.08$ ). Por otro lado, el ítem en el que estuvieron menos de acuerdo fue: “Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena” ( $M = 2.92$ ) (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos por reactivos del Cuestionario de Aceptación y Acción-II (aaq-ii)*

	Min	Max	M	DE
AAQ-II	1.00	6.70	3.62	1.31
1. Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.	1	7	3.79	1.89
2. Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	1	7	3.15	1.93
3. Evito o escape de mis sentimientos.	1	7	3.95	2.01
4. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	1	7	4.52	2.09
5. Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	1	7	2.92	1.96
6. Mantengo el control de mi vida.	1	7	3.27	1.57
7. Mis emociones me causan problemas en la vida.	1	7	3.90	1.96
8. Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	1	7	4.08	2.13
9. Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.	1	7	4.08	1.96
10. Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.	1	7	2.59	1.61

Respecto a la *Escala de Suicidalidad* de Okasha, el ítem con mayor puntaje se refirió a pensar que la vida no vale la pena ( $M = 1.42$ ), mientras que, el ítem con menor puntaje se refirió a los intentos suicidas ( $M = .39$ ). Las medias de los ítems que investigan acerca de ideación suicida señalan que los participantes casi nunca tienen pensamientos o ideas suicidas (ver Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos por reactivos de la Escala de Suicidalidad de Okasha

	Min	Max	M	DE
Ideación suicida	.00	3.00	1.01	.89
1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	0	3	1.42	1.07
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?	0	3	1.32	1.08
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	0	3	.94	1.11
4. ¿Has intentado suicidarte?	0	3	.39	.78

Respecto a la comparación en función del sexo de los participantes, se observó que no existen diferencias significativas.

En cuanto a la correlación entre flexibilidad psicológica, se observó la existencia de una relación positiva estadísticamente significativa de magnitud moderada entre las variables ( $r = 0.474$ ,  $p < 0,001$ ). Puesto que el AAQ-II mide el polo opuesto de la flexibilidad psicológica, es decir, inflexibilidad psicológica, se obtuvo una relación positiva con la ideación suicida, por lo que a mayor inflexibilidad psicológica mayor ideación suicida, o bien que, a mayor flexibilidad psicológica menor ideación suicida.

## Discusión

En esta investigación, se planteó como objetivo conocer la relación que existe entre la flexibilidad psicológica y la ideación suicida, y comparar los resultados en función del sexo de los universitarios. Los resultados del estudio indicaron que los estudiantes universitarios presentan un nivel medio de flexibilidad psicológica, hallazgo que es semejante a lo informado con investigaciones donde los participantes alcanzaron niveles medios de flexibilidad psicológica (Marshall y Brockman, 2016; Rojas, 2022). Referente a la *ideación suicida*, se encontró que existe un grado de severidad bajo, lo cual coincide con estudios previos que han indicado bajas prevalencias de ideación suicida (Rosales *et al.*, 2013a; Rosales *et al.*, 2013b; Rosales *et al.*, 2014).

En cuanto a la comparación de los resultados en función del sexo de los universitarios, el grupo que presentó medias más altas en inflexibilidad psicológica como en ideación suicida fueron las mujeres universitarias, sin embargo, estas diferencias no fueron significativas. Los resultados son similares a lo señalado por Tyndall *et al.* (2018), quienes puntualizaron que las mujeres son más propensas a tener menores niveles de flexibilidad en comparación que los hombres. Por otro lado, que no se haya encontrado una diferencia significativa por sexo en ideación suicida difiere de lo planteado por You *et al.* (2014), quienes indicaron la existencia de diferencias significativas en función del sexo, donde las mujeres presentaron mayor ideación suicida que los hombres, esto puede deberse a que su estudio fue realizado en China, y se utilizó un instrumento distinto.

Respecto a la correlación de variables, los resultados indicaron la existencia de una relación positiva estadísticamente significativa entre la inflexibilidad psicológica y la ideación suicida, considerando que la inflexibilidad es el polo opuesto a flexibilidad psicológica; se concluye que existe una relación negativa entre la flexibilidad psicológica y la ideación suicida, por lo que se aprecia que a mayor flexibilidad psicológica menor es la ideación suicida en estudiantes universitarios. Este hallazgo concuerda con lo informado por la investigación de Bryan *et al.* (2015), en la que una mayor flexibilidad psicológica también se asoció con un menor riesgo de suicidio.

Se sugiere que se continúen realizando investigaciones que aborden la relación que existe entre la flexibilidad psicológica e ideación suicida en universitarios, debido a que la investigación acerca de la relación entre estas variables aún es escasa.

## Referencias

- Aguirre-Camacho, A., y Moreno-Jiménez, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1), 11-22. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55808>
- Alrefi, A., Nurihsan, J., Rusmana, N., y Nurhudaya, N. (2020). Student's Psychological Flexibility Based on Gender Differences in Indonesia. *International Conference on Elementary Education* 2(1), 42-49. <http://proceedings2.upi.edu/index.php/icee/article/view/604>
- Blandón, C. O. M., Carmona, P. J. A., Mendoza, O. M. Z., y Medina, P. Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universita-

- rios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n5/amc060510.pdf>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K. *et al.* (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, C. R., Hambleton, I. R., Sobers-Grannum, N., Hercules, S. M., Unwin, N., Nigel Harris, E., y Murphy, M. M. (2017). Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: a systematic review. *BMC. Public Health*, 17(1), 1-11. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-017-4371-z>
- Bryan, C. J., Ray-Sannerud, B., y Heron, E. A. (2015). Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 263-268. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.10.002>
- Ceballos-Ospino, G., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés J., Gamarra-Vega L., González, K., y Sotelo-Manjarres, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en Adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*. 12(1), 15-22. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156301003.pdf>
- Delgado, D., C. J., Varas, G., J., Ruiz, F. J., Díaz, E., B., Cantón, G., P., Ruiz, S., E., y Ramos, S. R. (2019). Inflexibilidad psicológica e impacto clínico: adaptación del *Cuestionario de Aceptación y Acción-II* en una muestra de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 40(2). <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.06.008>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (8 de septiembre de 2022). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. [Comunicado de Prensa]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_SUICIDIOS22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf)
- Krafft, J., Hicks, E. T., Mack, S. A., y Levin, M. E. (2018). Psychological Inflexibility Predicts Suicidality Over Time in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*: <https://doi.org/10.1111/sltb.12533>

- López, J. (2021). *Revisión bibliográfica de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en individuos con ideación suicida* [Tesis de licenciatura, Universidad de Jaén]. Repositorio de Trabajos Académicos de la Universidad de Jaén. [https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/17535/1/TFG\\_Javier\\_Lpez\\_Capilla.pdf](https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/17535/1/TFG_Javier_Lpez_Capilla.pdf)
- Luciano, S., y Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- Marshall, E.-J., y Brockman, R. N. (2016). The Relationships Between Psychological Flexibility, Self-Compassion, and Emotional Well-Being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60-72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>
- Masuda, A., y Tully, E. C. (2011). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary y Alternative Medicine*, 17(1), 66-71. <https://doi.org/10.1177/2156587211423400>
- Mondragón, L., Borges, G., y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=22449>
- Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., y Nock, M. K. (2018). Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 57(4), 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.018>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Documentos Básicos* (48.a ed.). Ginebra. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Polanco, A., Ortiz, L., Pérez, C., Parra, P., Fasce, E., Matus, O., Torres, G., y Meyer, A. (2014). Relación de antecedentes académicos y expectativas iniciales con el bienestar académico de alumnos de primer año de medicina. *Fundación Educación Médica*, 17(4), 205-211. <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322014000400006>

- Rodas, A., Deutschmann, A., Nij, S., Castellanos, O., Domínguez, G., y Morales, A. (2021). Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad e ideación suicida en estudiantes de medicina. *Revista Médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala)*, 160(1), 11-17. <https://doi.org/10.36109/rmg.v160i1.305>
- Rojas, P. (2022). *Autoeficacia, regulación emocional, flexibilidad psicológica, pensamiento negativo repetitivo y su relación con estilos de vida saludable*. [Tesis de maestría], Fundación Universitaria Konrad Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4946>
- Rosales, P., Córdova, O., y Escobar, F. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 20-32. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&tipo=S1405-339X201300010000](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&tipo=S1405-339X201300010000)
- Rosales, P., Córdova, O., y Guerrero, B. (2013). Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 390-406. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art5.pdf>
- Rosales, P., Córdova, O., y Hernández, H. (2014). Ideación suicida y variables asociadas en universitarios del altiplano potosino. *Psicumex*, 4(2), 88-103. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v4i2.277>
- Siabato, E., y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(1), 71-81. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf>
- Turecki, G., y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2)
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., y Pereira, A. (2018). Profiles of Psychological Flexibility: A Latent Class Analysis of the Acceptance and Commitment Therapy Model. *Behavior Modification*, 1-29. <https://doi.org/10.1177/0145445518820036>
- Vijayakumar, L. (2015). Suicide in women. *Indian J. Psychiatry*, 57, S233-8. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.161484>
- You, Z., Chen, M., Yang, S., Zhou, Z., y Qin, P. (2014). Childhood Adversity, Recent Life Stressors and Suicidal Behavior in Chinese College Students. *PLoS ONE*, 9(3), 1-7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086672>



# CAPÍTULO 3.

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

*Karina Imay Jacobo*  
*Litzy Anayetzy Borbón Yocupicio*  
*Nadia Lourdes Chan Barocio*  
*Brigit Arlette Escobar Fuentes*  
Instituto Tecnológico de Sonora.

### **Introducción**

La autoestima es esencial para cada individuo, y existen momentos en los que su desarrollo adquiere una importancia aún mayor. En este sentido, la adolescencia presenta particularidades propias durante esta fase de crecimiento, y el entorno familiar desempeña un papel fundamental al proporcionar el apoyo necesario para su óptimo desarrollo durante las etapas iniciales de la vida. La adolescencia es un periodo de transición entre ser niño y ser adulto, se caracteriza por transformaciones importantes a nivel físico, cognitivo y psicosocial (Papalia y Martorell, 2017). Por ello, es necesario poner atención en los cambios que provoca el desarrollo del adolescente. La autoestima es un aspecto importante, debido a que facilita a los adolescentes a tener una mejor adaptación social en su entorno. Las personas con alta autoestima tienden a pensar cosas positivas y tener hábitos vida saludables. Durante el desarrollo humano, las personas atraviesan crisis, alegrías, fracasos, etc. Lo que hace que la autoestima se vaya trabajando (Naranjo, 2009).

En este mismo sentido, una autoestima positiva durante la adolescencia es esencial para el desarrollo integral de los jóvenes. Promover una autoestima saludable en esta etapa de la vida puede tener un impacto duradero en su bienestar general, relaciones sociales y logros académicos. Es fundamental que los adultos cercanos a los adolescentes brinden un ambiente de apoyo, aceptación y reconocimiento de sus logros para

fortalecer su autoestima y ayudarlos a enfrentar los desafíos de manera más positiva y constructiva.

## **Antecedentes**

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021), en México las personas de 0 a 14 años representan 25.3% de la población total. Esto indica la necesidad de estudiar y conocer más acerca de un importante sector de la población que se ubica en la adolescencia. Durante la adolescencia y a lo largo de toda la vida, uno de los cambios más significativos es el desarrollo de la autoestima. Este aspecto crucial se ve influido por las percepciones, sentimientos y pensamientos que una persona tiene sobre sí misma, en combinación con su carácter y sus recursos intelectuales y físicos. En otras palabras, la autoestima se nutre a partir de la forma en que nos vemos y valoramos a nosotros mismos, teniendo en cuenta nuestras habilidades mentales y físicas.

Existen modelos que han estudiado la autoestima desde diferentes aspectos, por lo que el modelo de Susan Harter (1988) brinda una visión global de la autoestima desde la perspectiva de la teoría del desarrollo, por lo que se centra en la niñez y la adolescencia. En este, la visión percibida de los otros ejerce un impacto directo sobre la visión global que uno tiene de sí mismo. De acuerdo con este modelo, la autoestima global se encuentra en la cúspide; esta se apoya en: soporte social y soporte familiar, que a su vez tienen su base en apariencia física, aceptación de compañeros, competencia atlética, y competencia escolar y comportamiento apropiado. Si el adolescente muestra aptitudes para las competencias mencionadas, obtendrá aprobación social de compañeros, personas significativas y de su familia, influyendo positivamente en los sentimientos de valía personal.

El modelo de Pope, McHale y Craighead se basa en una perspectiva cognitivo-conductual, señalan la existencia de un conjunto comprendido por el hogar, la familia y la escuela, con compañeros y profesores, donde se producen sucesos, además sostienen la existencia de áreas personales, las cuales pueden producirse en cualquier momento y llegar a influirse mutuamente. Estos autores han considerado que la autoestima en niños y preadolescentes se encuentra integrada por varios componentes, los cuales representan aquellos dominios que son importantes en la vida de los individuos. Dichos componentes son: el social, el académico, el familiar, el corporal y el global.

Por otra parte, Ruiz, Medina, Zayas y Gómez (2018) realizaron una correlación sobre la satisfacción de la vida con la autoestima en los estudiantes universitarios, demostrando cómo la satisfacción va cambiando de acuerdo con los logros obtenidos en el transcurso de la vida y el apoyo que los estudiantes reciben de su círculo social.

Asimismo, Musitu, Jiménez y Murgui (2007) examinaron el funcionamiento familiar, la autoestima y el consumo de drogas. Los resultados revelaron una asociación significativa entre la influencia familiar y escolar en el uso de sustancias, y también se observó que la autoestima actuaba como factor protector contra este problema. Por lo tanto, se concluyó que la prevención requiere una perspectiva multifactorial. Además, los datos mostraron que 37.8% de las personas presentaron niveles bajos de autoestima, mientras que 21% experimentó un aumento en los puntajes, alcanzando niveles elevados.

Cabanach, Souto, Freire y Ferradás (2014) realizaron un estudio sobre la autoestima y el autoconcepto con estudiantes de secundaria, públicas y privadas. En esta investigación, los autores relacionan la autoestima de manera directa con el rendimiento académico en Cd. Victoria, Tamaulipas, México, al evaluar a la población con el instrumento AF5 de García y Musitu (2001), donde el análisis global mostró una correlación significativa entre ambas variables.

Por otro lado, Torres (2018) desarrolló una intervención en adolescentes de telesecundaria, en el que contó con el apoyo de docentes para abordar el tema de la autoestima. La intervención se basó en entrevistas y observaciones, y se obtuvieron diferencias significativas entre el inicio y el final de la misma. Estos resultados resaltan la importancia del papel del docente en la formación de la autoestima, así como en las concepciones académicas y escolares de los jóvenes. Por lo tanto, esta investigación repercute de manera directa sobre la calidad del aprendizaje; por lo cual concluye que no solo es importante desarrollar estrategias para impartir los conocimientos, sino la labor del maestro entre teoría y práctica, considerando los aspectos de la percepción afectiva. La autoestima es considerada por varios autores e investigadores como un factor relevante de protección y prevención.

Rodríguez y Caño (2012) analizan las relaciones entre percepción de valía, autoconcepto y autoestima. Esta última con base en las contingencias del reforzamiento, considerando aquellos aspectos cognitivos y de conducta para el afrontamiento y mostrando que hay eficacia en los

proyectos de intervención con un impacto positivo en el autocontrol, al considerar que esta edad es particularmente influible.

Por su lado, Silva-Escorcia y Mejía-Pérez (2015) mostraron en su estudio la importancia de la autoestima en el periodo de la adolescencia, tanto para sí mismos como para su proceso educativo y la educación en general; ya que esto será un producto ante la sociedad. Además, consideran relevante la motivación académica para poder lograr un buen desempeño, donde los maestros deben conocer los factores que ayudan a desarrollar de la autoestima, independientemente del contexto.

Asimismo, Sánchez-Rojas, García-Galicia y Vázquez-Cruz (2021) realizaron un estudio en adolescentes con el fin de determinar la relación que tiene la autoestima con autoimagen y depresión. Por lo que llegaron a la conclusión que la autoestima y síntomas depresivos inician desde la edad escolar.

En este sentido, los niños tienden a tener mayor autoestima que las adolescentes. La mayor autoestima de los hombres puede deberse a que el impacto negativo de muchos cambios físicos propios de la pubertad es mayor en las mujeres. Además, se tiene en cuenta la diferencia entre estereotipos y presiones de rol de género y valor sociocultural, ignorando que las diferencias de género en los procesos de socialización a nivel familiar y cultural conducen a la ampliación del espectro de posibilidades y experiencias, claramente para los hombres (Sánchez, 2014).

## **Objetivo**

Diseñar y desarrollar un programa de intervención para mejorar la autoestima en estudiantes de secundaria, adaptado a las 24 fortalezas según la psicología positiva de Seligman.

## **Método**

### ***Tipo de estudio***

El presente estudio es de naturaleza cuantitativa, con un diseño experimental de tipo preexperimental, en el cual se aplicó una preprueba/posprueba con un solo grupo (Hernández *et al.*, 2014).

## ***Participantes***

Se seleccionó a los participantes de manera no probabilística intencional. La muestra estuvo conformada por 21 estudiantes de secundaria, de los cuales 57% pertenecían al género masculino y 43%, al género femenino; oscilaban entre los 12 y 13 años de edad.

## ***Instrumento***

Se aplicó la *Escala de autoestima* de Rosenberg, que consta de 10 preguntas, de las cuales cinco son expresadas en positivo y las otras cinco, en negativo. La puntuación de la escala es entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Su validación aporta una fiabilidad de 0.92, es una prueba que puede aplicarse a adolescentes de 12 años en adelante.

## ***Procedimiento***

Se solicitó la autorización al director de la escuela secundaria, después se asignó a un grupo de alumnos(as) para trabajar la intervención. Se realizó una detección de necesidades vía entrevista con las autoridades de la escuela y un grupo focal. Se aplicó la *Escala de autoestima* de Rosenberg para conocer el nivel de autoestima que tenían los adolescentes. Posteriormente, se aplicó la intervención de diez sesiones bajo el modelo de las 24 fortalezas de Pearson y Seligman: en la primera sesión se realizó una presentación y se trabajó con los temas curiosidad y deseo por aprender; en la segunda sesión se presentaron los temas mentalidad abierta y creatividad e ingenio; en la tercera sesión se hicieron actividades sobre la perspectiva, valentía y esperanza de vida; en la cuarta sesión se practicaron estrategias para la honestidad, vitalidad y capacidad de amar; en la quinta sesión se presentaron los temas amabilidad, inteligencia social y civismo; en la sexta sesión se aplicaron actividades sobre sentido de la justicia, liderazgo y capacidad de perdonar; en la séptima sesión se aplicaron estrategias sobre el manejo de la prudencia, humildad y autorregulación; en la octava sesión se presentaron los temas sobre la apreciación de la belleza y gratitud; en la novena sesión se realizaron actividades sobre el sentido de humor y la espiritualidad, y en la última sesión se aplicó de nuevo la *Escala de autoestima* de Rosenberg y se hizo la despedida. Se procedió a realizar

los análisis estadísticos en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Para ello, se realizó un análisis de frecuencia y se utilizó una prueba *t* pareada con el fin de comprobar si la intervención funcionó, y una prueba *t* de muestras independientes para analizar la intervención según el género.

### ***Aspectos éticos***

Se solicitó el consentimiento informado a los participantes antes de aplicar el instrumento y trabajar la intervención.

### ***Resultados***

De acuerdo con los resultados, se muestra que la autoestima de los estudiantes se elevó debido a que en el pretest solo 19% de los sujetos se encuentran satisfechos con ellos mismos y tienen actitud positiva de ellos mismos. Mientras que en el postest, se muestra que 23% de los sujetos piensan que tienen motivos para sentirse orgullosos de ellos mismos y consideran que tienen diversas cualidades (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Análisis de frecuencia del pretest y postest del Programa de Intervención de Autoestima*

Nivel	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
Bajo	7	33.3	9	42.9
Medio	10	47.6	7	33.3
Alto	4	19.0	5	23.8
Total	21	100.0	21	100.0

Por otra parte, el análisis del programa de intervención mediante la prueba *t* de Student reveló que no se encontró una diferencia significativa, ya que el valor de  $p > .005$  indica que no existe diferencia significativa. Sin embargo, cabe mencionar que las puntuaciones en autoestima aumentaron en la mayoría de los sujetos (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Análisis en prueba t pareada del pretest y postest del Programa de Intervención de Autoestima*

	M	DS	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		T	gl	p
				Inferior	Superior			
Autoestima Pre	.048	.669	.146	-.257	.352	.326	20	.748
Autoestima Post								

## Discusión

La intervención que se realizó para elevar los niveles de autoestima benefició a los adolescentes por el aumento que hubo en el postest; sin embargo, a pesar de ello no fue significativa, esto se podría atribuir a que es difícil trabajar con adolescentes y aún más si no tienen interés. En este sentido, cabe mencionar que Bogas (2013) identificó diferencias de género en autoestima; aunque ambos sexos tienen una autoestima similar durante la infancia, las diferencias surgen durante la adolescencia.

La escuela es un espacio crucial en la formación de la identidad de los estudiantes, pero es lamentable que el desarrollo de una autoestima saludable no se aborda con la debida importancia. Es fundamental cultivar una autoestima sólida en los jóvenes de hoy, ya que serán los futuros miembros funcionales de la sociedad y, eventualmente, guiarán a las próximas generaciones. Los estudiantes universitarios, al estar más próximos a convertirse en profesionales, deberían ser conscientes acerca de si están cultivando una autoestima que pueda florecer tanto en ellos como en quienes los rodean, generando beneficios mutuos. Todo en este proceso está interconectado, formando un círculo en el que cada aspecto influye en los demás.

## Conclusión

A manera de conclusión, los resultados globales obtenidos de la población a quienes se les aplicó el proyecto de intervención; se observó en el análisis de frecuencia una diferencia entre los resultados del pretest

y postest, lo cual indica un aumento en los niveles de autoestima. Sin embargo, en el análisis de comparación por género, para conocer si hubo alguna diferencia entre ellos, se mostró sin diferencia significativa. Los niveles de autoestima han tenido un impacto positivo.

Por lo tanto, el programa de intervención de autoestima, de acuerdo con el Modelo de las 24 fortalezas de Pearson y Seligman, sí logró el objetivo de fortalecer y subir los niveles de autoestima en los adolescentes de nivel secundaria a quienes se les aplicó dicho programa. Observando además una mejora en sus relaciones interpersonales dentro del grupo, en comparación del inicio.

## Referencias

- Cabanach, R. G., Souto Gestal, A., Freire Rodríguez, C., y Ferradás Canedo, M. D. (2014). Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1), 41-55.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020*. México: INEGI.
- Musitu, G., Jiménez, T. I., y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49 (1), 3-10.
- Naranjo, M. (2009) Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación* (33)2, pp. 171-190.
- Papalia, D. E., Martorell, G., y Estévez Casellas, C. (2017). *Desarrollo humano* (13a ed.). México, D. F.: McGraw Hill.
- Rodríguez Naranjo, C., y Caño González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 12 (3), 389-403.
- Ruiz, P., Medina, Y., y Zayas, A. (2018). Relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 2(1), 67-76.
- Salum-Fares, A. M. (2011). Autoconcepto y rendimiento académico en estudiantes de escuelas. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 207-229.

- Sánchez Figueroa, N. H. (2014). Programa de autoestima y rendimiento escolar en educación primaria. *UCV-HACER. Revista de Investigación y Cultura*, 3(2), 201-214.
- Sánchez-Rojas, A. A., García-Galicia, A., Vázquez-Cruz, E., Montiel-Jarquín, Á. J., y Arechiga-Santamaría, A. (2022). Autoimagen, autoestima y depresión en escolares y adolescentes con y sin obesidad. *Gaceta Médica de México*, 158 (3), 124-129. Epub 2022 28 de septiembre. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000817>
- Silva-Escorcía, I., y Mejía-Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19 (1), 241-256.
- Torres Santos, Y. S. (2018). La intervención docente en los problemas de autoestima de los adolescentes de telesecundaria. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(16), 580-597. <https://doi.org/10.23913/ride.v8i16.359>
- Valdés G., L. (2001). Programa de intervención para aumentar los niveles de autoestima en alumnos de sexto grado. *Estudios Pedagógicos*, 27, 65-73.



# CAPÍTULO 4.

## VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN USUARIOS DEL GIMNASIO ITSON NAVOJOA

*Joel Alejandro Oloño Meza*  
*Ivone Guadalupe Rabago Murillo*  
*Carlos Artemio Favela Ramírez*  
*Daniel Antonio Rendón Chaidez*  
Instituto Tecnológico de Sonora, campus Navojoa.

### **Introducción**

La percepción corporal es un tema complejo y multifacético influido por una variedad de factores, y que se puede referir a la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Rodríguez-Camacho y Alvis-Gomez, 2015). En el ámbito del deporte y la actividad física, el objetivo derivado de solamente mejorar la apariencia física puede llevar a que las personas desarrollen una imagen corporal negativa si sienten que no están a la altura de los estándares poco realistas de “cuerpos ideales”, que a menudo se representan en la industria del *fitness* (Rodríguez-Camacho y Alvis-Gomez, 2015).

De acuerdo con Baile (2003), “la imagen corporal (IC) es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas” (p. 8). En este sentido, este autor argumenta que la IC es multifactorial y que su evaluación puede ser difícil de representar. Por otra parte, Vaquero *et al.* (2013) mencionan que “se han desarrollado numerosos métodos para comparar los valores reales de la composición corporal con la imagen corporal”; uno de ellos es el de Montero *et al.* (2004), utilizado como instrumento en el presente estudio.

Diversos trabajos de investigación demuestran que la percepción de la IC puede variar en cada persona debido a la interacción de diversos

factores, como los emocionales y culturales. En este sentido, Baile *et al.* (2005) realizaron un estudio que tuvo como objetivo investigar el nivel de insatisfacción corporal de un grupo de 83 usuarios de gimnasios mediante una adaptación del cuestionario *Complejo de Adonis*. Los autores determinaron que 55.42% de los sujetos tenían una preocupación moderada respecto a su imagen corporal.

En esta misma línea de investigación, Avalos (2014) estudió la percepción de la imagen corporal de 21 mujeres adultas que asistían a un gimnasio mediante el *Test de Imagen Corporal* (BSQ). La investigadora encontró que siete sujetos (33%) tenían una distorsionada percepción de su imagen corporal. Por otra parte, Piva y Gonçalves (2016) investigaron, mediante los cuestionarios BSQ-34 y SATAQ-3, si 30 mujeres de 19 a 35 años con el índice de masa corporal (IMC) normal estaban satisfechas con sus cuerpos. Como resultado, las investigadoras encontraron que 50% de las mujeres no presentaron distorsiones de la imagen corporal, mientras que el otro 50% presentaron distorsiones de leves a moderadas.

En este mismo orden de ideas, Montero *et al.* (2004) valoraron la percepción de la imagen corporal de un grupo de adultos jóvenes a través del uso de modelos anatómicos relacionados con el IMC. Los autores encontraron que los hombres se autoperciben más correctamente que las mujeres, considerándose más delgados de lo que son; contrario a las mujeres, que se perciben más obesas de como el IMC señala.

En relación con los estudios vertidos anteriormente y haciendo referencia al contexto de este estudio, se ha detectado una situación desfavorable en los usuarios que asisten de manera cotidiana al gimnasio del Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON) de la unidad Navojoa, ya que algunas personas se ejercitan de manera excesiva por encima de los parámetros recomendados por organismos especializados en el área, con la falsa creencia de obtener mayores resultados a corto plazo guiados por su necesidad de “verse estéticamente bien”. Derivado de lo anterior, el objetivo del presente estudio fue valorar la percepción de la imagen corporal de usuarios del gimnasio del ITSON, Unidad Navojoa, mediante el uso de modelos anatómicos que corresponden a determinados valores de IMC, y comparar dicha percepción con los valores reales del IMC para la detección de posibles alteraciones de la autopercepción de la imagen corporal.

## Metodología

La presente investigación se desarrolló bajo una metodología de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal.

### *Participantes*

La muestra se conformó de manera intencional y por conveniencia con 36 participantes: 22 mujeres (61%) y 14 hombres (39%). Todos los participantes asistían de manera regular al menos tres días a la semana al gimnasio y eran aparentemente sanos. Los criterios de inclusión fueron que estuvieran inscritos al momento de la toma de datos y que aceptaran su participación de manera voluntaria. En la Tabla 1 se describen las características descriptivas de los participantes del estudio.

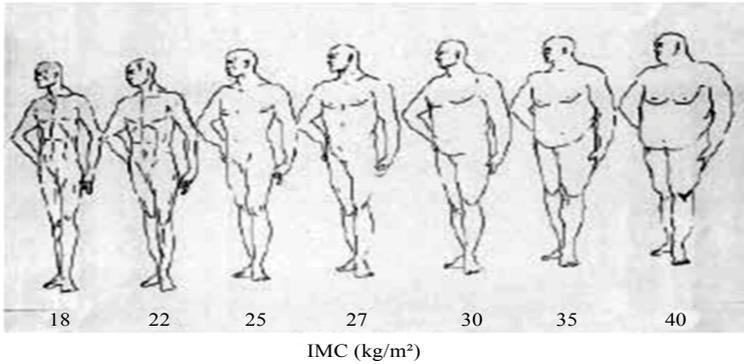
Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de los participantes del estudio (N = 36)*

Número	Promedio	Desviación estándar	Rango
Edad (años)	27.9	8.4	15-47
Peso (kg)	74.1	18.3	50-117
Talla (cm)	167	0.1	150-183

### *Instrumento*

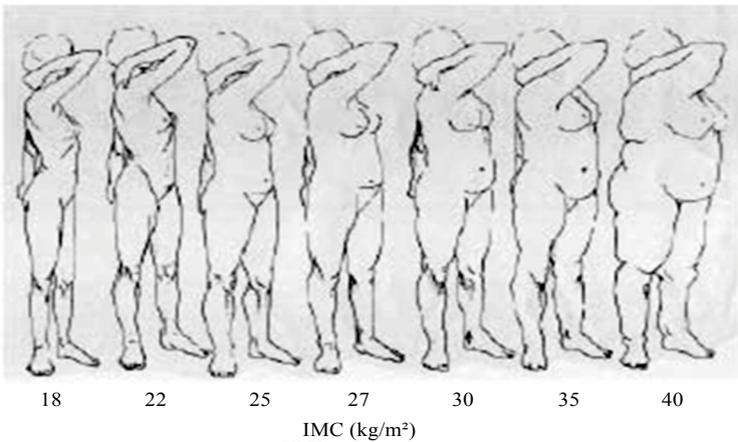
Para la determinación de la percepción de la imagen corporal, se utilizaron los modelos anatómicos para ambos sexos propuestos por Montero *et al.* (2004), los cuales usan como base siluetas obtenidas a partir de una talla de aproximadamente 175 cm y un peso de 55 kg, 67 kg, 77 kg, 83 kg, 92 kg, 107 kg y 122 kg en los modelos masculinos y de una talla aproximada de 165 cm y un peso de 50 kg, 60 kg, 68 kg, 74 kg, 82 kg, 95 kg y 109 kg en los femeninos. Estos modelos equivalen, por tanto, a los siguientes valores de IMC (Peso (kg)/Talla<sup>2</sup> (m)): 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40, respectivamente (ver Figuras 1 y 2).

Figura 1. *Modelos corporales de hombres*



Fuente: Adaptado de Montero, Morales y Carbajal (2004, pp. 107-116).

Figura 2. *Modelos corporales de mujeres*



Fuente: Adaptado de Montero, Morales y Carbajal (2004, pp. 107-116).

Para la obtención del IMC real, se utilizó una báscula antropométrica Tanita Fitscan BC-601 para la toma del peso, y un estadiómetro portátil SECA 213 para la talla.

## ***Procedimiento***

Se solicitó la autorización a la coordinadora de deportes de la institución, una vez obtenido el permiso se procedió a la aplicación del instrumento con apoyo de un formulario de Google, mediante el cual se les solicitó su consentimiento informado para evaluar las variables involucradas.

En primera instancia, en dicho formulario a cada individuo se le facilitó una lámina con siete modelos anatómicos diferentes para ambos sexos. Cada persona eligió el modelo con el que mejor se identificó, respondiendo a la pregunta: “Cuándo se mira desnudo al espejo, ¿con cuál de estas imágenes se siente más identificado?”. A cada sujeto, y a partir del modelo elegido, le correspondió un “IMC percibido”.

En segunda instancia, se midió el peso y la talla para determinar el IMC real, una vez obtenido este dato los sujetos de estudio procedían a dar respuesta en el formulario utilizado; la clasificación de los sujetos de la muestra en grupos se realizó utilizando los valores establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010): bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad (I, II y III). Posteriormente se comparó el IMC percibido y el IMC real, se clasificó cómo fue la percepción de los sujetos: 1. Se ve igual, se ve más delgado y se ve más obeso.

## **Análisis estadístico**

Para el análisis estadístico descriptivo, se empleó la media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes. Se utilizó el programa de Microsoft Excel 2016.

## **Resultados**

A continuación, se presenta la prevalencia de bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad I, II y III, según la OMS, en la Tabla 2. Es de destacar el alto porcentaje de hombres y mujeres con valores de IMC en el rango 18.5-24.9 (normopeso).

Tabla 2. *Prevalencia de normopeso, sobrepeso y obesidad de acuerdo con el IMC*

	IMC (OMS)*	Hombres		Mujeres	
		%	N	%	N
Bajo peso	<18.5	0	0	1	4.6
Normopeso	18.5-24.9	6	42.9	11	50.0
Sobrepeso	25-29.9	3	21.4	7	31.8
Obesidad I	30-34.9	3	21.4	1	4.5
Obesidad II	35-39.9	2	14.3	1	4.5
Obesidad III	≥40	0	0	1	4.5

\*OMS = Organización Mundial de la Salud (2010).

Se observan diferencias de género entre los que se autoperciben erróneamente; los hombres tienden a percibirse más delgados (57.14%) de lo que son, mientras que las mujeres se perciben más obesas (54.54%) (ver Tabla 3).

Tabla 3. *Diferencias en la percepción de la imagen corporal entre hombres y mujeres*

	Percepción de la imagen			
	Se ve + delgado		Se ve + obeso	
	N	%	N	%
Hombres	8	57.14	6	42.86
Mujeres	10	45.45	12	54.54

En función del IMC, según la OMS, tres hombres en normopeso se perciben más delgados (21.4%) y tres se perciben más obesos (ver Tabla 4).

Tabla 4. *Diferencias en la percepción en función del IMC en hombres*

IMC	Percepción de la imagen			
	Se ve + delgado		Se ve + obeso	
	N	%	N	%
Bajo peso	0	0	0	0
Normopeso	3	21.4	3	21.4
Sobrepeso	2	14.3	1	7.1
Obesidad I	2	14.1	1	7.1
Obesidad II	1	7.1	1	7.1
Obesidad III	0	0	0	0
<i>Total</i>	8	57.1	6	42.9

En función del IMC, según la OMS, siete mujeres en normopeso se perciben más obesas (31.8%) y cuatro se perciben más delgadas (ver Tabla 4).

Tabla 5. *Diferencias en la percepción en función del IMC en mujeres*

IMC	Percepción de la imagen			
	Se ve + delgado		Se ve + obeso	
	N	%	N	%
Bajo peso	0	0	1	4.5
Normopeso	4	18.2	7	31.8
Sobrepeso	3	13.6	4	18.2
Obesidad I	1	4.5	0	0
Obesidad II	1	4.5	0	0
Obesidad III	1	4.5	0	0
<i>Total</i>	10	45.4	12	54.6

## Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la aplicabilidad del uso de modelos anatómicos en la investigación sobre alteraciones

de la percepción de la imagen corporal. En el presente estudio, 50% de las mujeres y 53% de los hombres se encontraron en normopeso, de acuerdo con el IMC, según la OMS; sin embargo, se observan claramente diferencias en la autopercepción de la imagen corporal en función del género, las mujeres se ven más obesas de lo que son en realidad (54.54%), mientras que los hombres se autoperciben más delgados (57.14%). Estas diferencias podrían reflejar una mayor insatisfacción con su propio cuerpo por parte de las mujeres, por el contrario, una mayor satisfacción con su cuerpo por parte de los hombres. Este resultado es similar al de Piva y Gonçalves (2016), quienes encontraron que 50% de las mujeres participantes en su estudio presentaron distorsiones leves o moderadas en su autopercepción.

## Conclusiones

Se concluye la necesidad de que los instructores de centros *fitness* planifiquen en sus programas de acondicionamiento físico, además de las evaluaciones físicas, valoraciones de forma periódica donde identifiquen cómo se perciben y cómo se encuentran realmente sus clientes en cuanto a la IC y orientarlos a enfocarse en los objetivos que ofrece la práctica constante de la actividad física en lugar de su apariencia o fines estéticos, y evitar así posibles sobreentrenamientos que no ayuden a cumplir sus objetivos e incluso puedan provocar alguna lesión muscular, cumpliendo así con un servicio profesional en el cual se apoye y refuerce positiva e integralmente a las personas a su cargo. De igual manera, se pueden realizar este tipo de estudios en otras poblaciones que no asistan de manera cotidiana a realizar actividad física en gimnasios para comparar estos dos contextos, lo cual contribuirá directamente al cuerpo de conocimientos del área de psicología de la actividad física y deporte.

## Referencias

- Baile, J., Monroy, K., y Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 161-169
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de Humanidades* (2), 53-70.

- Montero, P., Morales, E., y Carbajal, Á. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2237103>
- Piva, J., y Gonçalves, V. (2016). Satisfacción con la imagen corporal de mujeres que asisten a gimnasios en la ciudad de Jataí-GO. En *La pantalla insomne*, 2016, ISBN 978-84-16458-45-5, 280-293. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6060680>
- Rodríguez-Camacho, D., y Alvis-Gomez, K. (2015). Generalidades de la imagen corporal y sus implicaciones en el deporte. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 279-287. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.49387>
- Solís Avalos, G. M. (2014). *Percepción y creencias irracionales de la imagen corporal de mujeres adultas pertenecientes al gimnasio crossfit zona 15 Guatemala*. [Tesis de grado, Universidad Rafael Saldívar]. Repositorio Crai Landívar Red de Bibliotecas <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Solis-Gabriela.pdf>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J., y López-Miñarro, P. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>



## CAPÍTULO 5.

# CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA CON ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS

*María Edhy Echevarría Félix\**

*Diana Bueno Gutiérrez\**

*Deysy Margarita Tovar Hernández\**

*Lisette Atala\*\**

Universidad Autónoma de Baja California.\*

University of California San Diego.\*\*

### **Introducción**

Estudiar la carrera de Medicina puede llevar a la agudización de alteraciones psicológicas, al ser percibida como una experiencia estresante (Ortiz *et al.*, 2019) que cambia prioridades y estilos de vida. Gutiérrez *et al.* (2021) reportaron que los estudiantes de medicina se autoperciben con una salud regular-mala-muy mala, encontrando alta prevalencia de estrés (García-Araiza *et al.*, 2019), ansiedad, depresión, consumo de sustancias (Ordóñez, 2020), trastornos del sueño (Villaviencio *et al.*, 2020), ideación e intento suicida (Atienzo-Carbonell y Balanzá-Martínez, 2020; Perales *et al.*, 2022), que afecta el rendimiento académico, llegando en algunos casos a la deserción escolar (García-Araiza *et al.*, 2019).

Estas alteraciones se presentan al no lograr un equilibrio entre las demandas de la carrera y la satisfacción de necesidades físicas, emocionales, sociales y recreativas (Viteri *et al.*, 2022). Para explicar esto, se puede aplicar el ciclo de autorregulación de Zinker (1977, 2003), también denominado *Ciclo de la Experiencia Gestalt* (Zinker, 2014, p. 83), el cual establece que en personas saludables se inicia con una percepción que favorece la identificación de sensaciones y necesidades; continuando con la visualización del acto a realizar para satisfacer las necesidades; posteriormente, un crecimiento de energía lleva a la ac-

ción en sí, seguida de un compromiso para integrar el satisfactor de la necesidad a la propia persona y lograr equilibrio. Una vez respondida la necesidad, viene el proceso de retirada y logro de satisfacción, pero si el proceso se detiene, se forman bloqueos que impiden lograr autorregulación. Este ciclo se representa en la Figura 1.

Figura 1. *Ciclo de la Experiencia Gestalt propuesto por Zinker*



Fuente: Adaptado de Zinker (1977, 2003, p. 84).

Latner y Perls (1978, citados por Castanedo, 1997) explicaron que algunos bloqueos se desarrollan ante la presión social ejercida para seguir los estándares establecidos por la cultura, lo que aleja a la persona del contacto con sus verdaderos deseos y necesidades. Desde esta perspectiva, el desequilibrio que presentan estudiantes de medicina puede estar relacionado con bloqueos de la energía que se generan al elegir responder a las exigencias de la carrera por encima de sus necesidades personales, dando posibilidad a experimentar malestar y enfermedad.

Buscar maneras para que las y los estudiantes adopten estilos de vida saludables es importante, porque representa un indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) en el tema de adoptar acciones positivas para lograr la salud personal y comunitaria; tema retomado por la misma OMS y la Red Mundial de Personal Sanitario (Global Health Workforce Network [GHWN], 2022), las cuales solicitan acción inmediata de las instituciones educativas para atender la población juvenil para crear “programas de entrenamiento sensibles a la salud mental...” (OMS y GHWN, 2022, p. 6). Aunado a lo anterior, se ha encontrado que el estilo de vida adoptado durante la juventud

generalmente es el que se mantiene a lo largo de la vida futura (Hera-zo-Beltran *et al.*, 2020).

## **Mindfulness y estilo de vida de estudiantes de medicina**

En los últimos años se ha investigado sobre los beneficios que las prácticas basadas en mindfulness (atención plena, conciencia plena) logran en temas de salud. Hathaisaard *et al.* (2022) encontraron un total de 2 426 estudios sobre intervenciones basadas en mindfulness para reducir y prevenir el estrés y el burnout en estudiantes de medicina.

También existen estudios que han medido el efecto de programas basados en mindfulness en el estilo de vida de estudiantes de medicina. Nardi *et al.* (2022) encontraron que las prácticas basadas en mindfulness contribuyeron al bienestar al lograr un balance entre lo académico y laboral, mejorar la alimentación, el compromiso con actividades físicas y el estudio. Malpass *et al.* (2019) reportaron que aprendían a identificar síntomas de estrés, desarrollar una nueva relación con sus pensamientos y sentimientos, lograr sensaciones de control y resiliencia, empatía hacia pacientes, estilos de vida más saludables.

En agosto de 2016, en la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California se integró en su programa de médico la asignatura de Conciencia Plena y Medicina basada en mindfulness; en este manuscrito se presenta la experiencia compartida por la primera generación de estudiantes. Este trabajo tuvo como propósito analizar las experiencias de estudiantes de medicina al cursar un programa educativo basado en mindfulness para promover cambios en su estilo de vida y su salud mental.

## **Metodología**

### ***Participantes***

La selección de la muestra fue a conveniencia debido a la mecánica de asignación de materias en la institución. Participaron 21 estudiantes de 4° y 5° semestre de la carrera de médico, de los cuales: 9 (43%) fueron hombres y 12 mujeres (57%), con promedio de edad de 20.6 años, inscritos en el ciclo 2016-2 a la asignatura optativa “Conciencia Plena y Medicina”.

## ***Tipo de estudio***

Se diseñó un estudio de tipo descriptivo transversal, con enfoque cualitativo y fenomenológico (Sampieri, 2018). El recurso principal estudiado es el discurso de los propios participantes desde la percepción que tienen de su experiencia.

## ***Variables de estudio***

Para evaluar el estilo de vida, se emplearon 6 dimensiones: 1) Conductual, son los hábitos, actividades diarias, maneras de reaccionar; 2) Emocional, son los estados de ánimo y sentimientos; 3) Corporal, son sensaciones identificadas en el cuerpo, así como el interés en su salud física; 4) Social, son las maneras de relacionarse con las demás personas; 5) Cognitiva, son pensamientos, creencias, conciencia de sí mismo; y 6) Espiritual, son las creencias religiosas o místicas. Estas dimensiones de la persona se basaron en las 5 dimensiones propuestas por Lazarus (1999) en su *Enfoque Multimodal*, más la dimensión Espiritual de la teoría unificada (Fleming, citada por Brownell, 2008). Agregamos también una séptima dimensión para estimar los efectos adversos, definidos como expresiones de malestar asociadas con las prácticas del programa de intervención.

## ***Descripción del programa***

La asignatura “Conciencia Plena y Medicina” tuvo una duración de 14 semanas: en 8 fueron entrenados por LA (“Certificada en este entrenamiento”) en el programa Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP), de acuerdo con lo establecido por Kabat-Zinn (2009). En las 6 semanas restantes recibieron talleres con temas de conciencia psicocorporal, conciencia emocional y conciencia social, dirigidos por la psicóloga EE.

## ***Técnica de recolección de la información***

Para la recolección de la información, se emplearon dos técnicas cualitativas: se solicitó a las y los estudiantes que escribieran diarios, en donde registraron en formato libre su percepción sobre la experiencia de poner en práctica las técnicas aprendidas en el curso. Y la segunda

técnica fue un cuestionario de preguntas abiertas como *Evaluación Intermedia* del curso conformado por las preguntas: ¿Cuál ha sido mi experiencia en general del curso hasta el día de hoy? ¿Qué he descubierto y aprendido con las siguientes prácticas? escaneo corporal, yoga, y meditación. ¿Qué he aprendido acerca de mí mismo? ¿He buscado el tiempo para practicar? ¿Qué tanto? Y la quinta pregunta: ¿Qué he aprendido de la práctica de incorporar la Atención Plena en mi vida diaria? Una frase incompleta: Cuando estoy practicando y me llegan retos..., y por último, un espacio para otros comentarios, preguntas o preocupaciones.

### ***Procedimiento***

En la primera sesión se explicó la naturaleza de la investigación, en donde se requirió la colaboración por 14 semanas y se solicitó la firma del consentimiento informado. Durante el semestre, el grupo entregó 13 diarios, y respondieron la *Evaluación Intermedia* a la 5a semana de iniciado el entrenamiento. Se respetó el anonimato, la voluntariedad y confidencialidad.

### ***Análisis cualitativo de la información***

Se utilizó el programa Atlas.ti (versión 6.0.15) para identificar categorías que, por medio de comparación constante, se agruparon en temas, y estos a su vez en las 7 dimensiones, considerando el significado que los participantes otorgaban a la práctica de conciencia plena en su estilo de vida. Dos evaluadores (DB, EE) analizaron a profundidad y de manera independiente los diarios semanales y la evaluación intermedia, asignando los códigos correspondientes. Una tercera evaluadora (MT) fungió como moderadora.

### ***Aspectos éticos***

Por realizarse en México, este trabajo está regulado por la Ley General de Salud, que en su Título Quinto especifica las acciones que comprende la investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2007). Por el Código *Ético del Psicólogo*, que regula la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Asimismo, se

consideró el Reglamento de Investigación de la Universidad Autónoma de Baja California (2009).

## **Resultados**

La *Evaluación Intermedia* fue respondida por 17 estudiantes, y 21 entregaron diarios semanales. Se presenta a continuación el análisis cualitativo de las experiencias obtenidas de los estudiantes (E) en lo expresado en sus diarios (D), y en las evaluaciones intermedias (EI). Después de la D se señala con número la semana a la que corresponde el diario, ejemplo: D1 significa el diario de la primera semana.

### ***Dimensión cognitiva y conductual***

Los pensamientos de preocupación son cambiados por no juicio, aceptación y un diálogo positivo consigo mismos: “Me relajé tanto que muchos problemas que se me presentaban, sentía que no eran problemas y que no me tenía que ahogar en un vaso de agua” (E5 D9).

Mejora en el sueño: “...hacer las prácticas antes de dormir me ayuda mucho a limpiarme de la ansiedad y el estrés” (E17 D12), y hábitos alimenticios: “... en mi casa cociné y desayuné con conciencia plena y sentí muy a gusto porque normalmente desayuno a las carreras” (E20 D5), “...sentí que me sentía satisfecha más rápido” (E15 D13).

Llevan las prácticas al gimnasio: “...me ayudó con los ejercicios, el estar menos agobiada, hacerlos con más concentración y presencia” (E16 D3); la escuela: “...minutos antes del examen hice unos minutos de respiraciones conscientes para eliminar los nervios, que sí vi que funcionaron mucho porque antes de empezar estaba literalmente temblando” (E13 D13). Mejora estrategias de aprendizaje: “...estoy tranquila y lista para estudiar con atención. A veces me sorprende que con unos momentos de pausa puedo aprovechar mejor mi tiempo” (E8 D11).

### ***Dimensión emocional***

Refieren sentirse distintos a la manera como iniciaron el semestre: “Sigo notando cambios durante va pasando el día, como en mi forma de ser y concentrarme” (E21 D7); mayor autocontrol: “Ya no quería dejar que mis emociones controlen mi vida” (E1 D3), “Ya no me enojo

como antes y siento más calma en mi interior” (E12 EI). Recuperan la tranquilidad: “El escaneo corporal es mi tipo de meditación favorita, me relaja mucho” (E3 D7); compasión, respeto hacia sí mismo: “...la bondad hacia mí mismo creo que es un valor que si cuenta, me respeto, me gusta ser bueno conmigo” (E9 D6); asombro: “...en mi caso, yo no creía esto, pero conforme he hecho las prácticas, he notado un mayor placer al poder dominar esta técnica” (E21 D2).

### ***Dimensión corporal***

Identificación y validación de molestias físicas: “Que, si me concentro lo suficiente, mis problemas para respirar, sinusitis, se atenúan” (E19 EI). Una participante compartió lo siguiente:

...usualmente me da diarrea cuando estoy estresada, o me empiezan a doler los hombros, y lo normal en mí es ignorar todo eso y enfocarme en lo que me está estresando, pero no siento que sea saludable ignorarlo, creo que, como dice el capítulo [refiriéndose al libro de Kabat-Zinn], mi cuerpo me está avisando que a veces es demasiado y someto a mi cuerpo a demasiado estrés que algunas veces es innecesario (E14 D10).

### ***Relaciones interpersonales***

Los estudiantes refieren ser más amables y atentos: “...meses antes me estresaba tanto que alejaba a mi familia, si me pedían algo les decía que no podía que estaba estudiando, ahora pude encontrar el balance entre mi estudio y ayudar a los que me rodean” (E5 D8). Comparten las prácticas con la madre: “...es divertido hacerlo juntas y tratar de hacer las distintas posiciones del yoga” (E17 D6), o con la pareja: “Me relajó mucho porque habíamos tenido una discusión y estábamos tensos, pero después de eso estábamos relajados. Creo que también funciona como terapia de pareja, jaja” (E6 D8). Más compasivos al atender pacientes como parte de las asignaturas clínicas, como se puede observar en el siguiente relato:

Hoy me sirvió mucho escuchar con conciencia mientras exploraba a un paciente en la clínica y mientras le hacía el interrogatorio. Todo iba

bien, pero antes había notado que mientras ausculto y hago la exploración me pongo a pensar en otras cosas y a veces no distingo sonidos y siento que no hago las cosas correctamente, así que hoy quise que fuera diferente y sentir la diferencia, y hubo mucha... Me sirvió mucho y retuve la información con más facilidad. Definitivamente lo seguiré haciendo (E13 D10).

### ***Dimensión espiritual y efectos adversos***

Expresan gratitud: "...decidí agradecer a mi cuerpo y a Dios porque funciona bien [su cuerpo] y puedo respirar" (E14 D4); disfrutar la naturaleza: "...no pensar en otras cosas más que observar las estrellas... Fue un momento espiritual y un momento de reconectarme con mi interior y con mi infancia" (E14 D8); en misa: "...agradecer que seguía vivo" (E10 D6).

En efectos adversos, se encontraron las siguientes expresiones al inicio del curso: "distracción, tensión, no sentirse flexible" (E4), "no saber si lo están haciendo correctamente, ansiedad" (E5), "dificultad para concentrarse, desesperación" (E12), "presión al tener que hacer las actividades" (E15), "sueño" (E19), "desagrado de meditar" (E21).

Los resultados de la EI muestran que fue importante integrar el curso en la carrera: "...es una materia muy importante para darte cuenta de los momentos de la vida que te puedes llegar a perder" (E7 EI), y más que una serie de ejercicios es una filosofía de vida:

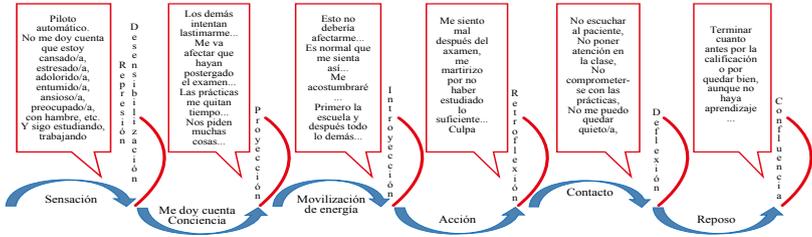
Tal vez no me notaba como la persona más comprometida con la clase, pero si busqué realizar cambios en mi persona y, en mi opinión, si lo logré. Mindfulness no es cosa de practicarla a cierto horario ciertos días, es de vivirla, incluirla en tu vida a tal punto que tu vida y la consciencia sean uno (E2 D13).

### **Discusión**

Haciendo un análisis de los contenidos de los diarios, la evaluación intermedia y el ciclo de la experiencia de Zinker (1977; 2003), se encontró que en las primeras semanas el grupo de estudiantes de medicina experimentó efectos adversos al percibir que con las prácticas de mindfulness se agregaban más tareas, desarrollando bloqueos que interrumpieron el ciclo de satisfacción de sus necesidades, esto se volvió

un impedimento para tomar conciencia de sí mismos y de su entorno; esto se representa en la Figura 2.

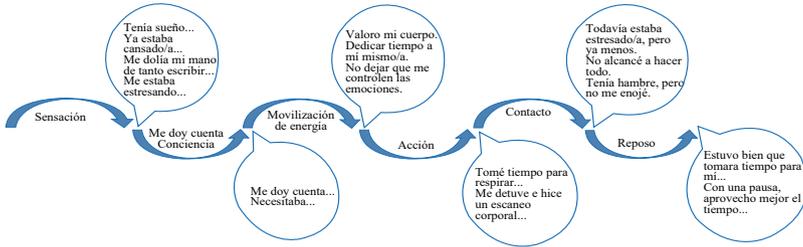
Figura 2. *Bloqueos presentes en los estudiantes antes de participar en el programa*



Cuando la joven y el joven presentan un no-contacto con la sensación de estímulos internos o externos, se conducen por la vida en lo que Kabat-Zinn (2009) denomina piloto automático, cumpliendo con las actividades, pero sin hacer consciente el malestar. Otro bloqueo que desarrollan es el de los introyectos, que se presenta con los “deberías” o “normalizando” una experiencia que les causa daño físico y emocional, lo que puede llevar a normalizar experiencias de violencia considerando que son para su propio bien. El siguiente bloqueo se desarrolla por la culpa de no realizar acciones para mejorar su vida. Evitar a toda costa hacer contacto, es el siguiente bloqueo donde el estudiante deflecta y huye. Y finalmente, sobrevive cediendo a las exigencias del ambiente, pasando por encima de las propias necesidades.

Utilizando el diagrama de Zinker (1977, 2003), en la Figura 3 se describe la manera como los participantes de este estudio aprenden a superar los bloqueos.

Figura 3. *Polos positivos referidos por los estudiantes al finalizar el programa*



Conforme el curso avanzó, los estudiantes expresaron cambios: como manejo saludable del estrés y prevención del burnout, que coincide con Hathaisaard *et al.* (2022). Otro hallazgo importante es el efecto de mindfulness en el desarrollo de mayor autorregulación y autocuidado, lo cual ha sido estudiado antes por Cook-Cottone y Guyker (2018), y descrito en estudios de Bhansali y Dave (2022), Loi y Pryce (2022). Simon (2013) explica que las prácticas de mindfulness son un medio para lograr salud mental desarrollando un cuidador interno al tomar conciencia, asumir responsabilidad y realizar cambios en las dimensiones que conforman el estilo de vida.

Limitaciones del estudio: falta seguimiento de beneficios a mediano y largo plazo, así como obtener datos sociodemográficos y de experiencia previa en prácticas basadas en mindfulness.

## Conclusiones

El análisis realizado en este estudio provee información que demuestra que el entrenamiento basado en atención plena o mindfulness facilita la supresión de bloqueos a través de tomar conciencia-aceptar sin juicios-respirar y tomar tiempo-analizar la situación-responder-alcanzar el equilibrio, reflejándose en cambios saludables en las diferentes dimensiones de los estudiantes de medicina y en su estilo de vida, corroborando los resultados de los estudios de Nardi *et al.* (2022), así como Malpass *et al.* (2019). El bienestar expresado por los jóvenes de este estudio confirma la pertinencia de incluir programas basados en mindfulness en la formación de estudiantes, como recomienda la OMS y la GHWN (2022), acción que en Estados Unidos se realiza en 30

universidades (*Master's in Psychology Guide*, 2023). La formación de médicos saludables es también importante para que, a su vez, cuiden la salud de la comunidad de manera empática y compasiva.

## Referencias

- Atienza-Carbonell, B., y Balanzá-Martínez, V. (2020). Prevalencia de síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes de medicina españoles. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 48(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7551029>
- Bhansali, N., y Chaitri Dave, M. (2022). Mindful Self-Care, Self-Efficacy and Resilience in College Students. *Research Horizons*, 12, 177-189. <https://libcon.rec.uabc.mx:5471/login.aspx?direct=true&db=asnyAN=164360014&lang=es&site=eds-live>.
- Brownell, P. (2008). *Manual de terapia Gestalt: teoría, investigación y práctica*. Fareso, S.A.
- Castanedo, C. (1997). *Terapia Gestalt*. Herder.
- Cook-Cottone, C. P., y Guyker, W. M. (2018). The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): An assessment of practices that support positive embodiment. *Mindfulness*, 9 (1), 161-175. <https://psycnet.apa.org/record/2017-29330-001>
- García-Araiza, H. J., Hernández-Chávez, L., Och-Castillo, J. M., Cocom-Rivera, S. G., y Travesi-Raygoza, A. G. (2019). Estrés universitario en estudiantes de medicina de la Universidad de Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*, 12(41), 13-17. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92413>
- Gutiérrez, I., Quesada, J. A., Gutiérrez, A., García, R., y Carratalá M. C. (2021). Depresión, ansiedad y salud autopercebida en estudiantes de Medicina: un estudio transversal. *Revista Española de Educación Médica*, 2(2). <https://doi.org/10.6018/edumed.470371>
- Hathisaard, Ch., Wannarit, K., y Pattanaseri, K. (2022). Mindfulness-based interventions reducing and preventing stress and burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis, *Asian Journal of Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34995839/>
- Herazo-Beltran, Y., Nuñez-Bravo, N., Sánchez-Guette, L., Vásquez-Osorio, F., Lozano-Ariza, A., Torres-Herrera, E., y Valdelamar-Villegas, A. (2020). Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes universitarios. Lifestyles related to health in university students. *Re-*

- tos: *Nuevas Perspectivas de Educación Física, Deporte y Recreación*, 38, 547-551, <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/72871>
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Vivir con plenitud las crisis*. Kairós.
- Lazarus, A. (1999). *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Desclée Brouwer.
- Loi, N. M., y Pryce, N. (2022). The Role of Mindful Self-Care in the Relationship between Emotional Intelligence and Burnout in University Students. *Journal of Psychology*, 156(4), 295-309. <https://libcon.rec.uabc.mx:4440/10.1080/00223980.2022.2045887>
- Malpass, A., Binnie, K., y Robson, L. (2019). Medical student's experience of mindfulness training in the UK: Well-being, coping reserve, and professional development, *Education Research International*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31168420/>
- Master's in Psychology Guide* (2023). 30 colleges leading the way in meditation for mental health, <http://www.masters-in-psychology.net/30-colleges-leading-the-way-in-meditation-for-mental-health/>
- Nardi, W. R., Elshabassi, N., Spas, J., Zima, A., Saadeh, F., y Loucks, E. B. (2022). Students experience of an 8-week mindfulness-based intervention at a college of opportunity: a qualitative investigation of the mindfulness-based college program. *BMC. Public Health*, <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14775-5>
- Ordóñez, 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>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Salud mundial. Revista de la Organización Mundial de la Salud*, enero-febrero 1986, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274323?locale-attribute=es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Global Health Workforce Network (GHWN) (2022). Building a resilient and adaptable youth health workforce. *Revista de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/publications/m/item/the-youth-hub-call-for-action--building-a-resilient-and-adaptable-youth-health-workforce>
- Ortiz, S., Sandoval, E., Adame, S., Ramírez, C. E., Jaimes, A. L., y Ruiz, A. (2019). Manejo del estrés; resultado de dos intervenciones: cognitivo conductual y yoga, en estudiantes irregulares de medicina. *Investigación en Educación Médica*, 8(30), 9-17, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349762819002>

- Perales, A., Sogi, C., y Morales, R. (2002). Salud mental de estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. *SITUA*, 11(21), 14-20. [https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2003\\_n21/salud\\_mental.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2003_n21/salud_mental.htm)
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw Hill.
- Secretaría de Salud (2007). *Ley General de Salud*. [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)
- Simon, R. (2013). Entrevista a Mark Epstein. *Psychotherapy Networker*, 9(2), 144-152. <https://es.scribd.com/document/182704769/Meditacion-Mark-Epstein-Rich-Simon>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. Manual Moderno.
- Universidad Autónoma de Baja California (25 de noviembre de 2009). *Reglamento de investigación*. México, Baja California, Tijuana. [http://sriagral.uabc.mx/Externos/AbogadoGeneral/index\\_htm\\_files/\(47\)REGL\\_INV\\_UABC.pdf](http://sriagral.uabc.mx/Externos/AbogadoGeneral/index_htm_files/(47)REGL_INV_UABC.pdf)
- Villavicencio, S., Hernández, T., Abrahantes, Y., De la Torre, A., y Consuegra, D. (2020). Un acercamiento a los trastornos del sueño en estudiantes de Medicina. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 682-690. <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3252/2604>
- Viteri, J., Medina, A., y Morales, M. F. (2022). Análisis de estilos de vida, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Uniandes. Ambato. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 41(11), 798-803. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7522299>
- Zinker, J. (1977, 2003). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós.
- Zinker, J. (2014). *En busca de la buena forma*. Instituto Humanista de Sinaloa.



# CAPÍTULO 6.

## CALIDAD DE VIDA EN UNIVERSITARIOS DURANTE LA NUEVA NORMALIDAD DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19

*Karina de Jesús Díaz-López*  
*Jacquelin Hernández-Zapata*  
*Luis Armando Olmos-Arreguín*  
*Irán Elizabeth Cubillas-Estrella*  
Facultad de Medicina y Psicología,  
Universidad Autónoma de Baja California.

### **Introducción**

La calidad de vida hace referencia al nivel de cumplimiento que los individuos tienen respecto a las distintas áreas de su vida, como el aspecto espiritual, íntimo, laboral, social, salud física y mental (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Debido a los cambios que se han dado en la sociedad, como los retos de las economías en los países emergentes, el aumento de enfermedades y otros retos de salud, cada vez son más las investigaciones que evalúan la percepción que tienen las personas respecto a su calidad de vida. Uno de los grandes retos fue la pandemia por COVID-19, la cual se originó por la propagación del virus SARS-cov-2, esto causó que la población en todo el mundo se mantuviera en un periodo de confinamiento para evitar el aumento de personas afectadas (Sánchez-Villena y De La Fuente-Figuerola, 2020). Desde el inicio de la pandemia, las instituciones de salud dieron prioridad a atender a los pacientes infectados del virus, mientras que la atención a bienestar emocional presentó barreras debido a largas filas de espera o insuficiente información del servicio hacia la población (Oláh *et al.*, 2022). Lo anterior aumentó el riesgo de disminución de la calidad de vida en toda la población.

Es importante mencionar que el confinamiento fue una de las estrategias con mayor éxito para disminuir el número de contagios por

COVID-19 y con ello evitar así la saturación de los hospitales y disminuir las tasas de defunción a causas de este virus (Rahman y Thill, 2022). Sin embargo, esto también implicó un cambio radical en el estilo de vida de la mayoría de la población, por ejemplo, algunas actividades se trasladaron completamente a modalidad virtual. Una de las actividades más importantes que se trasladó a modalidad a distancia fue la educación. Los alumnos de todos los niveles educativos fueron los primeros en recibir sus clases en línea, evitando con ello la interacción social de manera presencial.

Debido a que el cambio en la modalidad de las clases fue repentino, hubo estudiantes que no se encontraban preparados para gestionar su aprendizaje en un espacio que limitaba su interacción cotidiana con sus amigos y profesores (Hoszu *et al.*, 2021). Además, es importante mencionar que la interacción social resulta primordial para el cumplimiento y satisfacción de todas las áreas de nuestra vida (Mejía-Lobo *et al.*, 2022; Paniagua *et al.*, 2022). De esta manera, algunos estudiantes comenzaron a tener afectaciones en su bienestar emocional.

Específicamente, los estudiantes universitarios atravesaron largas jornadas frente a sus computadoras, recibiendo sus clases desde sus hogares y atendiendo todo lo solicitado por sus profesores. Estudios recientes demuestran que esto aumentó el sedentarismo y las conductas alimentarias poco saludables (Gallè *et al.*, 2020; Olfert *et al.*, 2022). Asimismo, aunado al aumento de las conductas no saludables, se ha reportado un aumento en los niveles de ansiedad, de depresión y problemas relacionados con el sueño. Todas estas complicaciones repercutieron negativamente en la calidad de vida (Len *et al.*, 2022; Intelangelo *et al.*, 2022). De ahí la importancia de evaluar los aspectos de la calidad de vida que se han visto afectados para diseñar futuras intervenciones que atiendan los efectos negativos del confinamiento por COVID-19.

Por otro lado, durante el confinamiento, algunos estudiantes universitarios mostraron su deseo de regresar a las clases presenciales para mejorar su aprendizaje y retomar sus relaciones sociales y actividades cotidianas (Nishitha y Pandey, 2021). A finales del año 2020, llegaron a México las vacunas para contrarrestar la pandemia, lo cual representó una oportunidad para terminar con el confinamiento. Sin embargo, el regreso a las actividades presenciales no significó regresar a las actividades tal y como eran antes de la pandemia, ya que las organizaciones de salud a nivel mundial dictaron ciertas recomendaciones

para continuar el cuidado y evitar contagios, aun con la vacuna; esto se denominó “nueva normalidad”. Por ejemplo, se organizaron grupos pequeños de estudiantes, de tal manera que el regreso a las actividades fue “escalonado”. Esto representó que los estudiantes no retomaron totalmente sus relaciones sociales y actividades cotidianas como las tenían antes del confinamiento. Además, en el caso de los estudiantes universitarios, se observó que algunos presentaron dificultades para adaptarse y contrario al inicio de la pandemia, hacían referencia a que deseaban regresar a la modalidad virtual (Mananay *et al.*, 2022). Esto destaca cómo el confinamiento afectó en general el estilo de vida y bienestar emocional en estudiantes.

Es importante mencionar que algunos de los universitarios continúan con estilos de vida sedentarios y con patrones de alimentación no saludables que adquirieron durante el distanciamiento (Antepara *et al.*, 2022). Asimismo, las alteraciones en el bienestar emocional, como ansiedad, estrés y depresión, continúan o incluso se han potenciado (Copeland *et al.*, 2021). Como se mencionó previamente, todo ello puede repercutir negativamente en la calidad de vida de los estudiantes universitarios. De ahí la importancia de las acciones del sector salud y educativo dirigidas a mejorar estos aspectos durante la nueva normalidad. Lo anterior se puede lograr con estrategias que fomenten un estilo de vida saludable y programas de atención emocional en las instituciones universitarias. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida en estudiantes universitarios que cursan el programa educativo de nutrición.

## **Metodología**

### ***Participantes***

La muestra fue no probabilística intencional e incluyó a 87 alumnos del Programa Educativo de Nutrición en el estado de Baja California.

### ***Tipo de estudio***

El diseño del estudio es no experimental, de tipo descriptivo transversal con enfoque cuantitativo.

## ***Instrumento***

Para evaluar la calidad de vida, se utilizó el cuestionario en salud SF-36, el cual contiene 36 preguntas divididas en ocho dimensiones que son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental con relación a la calidad de vida (Alonso *et al.*, 1995). La confiabilidad en población mexicana reportada para el instrumento es de 0.89 (Meoño-Sánchez, 2022).

## ***Procedimiento***

La aplicación del instrumento se llevó a cabo a través de la plataforma de Google Forms. Los investigadores de este trabajo invitaron a los alumnos a participar en la investigación. Al ingresar a la plataforma estaba la carta de consentimiento informado y aquellos que aceptaban participar, al ingresar respondían preguntas respecto a la edad, sexo asignado al nacer, ocupación, preguntas relacionadas con su percepción respecto a su salud y si habían recibido terapia psicológica durante el confinamiento.

## ***Análisis estadísticos***

Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva: porcentajes que se realizaron utilizando el paquete estadístico STATA versión 12.

## ***Aspectos éticos***

Para la participación de este estudio, se solicitó la firma de la carta de consentimiento informado a través de Google Forms. En esta carta se les explicó el procedimiento y se especificó que sus datos serían estrictamente confidenciales y su participación no implicaba ningún riesgo.

## **Resultados**

De los 87 alumnos entrevistados: 32.1% fueron hombres y 67.9%, mujeres. La media de edad fue de 21.5 años, 68.9% solamente estudian y 31.1% estudian y trabajan. Se encontró que 18.3% de los universitarios recibieron terapia psicológica durante el confinamiento y 22.9% ha asistido a terapia psicológica durante el regreso a clases presenciales.

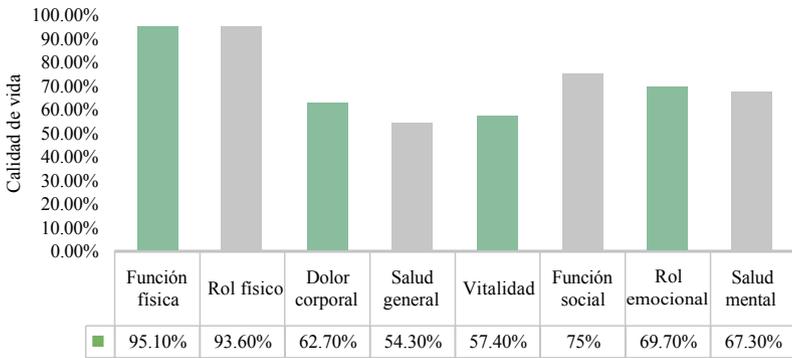
Tabla 1. *Características de los participantes*

	$\bar{X} \pm DE$ n = 87
Edad	21.5 $\pm$ 5.56
Sexo	
Hombres	32.1% (n = 27)
Mujeres	67.9% (n = 60)
Estado laboral y de educación	
Estudian y trabajan	31.1% (n = 26)
Solo estudian	68.9% (n = 61)

$\bar{X}$  Media; DE Desviación estándar; n Número de participantes

Al analizar las dimensiones del instrumento, la función física (95.1%) y el rol físico (93.6%) obtuvieron las puntuaciones más altas, lo que indica que los universitarios perciben muy pocas limitaciones para realizar actividades físicas moderadas, vigorosas, realizar caminatas y en general realizar todas sus actividades físicas sin ninguna complicación. Después, siguen la función social (75%) y el rol emocional (69.7%), lo que indica que han percibido una interacción social mucho menor a lo habitual, han disminuido los tiempos que antes dedicaban a las reuniones sociales y consideran que no prestan suficiente cuidado a las actividades que realizan. Respecto al dolor corporal (62.7%) y vitalidad (54.7%), estos porcentajes indican que los universitarios han experimentado dolor físico durante las últimas semanas y se han sentido con menos energía, más agostados, desanimados y más cansados que lo normal. Por último, en cuanto a salud general (54.3%), este porcentaje fue el más bajo e indica que perciben que su salud no está en su mejor momento, que se enferman más a menudo y que su salud puede empeorar en cualquier momento (Gráfica 1).

Gráfica 1. Dimensiones de calidad de vida



## Discusión

A nivel mundial, muchos estudiantes han tenido diversas afectaciones en el bienestar emocional derivadas del confinamiento por COVID-19. El cierre de las puertas de las instituciones educativas y el traslado a la modalidad en línea fue inesperado y provocó cambios en el estilo de vida de la población (Hammouri *et al.*, 2022). El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida en estudiantes universitarios que cursan el programa educativo de nutrición.

El cuestionario SF-36 evalúa ocho dimensiones que forman parte de la calidad de vida de una persona. Estas dimensiones son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. En este estudio se encontró que los universitarios presentan un deterioro en la calidad de vida durante la nueva normalidad.

De acuerdo con lo reportado por los estudiantes, el confinamiento tuvo un impacto negativo sobre la función social debido a una disminución en actividades sociales y menor interés en las actividades que realizan. Lo anterior coincide y se ha documentado también por González-Jaimes *et al.* (2020), quienes evaluaron los niveles de ansiedad, depresión, estrés y percepción del estado de salud en estudiantes universitarios mexicanos durante el confinamiento. Los autores mencionan que, de un total de 644 jóvenes, los de 18 a 25 años fueron quienes

presentaron mayores niveles de ansiedad, estrés, depresión, síntomas psicossomáticos, dificultades para dormir y disfunción social en la actividad diaria. Todo lo anterior puede explicarse debido a que el ser humano es por naturaleza un ser social y que los déficit o disfunción social representan la disminución en la capacidad del sujeto para integrar las habilidades cognitivas, conductuales y afectivas para adaptarse a diversos contextos y demandas sociales (Porcelli *et al.*, 2019).

Otro hallazgo importante en esta investigación es que, más de la mitad de los universitarios (62%) reportaron dolor corporal en las últimas semanas, lo cual significa una afectación en su calidad de vida, ya que en algunos casos esto puede representar un impedimento para algunas tareas cotidianas. En un estudio realizado por Cigarroa *et al.* (2022), donde se evaluó a una comunidad de universitarios chilenos, se evidenció que más de la mitad de los estudiantes que estuvieron en confinamiento mostraron un deterioro en la calidad de vida en el aspecto de dolor corporal, salud en general y vitalidad, asemejándose a los datos obtenidos de esta investigación. Asimismo, en los estudiantes incluidos en esta investigación hay una disminución de energía que puede manifestarse con más agotamiento o desánimo en la mitad de la muestra (54%). Esto, a su vez, impacta en la percepción que los estudiantes tienen respecto a su salud en general, ya que no se perciben en su mejor momento. Lo anterior resulta preocupante debido a que puede repercutir directamente en el aprendizaje del universitario y tener consecuencias desfavorables.

El resultado más relevante es que, a pesar de que los estudiantes no se perciben en su mejor momento respecto a su estado de salud, también reportan que no presentan limitaciones para hacer actividad física alguna, lo que representa una oportunidad para realizar intervenciones que promuevan la actividad física y con ello el bienestar emocional. La promoción de esta conducta saludable tiene un impacto positivo en la salud en general, ya que aumenta la energía y satisfacción en general (Amatriain-Fernández *et al.*, 2020; Reiner *et al.*, 2013). De esta manera, y frente a la presencia de afectaciones en el estado emocional y salud mental de los universitarios, son prioritarias intervenciones para mantener y fortalecer campañas de redes de apoyo para lograr una mejor gestión de sus emociones, del cómo se sienten, comportan y socializan, del trato social y autónomo, estado de ánimo, comportamiento y sociabilidad, para así contrarrestar aquellos efectos negativos que se están enfrentando en la actualidad.

Por todo lo anterior, se concluye que los jóvenes universitarios no perciben que su calidad de vida sea la mejor en el inicio de la nueva normalidad después del confinamiento por COVID-19. Esto resulta preocupante porque puede tener un impacto en su salud y su rendimiento académico. Se recomienda que las instituciones universitarias desarrollen programas que ayuden a mejorar la salud física y emocional de sus estudiantes, para que puedan mejorar su calidad de vida.

## Referencias

- Alonso, J., Prieto, L., y Anto, J. M. (1995). La versión española del sf-36. Health Survey (Cuestionario de Salud sf-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med. Clin. (Barc.)*, *104*, 771-6.
- Amatriain-Fernández, S., Murillo-Rodríguez, E. S., Gronwald, T., Machado, S., y Budde, H. (2020). Benefits of physical activity and physical exercise in the time of pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S264.
- Antepara, D. N. C., Reyes, V. M., y Morales, A. G. S. (2022). Actividad física y masa corporal en estudiantes universitarios durante la “nueva normalidad” asociada al COVID-19. *Research, Society and Development*, *11*(7), e10011729729-e10011729729.
- Cigarroa, I., Bravo-Leal, M., Sepúlveda-Martin, S., Bernales-Hermosilla, M., Espinoza-Salinas, A., Modinger-Rondanelli, P., ... y Jorquera-Cáceres, I. (2022). Calidad de vida en personas según tipo de confinamiento de estudiantes universitarios chilenos en pandemia por COVID-19. *Revista Médica de Chile*, *150*(6), 764-773.
- Copeland, W. E., McGinnis, E., Bai, Y., Adams, Z., Nardone, H., Devadanam, V., ... y Hudziak, J. J. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on college student mental health and wellness. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, *60*(1), 134-141.
- Gallè, F., Sabella, E. A., Ferracuti, S., De Giglio, O., Caggiano, G., Protano, C., y Napoli, C. (2020). Sedentary behaviors and physical activity of Italian undergraduate students during lockdown at the time of COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17), 6171.
- González-Jaimes, N. L., Tejada-Alcántara, A. A., Espinosa-Méndez, C. M., y Ontiveros-Hernández, Z. O. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la

- pandemia por COVID-19. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>
- Hammouri, H., Almomani, F., Abdel Muhsen, R., Abughazzi, A., Dagh-mash, R., Abudayah, A., ... y Alzein, E. (2022). Lifestyle variations during and after the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study of diet, physical activities, and weight gain among the Jordanian adult population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1346.
- Hosszu, A., Rughiniş, C., Rughiniş, R., y Rosner, D. (2022). Webcams and social interaction during online classes: identity work, presentation of self, and well-being. *Frontiers in Psychology*, 12, 6339.
- Intelangelo, L., Molina, N., Gutiérrez, B., Nicolás, M., Cristian, G. G., Paola, I., y Jerez-Mayorga, D. (2022). Efecto del confinamiento por COVID-19 sobre el estilo de vida en población universitaria de Argentina: Evaluación de la actividad física, alimentación y sueño (Effect of Confinement by COVID-19 on the Lifestyle of the University Population of Argentina: E). *Retos*, 274-282.
- Len, S. M., Cintra, A. V., González, M. R., y Costa, J. L. C. (2022). La actividad física en la formación de hábitos y estilos de vida saludables: experiencia con universitarios cubanos en COVID-19. *Luz*, 21(2), 98-112.
- Mananay, J., Alda, R. y Santos, M. S. D (2022). Vislumbres de la enseñanza en la nueva normalidad: cambios, desafíos y oportunidades. *Revista Internacional de Aprendizaje, Enseñanza e Investigación Educativa*, 21 (4), 276-291.
- Mejia-Lobo, M., Becerra, O. L. G., y Villareal, A. M. S. (2022). Calidad de vida relacionada con la salud y el trabajo en casa durante la pandemia ocasionada por el COVID-19. *RHS. Revista Humanismo y Sociedad*, 10(2), e2-2.
- Meoño Sánchez, X. G. (2022). *Impacto de la tuberculosis en la calidad de vida de los pacientes del puesto de salud Villa Hermosa, 2020* [Tesis de licenciatura en psicología]. Universidad Privada Antenor Orrego.
- Nishitha, P., y Pandey, D. (2021). A study on student perception towards online education during covid-19 crisis. *Augmented Human Research*, 6(1), 16.
- Oláh, B., Rádi, B. M., y Kósa, K. (2022). Barriers to seeking mental help and interventions to remove them in medical school during the

- COVID-19 pandemic: perspectives of students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7662.
- Olfert, M. D., Wattick, R. A., Saurborn, E. G., y Hagedorn, R. L. (2022). Impact of COVID-19 on college student diet quality and physical activity. *Nutrition and Health*, 28(4), 721-731.
- Paniagua, D. L. O., Hernández, L. J. R., Elizarraraz, L. B. V., Aguilar, J. H., Lemus, M. J., Rivas, A. E. H., ... y Jaramillo-Morales, O. A. (2022). Impacto en la calidad de vida a causa de secuelas post-COVID-19. *Jóvenes en la Ciencia*, 16, 1-8.
- Porcelli, S., Van Der Wee, N., Van der Werff, S., Aghajani, M., Glennon, J. C., Van Heukelum, S., ... y Serretti, A. (2019). Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 97, 10-33.
- Rahman, M. M., y Thill, J. C. (2022). Associations between COVID-19 Pandemic, Lockdown Measures and Human Mobility: Longitudinal Evidence from 86 Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7317.
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., y Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity—a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13(1), 1-9.
- Sánchez-Villena, A. R., y de La Fuente-Figuerola, V. (2020, July). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? En *Anales de Pediatría* (Vol. 93, No. 1, p. 73). Barcelona, Spain: Elsevier, 2003.
- Urzúa, A., y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.



# CAPÍTULO 7.

## CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON GRASA CORPORAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN UNIVERSITARIOS

*Edith Valbuena-Gregorio\**

*Adriana Alejandra Márquez Ibarra\**

*Blanca Estela Mariscal Ramírez\*\**

*Ana María González Ponce\*\**

Universidad de Sonora, campus Cajeme.\*

Universidad del Papaloapan, campus Tuxtepec.\*\*

### **Introducción**

No se tiene un concepto unificado de las conductas alimentarias de riesgo (CAR), sin embargo, se refiere a todas las manifestaciones que son similares, pero en menos intensidad y frecuencia a un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (Unikel-Santoncini *et al.*, 2004). Desde 1971 se teoriza que las CAR están situadas en la parte intermedia en un continuo, es decir, en un extremo está la conducta alimentaria normal y en el otro extremo los TCA. Dentro de las conductas de riesgo se tienen comportamientos de dietas restrictivas, atracones, exceso de ejercicio, prácticas de ayuno, vómitos autoinducidos, con la finalidad de reducir o controlar el peso corporal (Altamirano *et al.*, 2011). Las CAR son más frecuentes en la adolescencia o en adultos jóvenes, probablemente por los cambios físicos y psicológicos que ocurren en estas etapas y que pueden tener efecto sobre la satisfacción de la figura corporal (Villalobos *et al.*, 2020). En México, la prevalencia de CAR normativas pasó de 11.9% (IC95%: 11.3-12.6) a 15.7% (IC95%: 15.0-16.5), y de las CAR no normativas, de 12.1 (IC95%: 11.4-12.9) a 21.9 (IC95% 21.0-22.9) de 2006 a 2018, respectivamente; siendo más frecuentes en mujeres, en adolescentes que presentaban sobrepeso u obesidad, nivel socioeconómico más alto y en localidades urbanas, entendiéndose como CAR

normativas cuando los adolescentes respondían que en los últimos tres meses “frecuentemente o muy frecuentemente” les había preocupado engordar, habían hecho ejercicio en exceso o dieta para tratar de bajar de peso, y no normativas cuando los adolescentes respondieron que en los últimos tres meses “frecuentemente o muy frecuentemente” habían vomitado después de comer, ayunado o usado pastillas, diuréticos o laxantes con el fin de bajar de peso, o habían experimentado atracones o perdido el control sobre lo que comían (Villalobos *et al.*, 2020). Se ha observado que las CAR aparecen en contextos del ideal de una figura delgada y, por lo tanto, probablemente el sobrepeso y la obesidad sean uno de los tantos factores asociados con su aparición (Villalobos *et al.*, 2020). Esa preocupación por tener una forma corporal más cercana a los estándares puede atraer comportamientos del control de peso evidentemente relacionados con la autopercepción del peso corporal. En el estudio de Frank *et al.* (2018) con adolescentes, observaron que la percepción por encima y por debajo del peso esperado se asociaba con comportamientos de control de peso, con mayor probabilidad de resultar en iniciativas para perder y ganar peso. En México, según la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT, 2018), se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 76.8% en mujeres y 73.0% en hombres (Shamah-Levy *et al.*, 2020), motivo por el cual surge el *objetivo*: evaluar por medio de mediciones antropométricas y el *Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo*, para asociar las CAR, IMC y el porcentaje de grasa corporal.

## **Metodología**

### ***Diseño y población de estudio***

El presente trabajo es un estudio transversal analítico, con análisis cuantitativo, en estudiantes universitarios, llevado a cabo en las instalaciones de la Universidad Tecnológica del Sur de Sonora (UTS), en Cd. Obregón, Sonora, México. El estudio se llevó a cabo de septiembre a noviembre de 2022. El universo del estudio fue de 928 alumnos hombres y mujeres inscritos durante el periodo en el que se realizó el estudio; la muestra de estudio calculada con un nivel de confianza de 95% fue de  $n = 272$ , se tuvo una pérdida de 35 sujetos que no completaron las encuestas o les hizo falta las mediciones antropométricas, quedando la  $n = 237$  sujetos que tenían completos todos los cuestionarios y mediciones. A cada uno

de los sujetos se les proporcionó la carta de consentimiento informado, en la cual se explicaba el objetivo del estudio, las actividades a realizarse, las implicaciones de este y los beneficios, asimismo, se les explicó que podrían retirarse del estudio en el momento que desearan sin que hubiera repercusión alguna en su persona o en sus estudios. Además que podían realizar las preguntas que surgieran durante el proceso y se les explicarían detalladamente, una vez comprendido el proceso, posteriormente fue firmado. Todos los documentos son resguardados por las autoras.

*Medición y definición de las variables:* para la toma de las mediciones antropométricas, se brindó capacitación previa a los estudiantes de Ciencias Nutricionales, de acuerdo con el protocolo internacional estandarizado por la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK) (Esparza-Ros *et al.*, 2019). Para la aplicación de las encuestas, se estandarizó a los alumnos en cuanto la aplicación de cada formato.

*Antropometría:* se realizó la determinación de *peso y talla* de los sujetos de estudio por estudiantes de la Licenciatura en Ciencias Nutricionales de la Universidad de Sonora, campus Cajeme. El peso se realizó con las balanzas electrónicas marca Tanita, modelo HD-313, con capacidad máxima 150 kg y graduación de 0.1 kg y la talla con estadiómetros portátiles marca SECA 213, con rango de medición 20-205 cm. A partir del peso y la talla, se determinó el *índice de masa corporal (IMC)*. Los puntos de corte a utilizar para categorizar fueron los descritos en la Norma Oficial Mexicana-043-SSA2-2012 (Secretaría de Salud, 2013). La *circunferencia cintura* se realizó con una cinta antropométrica metálica TAQ tipo Rosscraft con escala de 0 a 200 mm empleando el protocolo de ISAK (Esparza-Ros *et al.*, 2019) que, junto con la talla, forma el *índice cintura-talla (ICT)*. Los puntos de corte utilizados para ICT fueron los siguientes: un ICT < 0.50 como riesgo mínimo, ICT de 0.50-0.54 riesgo moderado y un ICT de  $\geq 0.55$  riesgo alto (Koch *et al.*, 2008).

*Porcentaje de grasa corporal:* se midieron los pliegues cutáneos bíceps, tríceps, y supraespinal de acuerdo con la metodología de ISAK (Esparza-Ros *et al.*, 2019), y utilizando la ecuación de Durnin y Womersley (Durnin y Womersley, 1974) para el cálculo de la densidad y la ecuación de Siri (Siri, 1956) para el cálculo del porcentaje de grasa corporal (%GC). Los puntos de corte utilizados fueron los descritos por Nieman (1999).

*Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR)* (Unikel *et al.*, 2017): el cuestionario se calificó con 4 opciones de

respuesta y la mayor puntuación correspondió a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. (0 = nunca, 1= algunas veces, 2 = con frecuencia, 3 = muy frecuentemente (más de dos veces por semana)). Los resultados sumatorios < 11 indican sin riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y > 10 indica con riesgo de TCA.

*Índice de calidad del sueño de Pittsburgh* (Jiménez-Genchi *et al.*, 2008): para evaluar la condición del sueño en el último mes, se utilizó una puntuación total inferior o igual a cinco, que indica que la calidad del sueño es óptima, mientras que una puntuación total superior a cinco, sugiere que tiene problemas de sueño, de mayor o menor gravedad.

*Análisis estadístico:* se realizó un análisis descriptivo de las variables, en el caso de aquellas cuantitativas se utilizaron medias, desviación estándar e intervalos de confianza (IC, 95%), mientras que para las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes. Para las comparaciones entre variables cualitativas, se utilizó la prueba X<sup>2</sup> de Pearson; para las diferencias de las variables cuantitativas en función al sexo, se utilizó la prueba de *t* de Student. Para evaluar la relación entre el puntaje de las conductas alimentarias de riesgo e IMC y masa grasa corporal, se realizó una regresión lineal bivariada y un modelo ajustado por edad y sexo. Se utilizó el paquete estadístico STATA versión 14 y se consideró una significancia estadística un valor  $p < 0.05$ .

## Resultados

Se evaluaron 237 alumnos adultos jóvenes, la media de edad fue de 20.10 años  $\pm$  2.59; 72.15% de la muestra son hombres. El 18.99% mostró frecuencia moderada o alta de conductas alimentarias de riesgo. En cuanto al IMC, la media fue de 25.74  $\pm$  6.01, ubicándose en la categoría de sobrepeso. Para la calidad de sueño, 63.71% presentó mala calidad, según la escala de Pittsburgh (ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1. *Características generales cuantitativas de los sujetos de estudio, n = 237*

Variables del estudio	Media $\pm$ DE
Edad (años)	20.10 $\pm$ 2.59
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25.74 $\pm$ 6.01

Porcentaje de grasa corporal (%)	22.17 ± 7.14
Puntaje conductas alimentarias de riesgo	3.95 ± 3.38
Puntaje índice de calidad de sueño	7.33 ± 4.12

Fuente: Elaboración propia; IMC: índice de masa corporal; kg: kilogramo, m: metro, DE: desviación estándar.

Tabla 2. *Características generales cualitativas de los sujetos de estudio, n = 237*

<b>Variables de estudio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	231	97.47
Casado	3	1.27
Viudo	1	0.42
Concubinato	2	0.84
<b>Sexo</b>		
Hombre	171	72.15
Mujer	66	27.85
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>		
< 18.5	16	6.75
18.5-24.99	111	46.84
25-29.99	57	24.05
30-34.99	32	13.50
35-39.99	17	7.17
40	4	1.69
<b>Conductas alimentarias de riesgo</b>		
Ausencia de riesgo	192	81.01
Frecuencia moderada para la conducta de riesgo	39	16.46
Frecuencia alta para conductas de riesgo	6	2.53
<b>Índice de calidad de sueño</b>		
Buena calidad	86	36.29
Mala calidad	151	63.71

Fuente: Elaboración propia; IMC: índice de masa corporal; kg: kilogramo, m: metro.

*Descripción de variables por sexo:* respecto al IMC y porcentaje de grasa corporal, se muestran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, con un mayor porcentaje de masa grasa en mujeres, respectivamente ( $19.90 \pm 6.475$  vs.  $28.06 \pm 5.179$ ). El puntaje del índice de calidad de sueño muestra una tendencia marginalmente significativa a mayor puntaje en las mujeres respecto a los hombres. En relación con las conductas alimentarias de riesgo y al puntaje del índice cintura-talla (ICT), se observa una tendencia marginalmente significativa con un mayor riesgo de conductas alimentarias de riesgo en los hombres respecto a las mujeres y un mayor ICT (ver Tabla 3).

Tabla 3. *Características generales en función al sexo, n = 237*

Variable de estudio por sexo	Media $\pm$ DE (IC 95%)		Valor p	
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>				
Hombre	26.40 $\pm$ 6.225 (25.46-27.34)		0.0068	
Mujer	24.05 $\pm$ 5.077 (22.82-22.28)			
<b>Porcentaje de grasa corporal</b>				
Hombre	19.90 $\pm$ 6.475 (18.92-20.87)		0.000	
Mujer	28.06 $\pm$ 5.179 (26.80-29.32)			
<b>Índice de calidad de sueño</b>				
Hombre	7.05 $\pm$ 3.95 (6.45-7.64)		0.09	
Mujer	8.06 $\pm$ 4.49 (6.96-9.15)			
<b>Frecuencia (%) n = 237</b>			<b>Valor p</b>	
<b>Calidad de sueño</b>	<b>Buena calidad</b>	<b>Mala calidad</b>		
Hombre	66 (27.84)	105 (44.30)	0.23	
Mujer	20 (8.43)	46 (19.40)		
<b>Conductas alimentarias de riesgo</b>	<b>Ausencia de riesgo</b>	<b>Frecuencia moderada para la CR*</b>	<b>Frecuencia alta para CR*</b>	0.06
Hombre	143 (60.33)	26 (10.97)	2 (0.84)	0.09
Mujer	49 (20.67)	13 (5.48)	4 (1.68)	
<b>Índice cintura-talla</b>	<b>&lt; 0.50</b>	<b>0.50-0.54</b>	<b><math>\geq 0.55</math></b>	
Hombre	94 (39.66)	31 (13.08)	46 (19.40)	0.09
Mujer	46 (19.40)	10 (4.21)	10 (4.21)	

Fuente: Elaboración propia; IMC: índice de masa corporal; kg: kilogramo, m: metro; DE: desviación estándar, \*CR: conducta de riesgo, IC: intervalos de confianza.

El puntaje de las conductas alimentarias de riesgo mostró una asociación estadísticamente significativa en relación con el IMC y el porcentaje de masa grasa corporal, sin tener efectos de dilución al ajustar por edad y sexo. Los resultados de la regresión lineal se muestran en las Tablas 4 y 5.

Tabla 4. *Modelo de regresión lineal múltiple teniendo como variable dependiente el puntaje de las conductas alimentarias de riesgo, n = 237*

Variable	Coefficientes $\beta$ (IC 95%)	Valor p
<i>Modelo I r2 = 0.0582</i>		
Porcentaje de grasa corporal	0.1141663 0(.0551423-0.1731903)	0.000
<i>Modelo II r2 = 0.0623</i>		
Porcentaje de grasa corporal	0.1303729 (0.0613633-0.1993826)	0.000

Fuente: Elaboración propia; Modelo II: ajustado por edad y sexo; IC: intervalo de confianza.

Tabla 5. *Modelo de regresión lineal múltiple teniendo como variable dependiente el puntaje de las conductas alimentarias de riesgo, n = 237*

Variable	Coefficientes $\beta$ (IC 95%)	Valor p
<i>Modelo I r2 = 0.0644</i>		
IMC	0.1427412 (.0728204 .2126621)	0.000
<i>Modelo II r2 = 0.0813</i>		
IMC	0.1566246 (.0857962 .2274531)	0.000

Fuente: Elaboración propia Modelo II: ajustado por edad y sexo; IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal.

## Discusión

En este estudio se evidenció una prevalencia del 18.99% de conductas alimentarias de riesgo, ya sea de forma moderada o alta, en los sujetos

de estudio; además, la media poblacional para IMC fue de  $25.74 \pm 6.0$  y la relación lineal de estas variables fue positiva, es decir, a medida que aumenta el puntaje de las conductas alimentarias de riesgo, aumenta el IMC e inclusive el porcentaje de masa grasa. Se mostró que los hombres tienen un mayor riesgo de presentar conductas alimentarias de riesgo, similar a lo reportado en un estudio realizado en estudiantes de bachillerato del estado de Yucatán, en el cual establecieron la relación entre el IMC real, las CAR y la percepción de la imagen, los autores reportan que los hombres presentan mayor riesgo de CAR en comparación con las mujeres (Vega-Medina *et al.*, 2019). A diferencia de lo anterior, Palmeros-Exsome *et al.* (2022) reportan en un estudio realizado en universitarios, que las mujeres presentaron mayor riesgo de CAR que los hombres. Villalobos *et al.* (2020) también reportan que la prevalencia es más alta en mujeres, así como en adolescentes que tenían sobrepeso u obesidad, coincidiendo con lo encontrado en este estudio. En un estudio realizado en Oaxaca, México, por Ramírez-Díaz *et al.* (2021) con adolescentes, observan que las CAR son más prevalentes en mujeres y que el sobrepeso y la obesidad se asociaban positivamente con la presentación de las conductas de forma estadísticamente significativa. Sámano *et al.* (2012) realizaron un estudio en adolescentes de la Ciudad de México, los autores reportan una prevalencia de CAR de 12% y encuentran una asociación entre el IMC y las CAR. Por su parte, Bolaños-Ríos *et al.* (2010) observan que el sobrepeso y la obesidad son factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los autores reportan en su estudio que el  $IMC \geq 25$  se asociaba con bulimia nerviosa un 33.33% y el trastorno por atracón en 58.85%, influyendo en el IMC máximo alcanzado el tipo de TCA, el picoteo, toma de menos de tres ingestas por día y la ausencia de ejercicio regular. Entre las limitaciones de este estudio, podría considerarse que el número de mujeres fue menor que el de los hombres, esto puede deberse a que las licenciaturas ofertadas en dicha institución son más demandadas por hombres. Sin embargo, los cuestionarios y mediciones antropométricas pueden ser replicados en otra población similar, ya que han sido validados incluso a nivel internacional. Otra limitación es que el porcentaje de grasa corporal se realizó como proxi a través de fórmulas, lo ideal es obtener la información a través de análisis de impedancia bioeléctrica o inclusive con absorciometría con rayos X de doble energía; sin embargo, por la naturaleza del estudio comunitario, es muy complicado realizar este tipo de determinaciones y por ello se opta utilizar un proxi.

En este estudio se eligió utilizar el *Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo* (CBCAR) (Villalobos *et al.*, 2020) propuesto por Unikel *et al.* para población mexicana (Padrós *et al.*, 2022), el cual ha mostrado buena eficacia, se ha utilizado principalmente en estudiantes adolescentes y universitarios en diferentes estados de la República mexicana incluyendo estudios analizados de población encuestada durante la aplicación de la ENSANUT, donde se reporta que el instrumento es adecuado para dicha población. En cuanto al *Cuestionario de índice de calidad de sueño de Pittsburgh*, fue desarrollado por Buysse *et al.* (1989) y validado en Estados Unidos, y posteriormente validado en versión castellana para población mexicana por Jiménez-Genchi *et al.* (2008), por lo que ha indicado ser confiable para la población de estudio, además también se ha aplicado en estudiantes de otros países como Colombia, Perú, Chile, entre otros. Es importante dar seguimiento a la población que presenta conductas alimentarias de riesgo para prevenir algún tipo de trastorno alimentario. Respecto a las mediciones antropométricas, existe evidencia de que son sensibles y eficaces cuando son realizadas por personal entrenado y siguiendo el protocolo internacional de estandarización ISAK.

## Conclusiones

Las conductas alimentarias de riesgo están presentes frecuentemente en estudiantes universitarios y tienen una asociación con el índice de masa corporal y la calidad del sueño que presenta el sujeto, sin embargo, no se han considerado como factores predisponentes al desarrollo de trastornos alimentarios futuros. Por lo que es importante diseñar e implementar estrategias de educación nutricional y aplicar cuestionarios para la detección temprana de este tipo de problemas en los universitarios.

## Referencias

- Altamirano, M., Vizmanos, B., y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev. Panam. Salud Pública*, 30(5) 401-407. Recuperado: 21 de febrero de 2023, de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n5/401-407/>
- Bolaños-Ríos, P., y Jáuregui-Lobera, I. (2010). Sobrepeso y obesidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Española de*

- Nutrición Comunitaria*, 16(2),83-89. [https://doi.org/10.1016/s1135-3074\(10\)70021-1](https://doi.org/10.1016/s1135-3074(10)70021-1)
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Durnin, J. V. G. A., y Womersley, J. (1974). Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 Years. *Br. J. Nutr.*, 32(01),77-97. Recuperado: 24 febrero 2023, de [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0007114574000614](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0007114574000614)
- Esparza-Ros, F., Vaquero-Cristóbal, R., y Marfell-Jones, M. (2019). *Protocolo internacional para la valoración antropométrica*. Murcia, España: Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK).
- Frank, R., Claumann, G. S., Felden, R. P., Silva, D. A., y Pelegrini, A. (2018). Body weight perception and body weight control behaviors in adolescents. *Jornal de Pediatria*, 94(1), 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.03.008>
- Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., y 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), 491-6. Recuperado: 24 febrero 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2008/gm086e.pdf>
- Koch, E., Romero, T., Manríquez, L., Taylor, A., Román, C., Paredes, M. *et al.* (2008). Razón cintura-estatura: Un mejor predictor antropométrico de riesgo cardiovascular y mortalidad en adultos chilenos. Nomograma diagnóstico utilizado en el Proyecto San Francisco. *Rev. Chil. Cardiol*, 27(1), 23-35. Recuperado: 24 febrero 2023, de [http://desarrollo.netlinux.cl/sochicar2/images/revista\\_cardiologia/revista\\_2008/numero\\_1\\_2008/koch\\_et\\_al\\_rev\\_chil\\_cardiol\\_27\\_23\\_35.pdf](http://desarrollo.netlinux.cl/sochicar2/images/revista_cardiologia/revista_2008/numero_1_2008/koch_et_al_rev_chil_cardiol_27_23_35.pdf)
- Nieman, D. (1999). *Exercise Testing and Prescription: A Health-related Approach*. (4a ed., pp.708). Mayfield Pub.
- Padrós, F., Pintor, B. E., Martínez, M. P., y Navarro, G. (2022). Análisis factorial confirmatorio del *Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en universitarios mexicanos*: AFC del CBCAR.

- Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 26(1), 83-91. <https://doi.org/10.14306/renhyd.26.1.1487>
- Palmeros-Exsome, C., González-Chávez, G. del C., León-Díaz, R., Carmona-Figueroa, Y. P., Campos-Uscanga, Y., Barranca-Enríquez, A., y Romo-González, T. (2022). Conductas alimentarias de riesgo y satisfacción corporal en estudiantes universitarios mexicanos: Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes mexicanos. *Revista Española de Nutrición Humana Y Dietética*, 26(2), 95-103. <https://doi.org/10.14306/renhyd.26.2.1484>
- Ramírez, M., Luna, J., y Velázquez, D. (2021). Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(2), 246-255. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.25.2.1170>
- Sámamo, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C., Ovando, G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), Recuperado: 14 marzo 2023, de <http://www.alanrevista.org/ediciones/2012/2/art-7/>
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaela-Castell, J. A., Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud (2013). Norma Oficial Mexicana-043-ssa2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Recuperado: 21 de febrero 2023, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/138258/NOM-043-servicios-basicos-salud-educacion-alimentaria.pdf>
- Siri, W. (1956). Body composition from fluid spaces and density: analysis of methods. *UCRL*, 3349. Recuperado: 01 marzo 2023, de <https://escholarship.org/content/qt6mh9f4nf/qt6mh9f4nf.pdf>
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515. Recuperado en 21 de febrero de 2023, de <http://www.scielo.org.mx/>

[scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000600005&lng=es](https://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600005&lng=es).

- Unikel, C., Díaz de León, C., y Rivera, J. (2017). Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. *Académicos*, vol. 129.
- Vega-Medina, M. C., Hoil-Santos, J. J., Cambranes-Puc, L. H., Oliva-Peña, Y., y Andueza-Pech, M. G. (2019). Índice de masa corporal, conductas alimentarias de riesgo y percepción de la imagen corporal en estudiantes de un colegio de bachilleres en Yucatán, México. *Revista de Ciencias de la Salud*, 8-13. <https://doi.org/10.35429/johs.2019.20.6.8.13>
- Villalobos, A., Unikel, C., Hernández-Serrato, M. I., y Bojórquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública de México*, 62(6), 734-744. <https://doi.org/10.21149/11545>



# CAPÍTULO 8.

## CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y SU RELACIÓN CON INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS

*Ana Rentería-Mexía\**

*Mónica Grijalva-Guerrero\*\**

*Gabriela Ulloa-Mercado\**

*Ana Escárcega-Galaz\**

Departamento de Biotecnología y Ciencias Alimentarias,\*

Licenciatura en Tecnología de Alimentos,\*\*

Instituto Tecnológico de Sonora, Ciudad Obregón, Sonora, México.

### **Introducción**

La alimentación es un fenómeno de naturaleza compleja y de origen multifactorial, que se ve afectado por la sociedad, cultura, religión, situación económica, disponibilidad de alimentos, entre otros. Los hábitos alimentarios incluyen la selección, preparación, cantidades de alimentos consumidos y horarios, se adquieren desde la infancia y pueden ser el origen de enfermedades relacionadas con la mala nutrición (Moreno-Maldonado *et al.*, 2018). Asimismo, la genética y el ambiente familiar compartido tienen también un impacto relevante sobre el patrón y la conducta alimentaria (Erriu *et al.*, 2020). Por lo tanto, el estado de nutrición y de salud de los individuos está fuertemente asociado con sus hábitos de alimentación.

Los estudiantes universitarios son una población clave para las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, debido a su temprana edad (Moreno-Maldonado *et al.*, 2018). Sin embargo, sus prácticas alimentarias han sufrido cambios en los últimos años, alejándose de un patrón saludable. Diversos estudios han reportado una disminución en el consumo de leche, leguminosas, frutas y verduras, y

aumento en embutidos, comidas rápidas, zumos y refrescos por los adolescentes (Merlo *et al.*, 2019). Como resultado de las malas prácticas de alimentación, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la adolescencia cada vez es más elevada, con el consecuente desarrollo de enfermedades cardiometabólicas tempranas y de trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia nerviosa (Skinner *et al.*, 2015).

La alimentación en la adolescencia debe cubrir las necesidades energéticas, de crecimiento y desarrollo óptimo del organismo, además se debe evitar el desequilibrio entre nutrimentos. Por ello, esta es una etapa clave en la que se deben promover hábitos alimentarios saludables que prevengan enfermedades cardiometabólicas en la vida adulta (Martí del Moral y Martínez, 2014). En esta etapa se adquieren y afianzan comportamientos alimentarios que resultan de la interacción con el contexto sociocultural, de la familia, los amigos, el colegio y, en los últimos años, de los medios de comunicación, que juegan un papel fundamental (Rodgers *et al.*, 2020).

Los requerimientos nutricionales durante la adolescencia dependen del sexo y de factores individuales, como el nivel de actividad física y el ritmo de crecimiento y maduración (Martí del Moral y Martínez, 2014). Autores como Jiménez-Pavón *et al.* (2013) reportan que en general los varones tienen mayor ingesta alimentaria que las mujeres. Además, en esta etapa hay un elevado consumo de alimentos con calorías provenientes de grasas y azúcares refinados, como la comida rápida, dulces y refrescos (Palenzuela *et al.*, 2014). Por otro lado, el consumo de bebidas azucaradas y aperitivos se asocian directamente con el riesgo de obesidad, incremento en el índice de masa corporal (IMC), desarrollo de diabetes mellitus y conductas sedentarias (Keller *et al.*, 2015; French *et al.*, 2016; Felez-Nobrega *et al.*, 2020).

A nivel mundial, México ocupa uno de los primeros lugares en el consumo de refresco y bebidas azucaradas. En 2016, su consumo representó 167-180 L de refresco per cápita, esto pese a la vigente nueva Ley de Impuesto al Refresco (Monroy-Torres *et al.*, 2018). Asimismo, Perng *et al.* (2019), en un estudio con 242 niños mexicanos, reportaron que la mayoría consumían al menos cuatro porciones al día de bebidas azucaradas.

Según algunos estudios, el consumo prolongado de una porción mayor a 300 ml de refresco al día se asocia con el desarrollo de obesidad (Dubois *et al.*, 2007; Nissinen *et al.*, 2009), síndrome metabólico (Dhin-

gra *et al.*, 2007), hipertensión arterial (Brown *et al.*, 2008) y diabetes mellitus (Greenwood *et al.*, 2014). Algunos autores han indicado que esta asociación es resultado del decremento en la saciedad que produce el jarabe de maíz alto en fructosa, uno de los principales endulzantes presente en este tipo de bebidas (Monroy-Torres *et al.*, 2018).

## **Antecedentes**

En la actualidad existe una gran variedad de bebidas azucaradas que son consumidas por personas de todas las edades, siendo una fuente rica de energía con escaso valor nutritivo; se clasifican en carbonatadas con azúcar, refrescos, zumos de fruta, leche azucarada y jugos embotellados (Yu *et al.*, 2022). El alto consumo de bebidas azucaradas en adolescentes y niños se ha asociado con una menor ingesta de agua, leche, frutas, verduras y una mayor ingesta de alimentos y bebidas ultra-procesadas (Rahman *et al.*, 2018).

En México, las bebidas azucaradas contribuyen con 10% de la ingesta de energía total (%E) diaria en niños de 6-11 años, mientras que en el Reino Unido con 14% en niños de 4-18 años. Este aumento en el consumo de bebidas azucaradas es realmente alarmante debido a las consecuencias adversas que tienen en la salud, entre las que destacan menor consumo de micronutrientes, mayor riesgo de padecer caries dentales y enfermedades cardiometabólicas (Cruz-Casarrubias *et al.*, 2021; Rahman *et al.*, 2018).

Hoy en día, el aumento del sobrepeso y obesidad son un grave problema de salud pública que se ha visto reflejado en todo el mundo de una manera muy acelerada, afectando la salud y el bienestar de las personas. Investigaciones recientes revelan que el sobrepeso y la obesidad están influidas por distintos factores, entre los cuales destacan la genética, el consumo excesivo de calorías, así como la falta de actividad física moderada y vigorosa. Se ha encontrado una relación positiva entre el consumo excesivo de bebidas azucaradas con la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Por tal motivo, más de 30 países y distritos establecieron regulaciones para restringir e incluso prohibir la venta de estas bebidas, especialmente en las escuelas (Cruz-Casarrubias *et al.*, 2021). Se ha demostrado que, reduciendo el consumo de bebidas azucaradas, o bien, sustituirlas por agua simple o bebidas no calóricas,

reduce la ganancia de peso en individuos con sobrepeso u obesidad (Yu *et al.*, 2022).

Un estudio realizado por Ramírez-Vélez *et al.* (2016) demostró que el consumo habitual de cantidades elevadas de bebidas azucaradas se asocia con ganancia de peso, resistencia a la insulina, acumulación de tejido adiposo visceral y grasa ectópica, así como elevación de los niveles de triglicéridos y colesterol. Por otro lado, Keller *et al.* (2016) reportaron que el alto consumo de bebidas azucaradas impone una alta carga glucémica, la cual desencadena una respuesta elevada del metabolismo del azúcar, generando así un aumento de la adiposidad.

## **Objetivo**

Comparar la antropometría y presión arterial entre diferentes categorías de consumo de bebidas azucaradas en adolescentes universitarios del noroeste de México, medido a través de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, para la identificación de indicadores de riesgo cardiometabólico.

## **Metodología**

### ***Aspectos éticos***

Se consideraron los principios éticos de estudios con seres humanos de la Declaración de Helsinki. El protocolo fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON). Se obtuvo el consentimiento informado voluntario por escrito de todos los participantes del estudio y sus padres.

### ***Tipo de estudio y participantes***

La investigación fue transversal y descriptiva, con muestreo no probabilístico e intencional. El proyecto se llevó a cabo de agosto a julio de 2018. Los criterios de inclusión fueron: ser universitario de nuevo ingreso, menores de 20 años de edad y con disponibilidad de participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: tener algún impedimento para llevar a cabo las pruebas físicas y contar con diagnóstico de alguna enfermedad metabólica o mental cuyo tratamiento conlleva la modificación de su dieta.

## ***Historia clínica***

Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y antecedentes clínico-familiares.

## ***Mediciones antropométricas***

Los participantes se pesaron en una báscula portátil marca Seca Clara, modelo 803 (Hamburgo, Alemania). La estatura se midió por triplicado con un estadiómetro graduado en mm marca Seca, modelo 213 (Hamburgo, Alemania). En ambas mediciones, los participantes se colocaron descalzos y con ropa mínima en los instrumentos de medición, con los talones ligeramente unidos y los brazos a los costados, con la cabeza en el plano de Frankfort (paralela al piso) (WHO, 2003). Se calculó el índice de masa corporal (IMC, peso en kg dividido entre la estatura en m<sup>2</sup>) y los percentiles del IMC según las tablas de crecimiento del CDC para edad y sexo (Kuczmarski *et al.*, 2000). La circunferencia de la cintura se midió por triplicado en la posición del ombligo utilizando una cinta métrica Lufkin (Lufkin Industries, TX, USA). La grasa corporal se midió con un equipo portátil de bioimpedancia eléctrica (modelo HBF-301BL marca Omron, IL, USA).

## ***Presión arterial***

Se midió por triplicado en el brazo izquierdo y por personal capacitado, con un baumanómetro (modelo HEM 7130 marca Omron, IL, USA). Al participante se le solicitó que tomara asiento y se mantuviera tranquilo por 5 min antes de las mediciones.

## ***Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos***

Se aplicó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo por duplicado en un periodo de tres meses, adaptado de Block *et al.* (1986) y validado en adolescentes del noroeste de México (Terminel-Zaragoza *et al.*, 2022). Se incluyeron bebidas azucaradas, según los criterios de la AHA (Virani *et al.*, 2020), y otras bebidas que se consumen habitualmente en el noroeste de México, con la porción mediana de acuerdo con el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (SMAE) (Pérez-Lizaur *et al.*, 2014). Para las bebidas regionales

no incluidas en el SMAE, la porción mediana se midió según la ingesta habitual promedio. Las porciones pequeña y grande se definieron de acuerdo con 0.5 y 1.5 veces la porción mediana, respectivamente, tomando como referencia modelos plásticos visuales de alimentos (Nasco, Fort Atkinson, WI) y ayudas fotográficas (Vitamex Nutrition, Jalisco, México). La frecuencia se estableció como: nunca, diario, semanal (hasta 7 d), mensual (hasta 30 d), o anual en el caso de bebidas hechas con alimentos de temporada. Las respuestas se verificaron junto con el participante y se capturaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel (Microsoft Co., Redmond, WA, USA). Se utilizaron ecuaciones que emplean el tamaño de la porción y la frecuencia para calcular la ingesta de bebidas azucaradas, promediando los datos de los dos cuestionarios. Los valores atípicos, definidos por  $\pm 3$  desviación estándar (DE), se eliminaron.

## **Análisis estadístico**

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. La distribución normal de los datos se verificó con las pruebas de asimetría, curtosis y Kolmogorov-Smirnov. Se calcularon medias y desviaciones estándar (DE) en variables continuas, y porcentajes (%) en variables categóricas. Se aplicaron las pruebas *t* de Student de grupos independientes por sexo, y análisis de varianza para identificar diferencias significativas de medias entre grupos según el consumo de bebidas azucaradas. Se empleó el programa estadístico SPSS (versión 25.0).

## **Resultados y discusión**

### ***Antropometría, presión arterial y consumo de bebidas azucaradas por sexo***

En la Tabla 1 se observa que en la mayoría de las variables hubo una diferencia significativa por sexo, mostrando mayor peso, IMC, circunferencia de la cintura, presión arterial sistólica y diastólica en hombres, que en mujeres ( $p < 0.05$ ). Por otro lado, tal como lo indica la literatura, el % de grasa corporal fue mayor en las mujeres ( $p < 0.001$ ). Por otro lado, el consumo de bebidas azucaradas fue significativamente mayor en hombres que en mujeres ( $128.8 \pm 68.7$  vs.  $110.05 \pm 66.7$  oz/sema-

na, respectivamente,  $p = 0.042$ ). Ambos sexos mostraron en promedio consumo mayor de lo recomendado, según la AHA ( $< 36$  oz/semana).

*Tabla 1. Características antropométricas, presión arterial y consumo de bebidas azucaradas en adolescentes mexicanos*

<b>Variable</b>	<b>Total N = 230</b>	<b>Hombres N = 128</b>	<b>Mujeres N = 102</b>	<b>Valor de p</b>
Edad (años)	18.5 (0.4)	18.5 (0.4)	18.4 (0.4)	0.208
Peso (kg)	67.9 (16.5)	74.5 (14.5)	59.8 (15.3)	$< 0.001^*$
Estatura (m)	1.7 (0.09)	1.7 (0.06)	1.6 (0.06)	$< 0.001^*$
IMCV (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	23.9 (4.8)	24.5 (4.1)	23.3 (5.5)	0.021*
Circunferencia de cintura (cm)	77.3 (12.6)	81.4 (11.07)	72.3 (12.5)	$< 0.001^*$
Grasa corporal (%)	21.5 (7.6)	18.08 (6.7)	25.6 (6.6)	$< 0.001^*$
P. A. Sistólica (mm Hg) <sup>2</sup>	113.1 (11.6)	117.7 (10.6)	107.4 (10.3)	$< 0.001^*$
P. A. Diastólica (mm Hg) <sup>2</sup>	71.9 (9.4)	74.07 (9.1)	69.2 (9.2)	$< 0.001^*$
Consumo de bebidas azucaradas (oz/semana)	120.1 (68.3)	128.8 (68.7)	110.05 (66.7)	0.042*

<sup>1</sup>IMC = índice de masa corporal. <sup>2</sup>P. A. = presión arterial. \*significativo con  $p < 0.05$ .

### ***Antropometría y presión arterial por categoría de consumo de bebidas azucaradas y de refresco***

En la Tabla 2 se observan las variables antropométricas y de presión arterial de hombres y mujeres por frecuencia de consumo de bebidas azucaradas. Cabe mencionar que no se encontró diferencia significativa en ninguno de los indicadores evaluados por grupo de frecuencia de consumo ( $p > 0.05$ ). Sin embargo, el grupo de consumo de  $< 50$  oz/semana mostró valores menores de peso, IMC, percentil de IMC y cintura, especialmente en hombres, sin significancia estadística ( $p > 0.05$ ). Es bien conocida la asociación entre el consumo de bebidas azucaradas, como las gaseosas, los refrescos procesados y los jugos a base de frutas, con el riesgo de enfermedades cardiometabólicas. En los últimos 15

años, el consumo de este tipo de bebidas se ha considerado una problemática de salud pública (Huang *et al.*, 2014; Bray y Popkin, 2014). Específicamente, Ramírez-Vélez *et al.* (2016) reportaron que hay una relación directa entre el consumo de bebidas azucaradas y el incremento en el riesgo cardiovascular.

Tabla 2. *Características antropométricas por categoría de consumo de bebidas azucaradas*

Variable	Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas				Valor de p
	≤ 50 oz/semana	51-100 oz/semana	101-150 oz/semana	> 150 oz/semana	
<b>Hombres (n = 128)</b>					
Edad (años)	18.4 (0.4)	18.5 (0.4)	18.6 (0.5)	18.4 (0.3)	0.457
Peso (kg)	67.2 (13.1)	76.8 (14.5)	76 (18.2)	74.2 (13)	0.325
Estatura (m)	1.7 (0.03)	1.8 (0.1)	1.7 (0.1)	1.7 (0.1)	0.409
IMC (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	23.8 (4.3)	25.1 (4.8)	24.5 (5.3)	25.6 (4.7)	0.445
Percentil de IMC	47 (32.5)	66.5 (28.6)	60.9 (31.4)	65.2 (29.3)	0.299
Circunferencia de cintura (cm)	76.3 (10.3)	83.8 (10.8)	83.3 (14.5)	80.1 (9.3)	0.197
Grasa corporal (%)	18.6 (7.2)	18.7 (7)	17.7 (7.2)	18 (6.3)	0.917
P. A. Sistólica (mm Hg) <sup>2</sup>	114.2 (13.6)	117.8 (9.5)	119.9 (12.5)	117.5 (9.9)	0.530
P. A. Diastólica (mm Hg) <sup>2</sup>	72.8 (11.8)	73.2 (7.7)	76.2 (10.7)	73.7 (8.7)	0.712
<b>Mujeres (n = 102)</b>					
Edad (años)	18.4 (0.3)	18.3 (0.3)	18.4 (0.4)	18.5 (0.5)	0.297

(Continúa)

(Continuación)

Peso (kg)	57.8 (9)	61.4 (14.5)	57.8 (11.4)	61.6 (22.2)	0.718
Estatura (m)	1.6 (0.1)	1.6 (0.1)	1.6 (0.1)	1.6 (0.1)	0.762
IMC (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	22.8 (4.5)	23.3 (4.4)	24.1 (5.1)	24.4 (5.5)	0.809
Percentil de IMC	55 (29.4)	63.1 (25)	51.5 (30.5)	49.6 (38.4)	0.457
Circunferencia de cintura (cm)	72.7 (9.6)	74.4 (11.3)	70.3 (10.3)	71.7 (17.5)	0.750
Grasa corporal (%)	24.1 (4.9)	25.8 (5.5)	26.6 (5.9)	24.9 (9.1)	0.590
P. A. Sistólica (mm Hg) <sup>2</sup>	106.2 (11.8)	107.6 (9.5)	108.8 (11)	106.1 (8.3)	0.769
P. A. Diastólica (mm Hg) <sup>2</sup>	67.6 (8.6)	70.7 (8)	70.9 (9.8)	67.4 (9.8)	0.389

<sup>1</sup>IMC = índice de masa corporal. <sup>2</sup>P. A. = presión arterial.

En la Tabla 3 se muestran las características antropométricas conforme a la frecuencia de consumo específicamente de refrescos, por sexo. Solo se observó diferencia significativa en la presión arterial diastólica en el grupo de mujeres ( $p < 0.05$ ).

Tabla 3. *Características antropométricas por categoría de consumo de refresco*

Variable	Frecuencia de consumo de refrescos			Valor p
	< 42 oz/ semana	43-480 oz/semana	481-4500 oz/semana	
<b>Hombres (n = 128)</b>				
Edad (años)	18.4 (0.3)	18.6 (0.4)	18.5 (0.4)	0.362
Peso (kg)	74.0 (14.4)	74.6 (15.8)	74.6 (13.9)	0.980
Estatura (m)	1.7 (0.05)	1.8 (0.1)	1.7 (0.1)	0.559
IMC1 (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	24.8 (4.8)	25.3 (5.3)	25.6 (4.1)	0.894

(Continúa)

(Continuación)

Percentil de IMC	63.9 (29.8)	59.7 (31.5)	63.7 (30.2)	0.780
Circunferencia de cintura (cm)	80.8 (10.9)	81.3 (12.5)	81.9 (9.9)	0.900
Grasa corporal (%)	17.6 (7.5)	18.4 (6.7)	18.2 (6.1)	0.868
P. A. Sistólica (mm Hg) <sup>2</sup>	116.8 (10.8)	117.8 (10.0)	118.6 (11.0)	0.784
P. A. Diastólica (mm Hg) <sup>2</sup>	74.2 (10.0)	75 (8.7)	72.9 (8.8)	0.574
<b>Mujeres (n = 102)</b>				
Edad (años)	18.5 (0.4)	18.3 (0.4)	18.5 (0.4)	0.305
Peso (kg)	60.2 (12.7)	60.5 (17.7)	57.6 (15.8)	0.748
Estatura (m)	1.6 (0.1)	1.6 (0.1)	1.6 (0.1)	0.688
IMC (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>1</sup>	23.8 (5.2)	24.5 (5.1)	24.8 (4.9)	0.539
Percentil de IMC	58 (29.9)	56.9 (31.5)	45.7 (32.4)	0.268
Circunferencia de cintura (cm)	71.3 (10.5)	75 (14.7)	69.5 (12.1)	0.214
Grasa corporal (%)	25 (6.7)	25.7 (6.4)	25.8 (6.8)	0.835
P. A. Sistólica (mm Hg) <sup>2</sup>	107.9 (11.3)	108.5 (9.7)	104.1 (8.1)	0.224
P. A. Diastólica (mm Hg) <sup>2</sup>	69.8 (9.2)	71 (8.8)	65 (8.4)	0.032*

<sup>1</sup>IMC = índice de masa corporal. <sup>2</sup>P. A. = presión arterial. \*Significativo con  $p < 0.05$ .

Según lo reportado por Gutiérrez *et al.* (2009), los refrescos embotellados promueven la obesidad debido al desplazamiento de la energía que proviene de los alimentos sólidos. En su estudio, Shah *et al.* (2014) reportaron que el consumo de bebidas azucaradas se asocia con sobrepeso y que cada ración adicional de aproximadamente 350 ml incrementa 60% este riesgo. Esto coincide con lo reportado por Chan *et al.* (2014), quienes realizaron estudios similares en niños y jóvenes estadounidenses. Asimismo, Twarog *et al.* (2020) demostraron que el alto consumo de bebidas azucaradas aumenta el riesgo de obesidad e IMC hasta en 1.6 veces. Por último, Malik *et al.* (2019) concluyeron que

hay una asociación positiva entre el consumo de bebidas azucaradas, la elevación de lípidos y marcadores de obesidad en niños y adolescentes.

Estimar la cantidad de alimentos consumidos es una tarea cognitiva muy difícil (Gibson *et al.*, 2017), y más aún en adolescentes, debido a las consideraciones que esto implica (Livingstone y Robson, 2000). Por ello, una de las limitantes de esta investigación fue la complejidad que conlleva el medir la dieta, ya que las respuestas en los cuestionarios de frecuencia de consumo dependían de la memoria del participante, y la mayoría de los individuos no presta atención a la frecuencia y tamaño de las porciones de los alimentos que consumen. Por lo general, los participantes también presentan dificultad para estimar visualmente la cantidad de alimento consumido (Amoutzopoulos *et al.*, 2020).

Otro factor importante es la preocupación de algunos individuos por la autoimagen, y esto conlleva en ocasiones a omitir, o bien, reportar menores cantidades de alimentos debido a la necesidad consciente o inconsciente de aprobación social. Además, al haber una preocupación exagerada por el peso corporal y la apariencia, un fenómeno que hoy en día sufren los adolescentes (especialmente las mujeres), es concebible que los participantes que presentan sobrepeso en algún momento se sientan estigmatizados (Amoutzopoulos *et al.*, 2020). Otra limitante fue que la muestra no era representativa, ni del total de estudiantes adolescentes universitarios ni de la región del sur de Sonora, sin embargo, el número de participantes fue elevado y comparable al tamaño de muestra de investigaciones similares.

Otra de las causas que pudo influir en la obtención de estos resultados, fue que la mayoría de los participantes del estudio eran normopeso, por lo que mantienen sus niveles cardiometabólicos adecuadamente, a pesar de presentar un elevado consumo de bebidas azucaradas. Presentar normopeso no significa que no se corre el riesgo de desarrollar enfermedades cardiometabólicas; sin embargo, estas se pueden desarrollar en un futuro si se siguen manteniendo hábitos de alimentación no saludables y una vida sedentaria. Además, la adolescencia es una etapa crítica en la vida de las personas. En esta etapa es donde se adoptan los hábitos que acompañan al individuo a lo largo de su vida, por lo cual, seguir con hábitos no saludables, en la adultez aumenta el riesgo de manifestar enfermedades cardiometabólicas (Lawrence *et al.*, 2017).

## Conclusiones

En la presente muestra de adolescentes universitarios se encontraron diferencias no significativas en los indicadores antropométricos en el grupo de menor consumo, respecto a los grupos de mayor consumo de bebidas azucaradas. Aunque la mayoría de los participantes mostraron normopeso, lo cual indica que en esta etapa su riesgo de enfermedades cardiometabólicas es bajo, el consumo actualmente elevado de bebidas azucaradas respecto a lo recomendado por la AHA, sí representa un futuro factor riesgo para su salud cardiovascular.

## Referencias

- Amoutzopoulos, B., Page, P., Roberts, C., Roe, M., Cade, J., Steer, T., ... y Almiron-Roig, E. (2020). Portion size estimation in dietary assessment: a systematic review of existing tools, their strengths and limitations. *Nutrition Reviews*, 78(11), 885-900. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuz107>
- Block, G., Hartman, A. M., Dresser, C. M., Carroll, M. D., Gannon, J., y Gardner, L. (1986). A data-based approach to diet questionnaire design and testing. *American Journal of Epidemiology*, 124(3), 453-69. <https://doi.org/10.1093/OXFORDJOURNALS.AJE.A114416>
- Bray, G. A., y Popkin, B. M. (2014). Dietary sugar and body weight: have we reached a crisis in the epidemic of obesity and diabetes? Health be damned! Pour on the sugar. *Diabetes Care*, 37, 950-956. <https://doi.org/10.2337/dc13-2085>
- Brown, C. M., Dulloo, A. G., y Montani, J. P. (2008). Sugary drinks in the pathogenesis of obesity and cardiovascular diseases. *International Journal of Obesity*, 32(6), S28-S34. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.204>
- Chan, T. F., Lin, W. T., Huang, H. L., Lee, C. Y., Wu, P. W., Chiu, Y. W., Huang, C. C., Tsai, S., Lin, C. L., y Lee, C. H. (2014). Consumption of sugar sweetened beverages is associated with components of the metabolic syndrome in adolescents. *Nutrients*, 6(5), 2088-2103. <https://doi.org/10.3390/nu6052088>
- Cruz-Casarrubias, C., Tolentino-Mayo, L., Nieto, C., Theodore, F.L., y Monterrubio-Flores, E. (2021). Use of advertising strategies to target children in sugar-sweetened beverages packaging in Mexico

- and the nutritional quality of those beverages. *Pediatric Obesity*, 16(2), e12710. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12710>
- Dhingra, R., Sullivan, L., Jacques, P. F., Wang, T. J., Fox, C. S., Meigs, J. B., D'Agostino R. B., Gaziano, J. M., y Vasan R. S. (2007). Soft drink consumption and risk of developing cardiometabolic risk factors and the metabolic syndrome in middle-aged adults in the community. *Circulation*, 116(5), 480-488. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.689935>
- Dubois, L., Farmer, A., Girard, M. y Peterson, K. (2007). Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. *Journal American Dietetic Association*, 107(6), 924-934. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2007.03.004>
- Erriu, M., Cimino, S., y Cerniglia, L. (2020). The role of family relationships in eating disorders in adolescents: a narrative review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71. <https://doi.org/10.3390/bs10040071>
- Felez-Nobrega, M., Raine, L. B., Haro, J. M., Wijndaele, K., y Koyanagi, A. (2020). Temporal trends in leisure-time sedentary behavior among adolescents aged 12-15 years from 26 countries in Asia, Africa, and the Americas. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01010-w>
- French, R., Sanborn, C., Dimarco, N., y Stephens, T. L. (2016). Childhood obesity: Classification as an idea disability. *Palaestra*, 30(2), 17-26.
- Gibson, R. S., Charrondiere, U. R., y Bell, W. (2017). Measurement errors in dietary assessment using self-reported 24-hour recalls in low-income countries and strategies for their prevention. *Advances in Nutrition*, 8, 980-91. <https://doi.org/10.3945/an.117.016980>
- Greenwood, D. C., Threapleton, D. E., Evans, C. E., Cleghorn, C. L., Nykjaer, C., Woodhead, C., y Burley, V.J. (2014). Association between sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks and type 2 diabetes: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *British Journal of Nutrition*, 112(5), 725-734. <http://dx.doi.org/10.1017/S0007114514001329>
- Gutiérrez Ruvalcaba, C. L., Vásquez-Garibay, E., Romero-Velarde, E., Troyo-Sanromán, R., Cabrera-Pivaral, C., y Ramírez-Magaña, O. (2009). Consumo de refrescos y riesgo de obesidad en adolescentes de Guadalajara, México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66(6), 522-528.

- Huang, C., Huang J., Tian, Y., Yang, X., y Gu, D. (2014). Sugar sweetened beverages consumption and risk of coronary heart disease: A meta-analysis of prospective studies. *Atherosclerosis*, 234(1), 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2014.01.037>
- Jiménez-Pavón, D., Sesé, M. A., Huybrechts, I., Cuenca-García, M., Palacios, G., Ruiz, J. R., Breidenassel, C., Leclercq, C., Beghin, L., Plada, M., Manios, Y., Androutsos, O., Dallongeville, J., Kafatos, A., Widhalm, K., Molnar, D., y Moreno, L. A. (2013). Dietary and lifestyle quality indices with/without physical activity and markers of insulin resistance in European adolescents: the HELENA study. *British Journal of Nutrition*, 110(10), 1919-1925. Doi: 10.1017/s0007114513001153
- Keller, A., y Bucher Della Torre, S. (2015). Sugar-sweetened beverages and obesity among children and adolescents: a review of systematic literature reviews. *Childhood obesity*, 11(4), 338-346. <https://doi.org/10.1089/chi.2014.0117>
- Keller, J., Kahlhöfer, J., Peter, A., y Bosy-Westphal, A. (2016). Effects of low versus high glycemic index sugar-sweetened beverages on postprandial vasodilatation and inactivity-induced impairment of glucose metabolism in healthy men. *Nutrients*, 8(12), 802. <https://doi.org/10.3390/nu8120802>
- Kuczmariski, R. J. (2000). *CDC growth charts: United States* (No. 314). US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Lawrence, E. M., Mollborn, S., y Hummer, R. A. (2017). Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health. *Social Science y Medicine*, 193, 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.041>
- Livingstone, M. B. E, y Robson, P. J. (2000) Measurement of dietary intake in children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(2), 279-293. <https://doi.org/10.1017/S0029665100000318>
- Malik, V. S., Hu, F. B. (2019). Sugar-Sweetened beverages and cardiometabolic health: an update of the evidence. *Nutrients*, 11, 1840. <https://doi.org/10.3390/nu11081840>
- Martí del Moral, A., y Martínez, J. A. (2014). La alimentación del adolescente: Necesidad imperiosa de actuar de forma inmediata. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(1), 5-8. [doi.org/10.4321/S1137-66272014000100001](https://doi.org/10.4321/S1137-66272014000100001)

- Merlo, C. L., Jones, S. E., Michael, S. L., Chen, T. J., Sliwa, S. A., Lee, S. H. *et al.* (2019). Dietary and physical activity behaviors among high school students – Youth Risk Behavior Survey, United States, *MMWR Suppl.* 69, 64-76. <https://doi.org/10.15585%2Fmmwr.su6901a8>
- Monroy-Torres, R., Aguilera Juárez, C., y Naves-Sánchez, J. (2018). Riesgo cardiometabólico en adolescentes con y sin obesidad: Variables metabólicas, nutricionales y consumo de refresco. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1), 24-33. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.464>
- Moreno-Maldonado, C., Ramos, P., Moreno, C., y Rivera, F. (2018). How family socioeconomic status, peer behaviors, and school-based intervention on healthy habits influence adolescent eating behaviors. *School Psychology International*, 39(1), 92-118. <https://doi.org/10.1177/0143034317749888>
- Nissinen, K., Mikkilä, V., Mannisto, S., Lahti-Koski, M., Räsänen, L., Viikari, J., y Raitakari, O. T. (2009). Sweets and sugar-sweetened soft drink intake in childhood in relation to adult BMI and overweight: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Public Health Nutrition*, 12(11), 2018-2026. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980009005849>
- Palenzuela Paniagua, S. M., Pérez Milena, A., Torres, L. A., Fernández García, J. A., y Maldonado Alconada, J. (2014). La alimentación en el adolescente. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(1), 47-58. [doi.org/10.4321/S1137-66272014000100006](https://doi.org/10.4321/S1137-66272014000100006)
- Pérez-Lizaur, A. B., Palacios-González, B., Castro-Becera, A. L., y Flores-Galicia, I. (2014). *Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes*. 4a Ed. Fomento de Nutrición y Salud A.C./Ogali.
- Perng, W., Tang, L., Song, P., Goran, M., Tellez Rojo, M. M., Cantoral, A., y Peterson, K. E. (2019). Urate and Nonanoate Mark the Relationship between Sugar-Sweetened Beverage Intake and Blood Pressure in Adolescent Girls: A Metabolomics Analysis in the ELEMENT Cohort. *Metabolites*, 9(5), 100. doi:10.3390/metabo9050100
- Rahman, A. A., Jomaa, L., Kahale, L. A., Adair, P., y Pine, C. (2018). Effectiveness of behavioral interventions to reduce the intake of sugar-sweetened beverages in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Reviews*, 76(2), 88-107. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nux061>
- Ramírez-Vélez, R., Ojeda, M. L., Tordecilla, A., Peña, J. C., y Meneses, J. F. (2016). El consumo regular de bebidas azucaradas incrementa

- el perfil lipídico-metabólico y los niveles de adiposidad en universitarios de Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(1), 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.04.006>
- Rodgers, R. F., Slater, A., Gordon, C. S., McLean, S. A., Jarman, H. K., y Paxton, S. J. (2020). A biopsychosocial model of social media use and body image concerns, disordered eating, and muscle-building behaviors among adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 49, 399-409. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01190-0>
- Shah, T., Purohit, G., Nair, S. P., Patel, B., Rawal, Y., y Shah, R.M. (2014). Assessment of obesity, overweight and its association with the fast-food consumption in medical students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(5), CC05-7. [doi.org/10.7860%2FJCD-DR%2F2014%2F7908.4351](https://doi.org/10.7860%2FJCD-DR%2F2014%2F7908.4351)
- Skinner, A. C., Perrin, E. M., Moss, L. A., Skelton, J. A. (2015). Cardiometabolic risks and severity of obesity in children and young adults. *New England Journal Medicine*, 373,1307-17. 10.1056/NEJMoa1502821
- Terminel-Zaragoza, R., Vega-López, S., Ulloa-Mercado, G., Serna-Gutiérrez, A., Gortares-Moroyoqui, P., Díaz-Tenorio, L., y Rentería-Mexía, A. (2022). Reproducibility and validity of a food frequency questionnaire to assess cardiovascular health-related food intake among Mexican adolescents. *Journal of Nutritional Science*, 11, e3. <https://doi.org/10.1017/jns.2022.1>
- Twarog, J. P., Peraj, E., Vaknin, O. S., Russo, A. T., Baidal, J. A. W., y Sonnevile, K. R. (2020). Consumption of sugar-sweetened beverages and obesity in SNAP-eligible children and adolescents. *Primary Care Diabetes*, 14(2), 181-185. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.07.003>
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P. *et al.* (2020). Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 141, E139-596.
- World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation* (vol. 916). World Health Organization.
- Yu, L., Zhou, H., Zheng, F., Song, J., Lu, Y., Yu, X., y Zhao, C. (2022). Sugar is the key cause of overweight/obesity in Sugar-Sweetened Beverages (SSB). *Frontiers in Nutrition*, 9, 885704. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.885704>



## CAPÍTULO 9.

# EL ACOSO LABORAL EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR. EL CASO DE LAS MUJERES ADMINISTRATIVAS<sup>1</sup>

*Rosario Román Pérez*

*Elba Abril Valdez*

*María José Cubillas Rodríguez*

*Sandra Elvia Domínguez Ibáñez*

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.

### **Introducción**

Las instituciones de educación superior (IES) son la última oportunidad de la sociedad para contribuir a la formación de jóvenes que promuevan el respeto a los derechos humanos, la igualdad de género, la inclusión y el comportamiento ético. En sus espacios se transmite información y se espera que también sean formativos. Por lo mismo, la cultura institucional es deseable que se caracterice por ser igualitaria y libre de violencia de género. Sin embargo, los procesos de enseñanza-aprendizaje, de investigación y desarrollo de la cultura en los contextos universitarios, ocurren en relaciones altamente jerarquizadas atravesadas por estereotipos de género, juveniles y de discriminación por la procedencia étnica, económica o cultural de sus integrantes. Las distintas formas de violencia en las IES, principalmente los casos de acoso y hostigamiento laboral y sexual, han quedado evidenciadas a través de diversos estudios y acciones llevadas a cabo por comunidades estudiantiles e incluso docentes y administrativas, que han protagonizado denuncias a través de

---

<sup>1</sup> Este trabajo es un avance del proyecto PRONACE-CONACYT 319149 “Desarticulando las violencias, juvenil y de género, en las instituciones de educación superior de México”.

“tendederos”,<sup>2</sup> “escraches”<sup>3</sup> y otro tipo de manifestaciones que muestran su malestar ante la violencia recibida (Barraza, 2017; Cerva, 2022).

Tal vez por lo novedoso de tales estrategias, las universidades en general han carecido de mecanismos para identificarlas y prevenirlas oportunamente. De hacerlo así, les permitiría a las autoridades educativas documentar y procesar las distintas formas de violencia que se ejercen en el interior de las IES y dar respuesta en tiempo y forma a las demandas planteadas por vías no oficiales. La cifra de casos denunciados en esas instituciones no puede ser precisa si las personas afectadas no siguen los protocolos y canales oficiales, cuando los hay. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), de 100 delitos de acoso sexual contra estudiantes, solo se denuncia 10%. La magnitud y la cobertura mediática del problema ha llamado la atención de las autoridades, y durante los últimos años, las universidades empezaron a crear mecanismos para atender casos de violencia registradas entre su población, con énfasis en el acoso y el hostigamiento sexual.

El presente trabajo tiene como objetivo aportar información sobre la violencia en los espacios universitarios reportada por mujeres del personal administrativo de una IES del estado de Sonora. La situación laboral de esa población trabajadora es más desventajosa que la de las académicas, por su menor ingreso económico y nivel de escolaridad. A ello se suma la normalización que se ha hecho de prácticas discriminatorias e intimidantes en la interacción entre pares del personal administrativo, al igual que la sostenida por el personal docente y el alumnado, con cualquier persona en posición de poder. Para documentar esta problemática, se presentan primeramente algunos antecedentes sobre la violencia de género en las IES, así como una breve descripción del espacio en el que se realizó el estudio, con el fin de contextualizar el campo de trabajo. Posteriormente se describe el método y las técnicas utilizadas, los resultados y las conclusiones.

---

<sup>2</sup> Refiere a carteles que las estudiantes cuelgan para exhibir los nombres de personas que les violentan, y agresiones vividas.

<sup>3</sup> El escrache es una manifestación popular de protesta contra una persona que se realiza frente a su domicilio o en algún lugar público al que deba concurrir (RAE, 2022).

## Antecedentes

Existe poca información respecto a la violencia que vive el personal administrativo en las IES. Los estudios sobre el tema provienen principalmente de las organizaciones empresariales y de estadísticas nacionales. La *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* (ENOE, 2022) señala que 25 205 personas renunciaron a sus trabajos durante el primer trimestre de 2022 debido al acoso laboral, conocido también como *mobbing*.<sup>4</sup> La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), según Hernández (2019), informó que en 2019 el 80% de las personas trabajadoras del país había presenciado un acto de acoso contra alguien de su espacio laboral y 74% aseguraba que esta conducta era ejercida principalmente por sus superiores. Generalmente quienes ejercen violencia son personas que tienen cualquier tipo de liderazgo dentro de una organización.

El *mobbing* se refiere a la violencia psicológica que, de manera consciente y por lo tanto intencional, excesiva y frecuente, ejerce una persona hacia otra en el ámbito del trabajo. El concepto apareció en 1990 en el área de psicología del trabajo (Leymann, 1996), y el objetivo del *mobbing* es aislar a la víctima, dañar su reputación e imagen y afectarla en su desempeño laboral. En casos extremos, tal tipo de violencia puede lograr el despido o forzar la renuncia de la persona trabajadora. Suele presentarse por desacuerdos entre quienes forman parte de un mismo equipo o bien, por diferencias entre una persona en posición superior y otra subordinada. Igualmente puede generarlo un grupo de personas, siempre y cuando aparezca en forma sistemática y por tiempo prolongado, por lo que se considera también como *bullying* laboral. De acuerdo con el autor, los siguientes son algunos ejemplos de *mobbing*:

- Agresión verbal en forma de burlas o insultos.
- Prácticas que excluyen o aíslan al/a trabajador/a que es víctima de la situación.
- Humillación.
- Chismes y calumnias sobre la persona.
- Amenazas verbales o escritas.
- Asignación de cargas excesivas de trabajo.
- Ridiculización.
- Discriminación.

---

<sup>4</sup>Término que proviene del idioma inglés y que en español se ha traducido como acoso o violencia laboral. Aquí se utilizará de manera indistinta acoso o *mobbing*.

Otra característica del *mobbing* es su direccionalidad, dependiendo de la posición ocupada por la persona violentadora y la víctima (De Miguel-Barrado y Prieto, 2016). En este sentido, puede ser:

- Vertical descendente. Sucede cuando la violencia o el hostigamiento laboral lo ejercen quienes ocupan puestos de jerarquía o superioridad respecto a la víctima.
- Horizontal. Este tipo de *mobbing* se da cuando la violencia u hostigamiento se realiza entre compañeros/as de la misma jerarquía o trabajadores/as que ocupan un nivel similar en la estructura organizacional.
- Vertical ascendente. Ocurre con menor frecuencia y se refiere al acoso laboral que realizan quienes ocupan puestos inferiores respecto de la víctima. Por ejemplo, un/a trabajador/a subordinado/a que agrede a su jefe/a, o baja su productividad para afectarle.
- Mixta o compleja. Este tipo de *mobbing* inicia cuando una o varias personas ejercen violencia laboral a una o varias personas de su misma posición jerárquica (horizontal). A su vez, la jefatura puede tener conocimiento de la situación, pero no se adoptan medidas de solución e incluso puede darse el caso de que aumenten las acciones violentas con la complicidad del grupo.

De acuerdo con Llerena-Idrobo (2020), el *mobbing* puede ser prevenido e incluso erradicado, siempre y cuando las políticas de la institución desarrollen estrategias como:

- Promover el conocimiento del personal sobre sus derechos laborales.
- Establecer mecanismos claros, eficientes y eficaces para la denuncia.
- Crear redes de apoyo.
- Fomentar una cultura institucional con perspectiva de género, sin discriminación ni violencia.
- Declarar públicamente la máxima autoridad de la organización, cero tolerancia a la violencia laboral, el hostigamiento y el acoso.

- Desarticular las estructuras patriarcales, machistas y discriminatorias.

Aunque en México no existe una ley específica de acoso laboral, sí hay algunas normas en la Ley Federal del Trabajo y otros ordenamientos legales que sirven de guía para patrones y trabajadores. Los estudios sobre las violencias y sus distintas modalidades en las IES, sustentan sus definiciones en lo estipulado por la Ley General de Acceso de las Mujeres a un Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007). No obstante, las agresiones que experimentan las mujeres y otros grupos vulnerables en los centros universitarios, adquieren formas muy sutiles que no son tan fáciles de identificar y clasificar conceptualmente. Ello demanda el aporte de nuevas evidencias para promover la discusión académica sobre esas particularidades y enriquecer el cuerpo de conocimientos al respecto.

A continuación, se expone el método seguido y el tipo de estudio, técnicas e instrumentos, así como el procedimiento y el plan de análisis de la información generada, a fin de documentar la violencia que reciben las trabajadoras administrativas de una IES ubicada en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

## **Método**

### ***Tipo de estudio***

El estudio es analítico, de alcance descriptivo y transversal utilizando metodología cualitativa con enfoque interpretativo (Galindo-Cáceres, 1998). La técnica fue el grupo focal y se convocó a mujeres de las distintas áreas administrativas de la institución, tanto locales como foráneas. Con fines de comparación y confiabilidad, dos personas del equipo de trabajo realizaron por separado una relatoría de las interacciones y participaciones, misma que fue la base de datos para el análisis e interpretación de resultados (Ravena-Selvatici, 2008).

### ***Participantes***

En el Taller de Reflexión participaron ocho mujeres del personal administrativo: siete presenciales y una en línea. El rango de edad de las participantes fue de 36 a 50 años, y en cuanto a escolaridad, todas

—menos una—, tenían estudios universitarios con tres a nivel de maestría; lo que muestra que se trata de personal administrativo con formación especializada, aunque no necesariamente en el área que laboran. Algunas son egresadas de las carreras de comunicación, de derecho o bien de administración, que está más relacionado con las tareas que realizan. La antigüedad como trabajadoras de la IES iba de 15 a 31 años, esto es, tienen arraigo en la institución y la mayoría interactúa o tiene relaciones de amistad fuera del espacio laboral desde hace varios años.

### ***Procedimiento***

Inicialmente, a fin de promover la gestión de permisos en el grupo objetivo, se presentó el proyecto de manera híbrida (presencial y virtual) al funcionariado de la IES. Posteriormente, se hicieron invitaciones a las administrativas mediante oficios dirigidos a las o los jefes inmediatos con copia a cada trabajadora para que asistieran a un taller. Por vía telefónica se confirmó la asistencia y se colocaron carteles en lugares visibles convocando al evento. Con esta logística se buscó motivar la participación en el taller que se realizó de manera híbrida: presencial y virtual; sin embargo, de 52 mujeres administrativas, asistieron 7 y una a través del enlace electrónico. Los temas abordados fueron reconocimiento de la violencia de género contra las mujeres, espacios de riesgo e inseguridad, experiencias de violencia de género y formas de afrontamiento y causas de la violencia de género.

*Desarrollo del taller.* Después de explicar el objetivo del proyecto y de la reunión a la que fueron convocadas, se trabajó una dinámica de presentación en la que se pidió compartieran el antecedente del nombre que tienen. Posteriormente se presentó un video que, sin audio, muestra la imagen de una chica que camina de noche en una ciudad. Luego se procedió a abrir la reflexión para escuchar opiniones sobre el hecho de que la protagonista se transporte en autobús, en taxi, pase junto a grupos de hombres y nadie la acose. Después se utilizó la dinámica “árbol de problemas”, en la que se pidió colocar en el dibujo de un árbol, un papel en que escribieran las violencias percibidas en su entorno laboral, de acuerdo con el nivel de gravedad que cada una considerara, las posibles causas y las soluciones que proponían.

*Análisis de la información.* A partir del discurso de las participantes, vertido en las relatorías realizadas por dos personas durante el desarrollo de las distintas dinámicas, se realizó un análisis hermenéutico atendien-

do a los textos y los contextos (Ríos-Saavedra, 2018). Se agrupó por categorías identificando, con base en la LGAMVLV (2007), los distintos tipos de violencias que las participantes dijeron haber percibido o experimentado en la IES.

*Aspectos éticos.* Todas las participantes colaboraron de manera voluntaria, previa presentación de la información sobre el objetivo y las características del estudio para obtener el consentimiento informado. Se aseguró la confidencialidad y el anonimato de la información recabada, la cual fue tratada eliminando cualquier elemento que pudiera dar cuenta de la identidad de las participantes.

## Resultados

De acuerdo con el análisis de textos y contextos (Ríos-Saavedra, 2018), a partir de lo escrito por las participantes de manera anónima en la técnica de “árbol de problemas”, los distintos tipos de violencias que dijeron haber percibido o experimentado en la IES fueron:

Violencia emocional. En este tipo de violencia se integraron aquellos comportamientos que las participantes reportaron vivir cotidianamente en el trato directo con sus jefes/as, investigadoras/es y personal de apoyo como:

- Trato prepotente por parte del personal docente, a pesar de que muchos asuntos que llegan a plantear no dependen directamente de ellas y en ocasiones no tienen solución en el tiempo y forma que les solicitan.
- Algunas personas sobrerreaccionan cuando solicitan un servicio y les exigen solución no en las mejores formas de cordialidad y compañerismo. Este comportamiento fue calificado como el origen del problema de violencia ejercida sobre las mujeres administrativas.
- Trato desigual. Es una forma que les afecta cuando sus jefes o jefas se comportan de manera diferencial con ellas otorgando privilegios a unas y a otras no. En ese sentido, también expresaron la asignación de cargas de trabajo y otras situaciones relacionadas con su desempeño, formación o promoción.
- Agresiones verbales. Aun cuando no dieron ejemplos específicos, refirieron a expresiones que demeritan su persona o

lastiman su dignidad y autoestima. Se habló también de calumnias, generalmente relacionados con su vida privada, su cuerpo y desempeño laboral, considerando este tipo de agresiones como graves.

- Dirigirse a ellas con gritos (los jefes y algunas personas académicas). Se diferencia del trato prepotente porque se suma a este el alzar la voz, por lo que resulta un trato ofensivo que las violenta y fue considerado como grave por las participantes.

Violencia física. Sin referir alguna forma de agresión específica, la violencia física fue mencionada como un tipo de violencia grave. En escenarios laborales como los de las IES, donde las personas que interactúan tienen niveles educativos altos, las violencias no suelen ser obvias. De ahí la pertinencia de continuar generando conocimiento para desarrollar categorías analíticas e instrumentos más sensibles para identificarlas y delimitarlas (Álvarez *et al.*, 2015).

Violencia económica. Las participantes reportaron comportamientos de sus jefes o jefas que dificultaban cambios de adscripción solicitados, ya sea para elevar su salario, desempeñar actividades más acordes con su formación o bien por evitar problemas con otras personas, incluyendo la figura de autoridad. Este fue un problema reportado como grave. También señalaron la falta de difusión de vacantes, de manera que solo son dadas a conocer entre las personas que quieren favorecer.

La contratación de personal nuevo tiene lineamientos establecidos en el contrato colectivo de trabajo, pero cuando las convocatorias son dadas a conocer, se favorece a personas de la red de relaciones familiares o sociales (Participante 7).

Violencia sexual. Se reportaron insinuaciones por parte de compañeros, y aunque no se especificaron de qué tipo, sí se ubicaron entre los problemas considerados graves.

Violencia institucional. Fue la violencia mayormente reportada por las mujeres del personal administrativo, ubicada además como la raíz de los problemas de violencia en la IES. Algunos ejemplos fueron: clima laboral adverso y designación de plazas sin seguir lineamientos del contrato colectivo de trabajo, por mencionar algunos.

Propuestas de las administrativas. En tanto que la problemática identificada estuvo más relacionada con el clima laboral, la expectativa de las

participantes es que el resultado del diagnóstico llegue a las autoridades de la IES y que estas a su vez tengan una escucha activa e implementen medidas para la mejora continua. De otra manera se seguirán afectando los servicios que se brindan y la productividad institucional. Algunos comentarios fueron:

- Mayor comunicación entre jefes/as y empleados/as. (Participante 1).
- Mayor tacto al dirigirse a las demás personas. (Participante 4).
- Capacitación desde arriba en el organigrama, para un mejor trato y convivencia del resto del personal. (Participante 3).
- Capacitación al liderazgo y respeto a los reglamentos. (Participante 1).
- Actividades de convivencia. (Participante 2).
- Dar a conocer a todo el personal los derechos y beneficios que tenemos como empleadas. (Participante 5).
- Capacitación a todo el personal. (Participante 7).
- Actividades cortas para convivencia. (Participante 2).
- Utilizar redes sociales para concientizar al personal. (Participante 5).
- Crear programas o talleres con el personal para capacitar acerca de la violencia de género y dar seguimiento. (Participante 6).
- Evitar las preferencias entre los equipos de trabajo para beneficio de una sola área. Notificar los gastos de las capacitaciones. (Participante 6).
- Para acoso y hostigamiento existen sanciones y se deben aplicar bien las amonestaciones, incluyendo a altos mandos en caso de que sean violentadores. (Participante 8).

## **Discusión**

Como podemos ver, la mayor parte de los problemas identificados por las participantes se refieren al ambiente laboral que apunta hacia la política y la cultura institucional de género. Los resultados no difieren de estudios realizados en México y en otros países de habla hispana en los que se documenta un ambiente hostil que afecta las relaciones interpersonales, la productividad y el bienestar del personal (Gómez, 2017; Rojas-Solís *et al.*, 2019; Salinas-Guayacundo, 2020).

En el caso de la IES estudiada, el tema de la capacitación –importante para la formación y posibilidades de ascenso en los niveles y puestos– fue calificado como no grave por las mujeres administrativas. Sin embargo, es una muestra de las dificultades que el personal encuentra para mejorar tanto su desempeño como su futuro laboral. Las “preferencias” de los jefes y las jefas aparece tanto entre las personas adscritas a la institución, como en trabajadoras/es que la institución contrata para servicios de manera externa (*out sourcing*), así como el “favoritismo” para invitar a cursos, que aparece calificado como grave. También así es calificado el hostigamiento laboral, las dificultades para cambiarse de adscripción en caso de solicitarlo por algún conflicto en su área y otros problemas relacionados con violaciones al contrato colectivo de trabajo.

En cuanto al origen de la problemática reportada, las participantes señalaron, por un lado, comportamientos relacionados con la dirección y administración de la institución, y por otra, la comunicación y la falta de capacitación en temas de género del funcionariado. De manera sintética, se puede decir que la mayoría de las violencias reportadas lo son en razón del género y, al ser parte de la vida cotidiana de la IES, puede integrarse en el concepto de *mobbing* (Leyman, 1996). Lo anterior coincide con los resultados de otros estudios en los que se identificaron conductas y patrones recurrentes de acoso laboral en instituciones educativas (Salinas-Guayacundo, 2020), mismos que requieren mayor análisis desde una perspectiva de género para comprender las variables organizacionales que generan conflictos en el ámbito universitario.

## Conclusiones

Del estudio destaca no solo la problemática expuesta por las administrativas, sino también las soluciones propuestas por ellas mismas, que se pueden resumir en tres áreas: a) la buena comunicación, b) la existencia y aplicación de reglamentos y c) la capacitación. Si bien la IES en la que se realizó este trabajo tiene un marco normativo que empieza a incluir la perspectiva de género y la atención a la violencia hacia las mujeres, el reto es que el personal la conozca y que las autoridades cumplan con su aplicación pronta y expedita. Ello apunta a la necesidad de diseñar estrategias con ese enfoque, que puedan ser evaluadas mediante indicadores de impacto para un seguimiento permanente y sistemático.

## Referencias

- Álvarez, H., Chacón, H., Escobedo, C., García, M., Bencomo, M., Gutiérrez, J., Martínez, J., y Valles, H. (2015). Diagnóstico de comportamientos, actitudes y pensamientos hacia la equidad y violencia de género (CAPHEYVG) del personal docente y administrativo de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Universidad Autónoma de Chihuahua. [http://usr.uach.mx/util/informe\\_investigacion\\_genero.pdf](http://usr.uach.mx/util/informe_investigacion_genero.pdf)
- Barraza, K. (2017). Alumnas de Unison denuncian acoso sexual por parte de maestros. Televisa Sonora. [https://www.loyoutube.com/watch?v=3sMYnrIa\\_HQ](https://www.loyoutube.com/watch?v=3sMYnrIa_HQ)
- Cerva, D. (2022). Movilización estudiantil. PRONACE Violencia IES. [https://www.youtube.com/watch?v=Xz9iwdn\\_DqA](https://www.youtube.com/watch?v=Xz9iwdn_DqA)
- De Miguel-Barrado, V., y Prieto, J. (2016). El acoso laboral como factor determinante en la productividad empresarial: el caso español. *Revista Perspectivas* (38), 25, 25-44. [http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1994-37332016000200003&lng=es&esytlng=es](http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1994-37332016000200003&lng=es&esytlng=es).
- ENOE (2022). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. Comunicado de prensa 668/2022. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoe/enoent/enoent\\_ie2022\\_11.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoe/enoent/enoent_ie2022_11.pdf)
- Galindo-Cáceres, J. (1998). *Técnicas de investigación, en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson Educación. ISBN 968-444-262-9.
- Gómez, J. R. (2017). El acoso laboral en la universidad. Una perspectiva comparada entre Colombia, España y México. *Revista Jurídica Derecho*, 6(7), 63-77.
- Hernández, G. (2019). El 74% del acoso laboral es ejercido por los jefes: CNDH. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/gestion/El-74-del-acoso-laboral-es-ejercido-por-los-jefes-CNDH-20190723-0114.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019). *Panorama de la violencia en México*. México: INEGI. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Violencia2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Violencia2020_Nal.pdf)
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2007). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Leyman, H. (1996). El contenido y desarrollo del *mobbing* en el trabajo. <http://acosolaboral.net/pdf/LeymannEI.pdf>

- Llerena-Idrobo, G. D. (2022). *El acoso laboral o mobbing, identificación, prevención y tratamiento en el área administrativa de la empresa “Trans Express, S. A.” en el año 2020* (Tesis de Maestría en Gestión de talento humano). Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador. Julio de 2022.
- Real Academia de la Lengua Española (RAE). <https://rae.es>
- Ravena-Selvatici, M. (2008). Grupos de reflexión en organizaciones laborales. *Vínculo. Revista do NESME*, 5(2), 101-116 <https://www.redalyc.org/pdf/1394/139412685002.pdf>
- Ríos-Saavedra, T. (2018). La hermenéutica reflexiva en la investigación educativa. *Revista Enfoques Educativos*, 7(1), 51-66. <https://enfoceseducacionales.uchile.cl/index.php/REE/article/view/48177>
- Rojas-Solís, J. L., García-Ramírez, B., y Hernández-Corona, M. (2019). El *mobbing* en trabajadores universitarios: Una revisión sistemática. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 354-368. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.369>
- Salinas-Guayacundo, W. A. (2020). *Mobbing* en un entorno educativo: revisión de caso en una universidad del departamento de Boyacá. *Revista Escuela de Administración de Negocios* (88), 189-205. <https://doi.org/10.21158/01208160.n88.2020.2527>



## CAPÍTULO 10. CALIDAD DE SUEÑO

*Martha Rosales Aguilar  
Manuel Alexander López Ortega*

Universidad Autónoma de Baja California, campus Otay.

### **Introducción**

Según el National Heart, Lung, and Blood Institute, el sueño es importante para tener un buen estado de salud, los estudios demuestran que no dormir suficiente o tener una mala calidad de sueño de manera constante aumenta el riesgo de contraer enfermedades como presión alta, enfermedad cardiaca, y otras enfermedades; dentro de los beneficios, podemos tener la formación de muchas y diferentes hormonas que ayudan al buen funcionamiento de nuestro cuerpo, como la hormona de crecimiento, que ayuda a los niños a crecer, aumentar su masa muscular, al desarrollo inmunológico, combatir infecciones y repara nuestras células.

La cantidad necesaria del sueño en el ser humano está condicionada por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento; no todas las personas necesitan en el mismo tiempo para dormir, hay quien duerme cinco horas o menos y hay quien requiere más de nueve horas, sin embargo, la gran mayoría duerme de 7 a 8 horas (Miró *et al.*, 2005). La diferencia de estos patrones no se conoce, independientemente de ello, los sujetos pueden clasificarse por patrones de sueño que se diferencian por la calidad de sueño, y se describe como el patrón de calidad de sueño bueno o mala calidad de sueño.

El déficit de sueño se fundamenta en una pobre calidad de este, que se verá expresado como somnolencia excesiva diurna. La privación de sueño es una característica de las sociedades posmodernas, dado que como humanos no se puede dejar de dormir por más de dos a tres días (De la Portilla *et al.*, 2018).

Algunas investigaciones han mostrado que existen alteraciones cognitivas en casos de privación de sueño en estudiantes, mayormente

en aquellos donde se ven afectados los horarios diurnos y nocturnos, como los estudiantes del área de la salud. Los estudios muestran que hay alteraciones en la visión, presentando una disminución de la capacidad de la atención visual, la memoria del trabajo, la memoria visual, la fluidez visual, las funciones del pensamiento creativo, el rendimiento cognitivo y la función motora (De la Portilla *et al.*, 2018).

## **Antecedentes**

El sueño es una actividad natural del humano, le debe llevar la tercera parte de su vida dormir para mantenerse saludable y recobrar la energía gastada; por ello debemos despertar con ánimo, buen humor, llenos de energía para cualquier actividad a la que nos debemos dedicar, pues es la hora en que el cuerpo y el cerebro reparan a través de las células y las enzimas lo que haya que reparar, además de reforzar la memoria y el sistema inmunológico (Bosch, Rumialló y Morgado, 2021).

La importancia del dormir es el descanso, y tener un buen descanso es relevante para tener una vida con calidad; la definición de calidad de vida, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1994), es cómo el individuo percibe sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el régimen de valores en los que se desenvuelve, respecto a cómo logra sus metas, cumple sus expectativas, las normas que lo rigen y las preocupaciones que le agobian.

Cuando se interrumpe el horario de dormir por los diversos factores que alteran la vida del individuo, esto traerá como consecuencia efectos negativos en la calidad de vida y se puede presentar en forma de alterar la productividad escolar o laboral, irritación de carácter y falta de concentración, que a largo plazo puede causar un accidente; se estima que dormir bien podría reducir la presentación de enfermedades crónico-degenerativas; la relajación mental y física que alcanza el cuerpo durante el sueño permite poder lograr nuestras actividades diarias sin cansancio acumulado (Bosh *et al.*, 2021).

Durmer y Dinges (2005) plantean que, cuando la calidad de sueño es deficiente, las actividades cognitivas se ven afectadas, así como la disminución de capacidad de atención en las actividades diarias; también, por efectos colaterales, pueden manifestar depresión, desarrollar trastornos mentales, alteración de las funciones orgánicas –como deterioro del sistema inmunológico–, elevación de la presión arterial y

las consecuencias de esto –como un infarto cardiaco, embolia cerebral, obesidad, trombosis– y tener riesgo de mortalidad, además podrían causar problemas en la familia, con la pareja y sociales.

Dormir y sueño están definitivamente relacionados con los ciclos circadianos; mejor conocido como sueño y vigilia, todos los seres humanos necesitamos esta alternancia de actividad y reposo.

La fase del sueño no lleva a un estado de inconsciencia, pues, aun así, el cerebro manifiesta bastante actividad y con un límite de conciencia, ya que cuando despierta este puede recordar lo que soñó (Benavides y Ramos, 2019).

Las horas de sueño y calidad de vida; a este respecto, se ha manifestado que cada individuo se adapta a sus horas de sueño, sin embargo, la National Sleep Foundation expone que, según la etapa etaria, existe un intervalo de horas mínimo a cumplir para mantener el estado funcional de bienestar, salud física, salud emocional y las funciones cognitivas (Hirshkowitz *et al.*, 2015).

Tabla 1. *Horas de sueño recomendadas por edad*

Edad	Horas recomendadas
Recién nacidos (0-3 meses)	14-17
Lactantes (4 -11 meses)	12-15
Niños (1 -2 años)	11-14
Pre escolares (3-5 años)	10-13
Escolares (6-13 años)	9-11
Adolescentes (14-17 años)	8-10
Adultos de (18-64 años)	7-9
Adultos mayores ( $\geq 65$ )	7-8

Fuente: Hirshkowitz *et al.* (2015, pp. 233-43).

Es importante hacer notar que los expertos mencionan que los intervalos de sueño deben respetarse según las etapas etarias, debido a que si no se hace los individuos empiezan a presentar trastornos. Explican que si un recién nacido duerme menos de las 14 horas, se vuelve hiperactivo, impulsivo y con riesgo de obesidad y disminución del desarrollo cognitivo; lo mismo con los escolares que duermen menos de 9 horas, su rendimiento académico disminuye y su desarrollo cog-

nitivo; no aumenta; en el caso de los adolescentes que duermen menos de 8 horas, se afecta su conducta, su ánimo, podrían sufrir accidentes y tienen riesgo de obesidad; esto mismo es aplicable para los grupos de adultos y adultos mayores, se debe dormir para mantener la función cognitiva, ya que disminuye la morbilidad y se mantiene su calidad de vida (Fabres y Moya 2021).

Factores internos y externos del sueño. El sueño se ajusta a la organización de nuestro cuerpo por factores fisiológicos que modulan el inicio, la duración y finalización del mismo; el sistema nervioso simpático y parasimpático se encarga de los estados de alerta y relajación, la regulación de la temperatura corporal, tiroides, y el eje hipotalámico-hipofisiario-corticoadrenal, además de que existen familias de genes involucrados, como la familia CLOCK/BMAL1 (Fabres y Moya, 2021). Para alcanzar el sueño interviene toda la neuroinmunoquímica de los órganos que funcionan como promotores del sueño; las citoquinas que produce el sistema inmunológico, ácido gama-aminobutírico (GABA), que se produce en el interior de las células del cerebro y que manda señales a las neuronas para transmisión de impulsos; prostaglandinas, moléculas lipídicas que en conjunción con las citoquinas IL-1 $\beta$  y TNF- $\alpha$  participan en efectos reguladores del sueño y participan con la prostaglandina PGD2 que induce el sueño; cuando se encuentra con la proteína FOS, ayudan a que se incremente la expresión de los centros de sueño del cerebro; otra molécula prostaglandina PGD2 para la inducción del sueño (Martínez-Canabal y Rivas-Arancibia, 2005).

Tabla 2. *Los diez mandamientos del sueño*

<b>Hábitos de higiene</b>
Hacer ejercicio regularmente, pero no justo antes de acostarse.
Establecer un horario regular para irse a dormir y despertarse.
Si tiene la costumbre de tomar siestas, no exceder los 45 minutos de sueño diurno.
Evitar la ingesta excesiva de alcohol 4 horas antes de acostarse, y no fumar.
Evitar la cafeína 6 horas antes de acostarse. Esto incluye café, té y refrescos, así como chocolate.
Evitar los alimentos pesados, picantes o dulces 4 horas antes de acostarse.
Consuma un refrigerio ligero antes de acostarse, es aceptable.

(Continúa)

Usar ropa de cama cómoda y agradable.

Bloquee todo ruido que distrae y elimine la mayor cantidad de luz posible.

Reserve su cama para dormir y el sexo, evitando su uso para el trabajo o la recreación general.

---

El sueño y el buen dormir dependen de nuestra vida cotidiana y los hábitos higiénicos; la calidad del sueño siempre dependerá de la persona y de los factores asociados con su vida y a ese momento –los hábitos de sueño– que ha llevado a lo largo de su trayectoria de vida; si toma medicamentos, sus enfermedades, su hábitos alimenticios, qué consume antes de dormir –cafeína, alcohol, teína–, ejercicios, incluso su entorno laboral y problemas familiares y ambientales, o el uso de dispositivos electrónicos sobre su cama (Benavides *et al.*, 2021). Debido a ello la World Sleep Society propuso en 2018 los *10 mandamientos de higiene del sueño para adultos* (Gurrola, 2018).

Se considera que las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y las redes sociales desplazan o interrumpen los ciclos del sueño y proveen contenido para estimular y alterar el ciclo circadiano (Benavides *et al.*, 2021), y como ya se mencionó, traen como consecuencia alteraciones de la conducta en adolescentes y adultos.

Existen investigaciones que han estimado que las TIC, si se usan una hora antes de dormir, producen un efecto negativo en la duración del sueño; los niños pierden 10 minutos de sueño si usan computadora o celular, y los que ven televisión, 15 minutos; si esto se vuelve cotidiano, las repercusiones se han observado en los cambios de conducta de estos niños. Se sabe que el impacto por el uso de los celulares una hora antes de dormir afecta la calidad de sueño en 36% (Dube *et al.*, 2017), esto deja en claro que el uso de la TIC y los dispositivos antes de dormir puede ejercer una alteración del sueño (anómalo), que se identifica con la calidad y la cantidad de sueño (Benavides *et al.*, 2021).

## **Planteamiento del problema**

Dormir es una necesidad fisiológica que permite el descanso de nuestro cerebro y que las células tengan tiempo de repararse, además de que el organismo baja sus funciones a un estado metabólico basal, que es necesario para la recuperación de la energía.

Los estudiantes de medicina en México y América Latina se sienten comprometidos con su carrera y con su meta de lograr ser médicos, no obstante, no están conscientes de que dormir es un compromiso para el bienestar de su salud por lo que renuncian a sus horas de sueño para hacer sus horas de estudio y actividades académicas, esto los lleva al estrés, además del perjuicio por no dormir sus horas completas, aunado a su problemática diaria; considerando que su preparación será ayudar al bienestar y salud de otros, es deber de sus centros de estudio mostrarles la importancia del cuidado de su salud y los beneficios y perjuicios de no dormir bien.

## **Justificación**

Saber que la vida laboral suele ser complicada a la expectativa de quien lo necesite, debe saber que también se debe tener calidad de vida, y que el sueño es fundamental para que mantenga una buena salud y que, para tener un buen rendimiento académico, debe tener una buena calidad de sueño; es normal que usen las horas de la noche para su estudio, ya que hay más silencio en su rededor que les permite concentración, pero la reducción de horas de sueño los mantiene adormilados en sus clases y con estrés. Por eso es necesario conocer las estadísticas de los estudiantes que han pasado por esta situación y mostrarles la importancia del dormir bien.

## **Objetivo**

A través de las bases de datos, realizar la búsqueda de trabajos relacionados con las horas que duermen los estudiantes de medicina y cuáles son los factores estresantes que alteran su actividad académica en los artículos revisados.

## **Metodología**

Proceso de búsqueda y criterios de selección, para esta revisión fue realizada y preparada de acuerdo con el método sugerido: como elementos de informe preferido para trabajos de revisión y la declaración de metaanálisis, PRISMA, base de datos que incluye PubMed, EBSCO, Google Scholar; se buscaron sistemáticamente artículos que evaluaran

horas de sueño y sus efectos en estudiantes de medicina, publicados de 2106 a 2022. Las palabras clave y sujeto médico que encabezaron la búsqueda (MESH) fueron: “Sueño”, “Estudiantes”, “Medicina”, “Calidad de sueño”. Se seleccionaron estudios donde se usó el *Índice de calidad del sueño de Pittsburg* (PSQI). Se excluyeron resúmenes de congreso o tesis de estudiantes de licenciatura y grado de maestría o doctorado. Se incluyeron artículos en inglés y español, investigaciones que incluyeran las palabras clave; fueron excluidos los trabajos con información insuficiente, o que no tuvieran las palabras clave.

Dentro de los trabajos de investigación revisados, a los estudiantes que no cumplieron con las horas de sueño se les catalogó como “malos soñadores” y “buenos soñadores”. Acorde con los estudios revisados, la mayoría de ellos muestra un porcentaje de estudiantes “malos soñadores”.

## Resultados

Se revisaron 27 bibliografías, de las cuales se excluyeron 4 ya que su población muestral no eran estudiantes de medicina o un área de la salud afín, además de que dentro de estos no se empleó el cuestionario Pittsburgh lo cual se consideró como parte elemental para la elección de exclusión y selección de los artículos. De la bibliografía empleada, se utilizaron metaanálisis, revisiones sistemáticas, páginas especializadas en el sueño, además de guías para lograr un sueño y descanso de calidad.

Gatti *et al.* (2016) encontraron que 26.21% fueron estudiantes con buenas prácticas de sueño, 73.79% malos soñadores, con consumo de bebidas energizantes y que realizan actividades físicas después de la 19 horas; en Perú, los alumnos de los primeros semestres fueron más malos soñadores que sus pares de semestres superiores, 81% primero, 64.9% segundo, 41.3% tercero; se encontró que las mujeres estudiantes eran malas soñadoras, y se detectó que los malos soñadores ya padecen depresión ( $p < 0.001$ ), ansiedad ( $p < 0.001$ ) y estrés ( $p < 0.05$ ), con estadísticas significativas para estos padecimientos y también se vio reflejado en su rendimiento académico (Vilchez-Cornejo y Quiñones-Laveriano, 2016). Vázquez-Chacón *et al.* (2019) mencionan que en Paraguay, entre los estudiantes de área clínica superan el 50%, mencionaron no poder dormir, mayormente las mujeres; en Panamá se aumenta hasta 56% de los que malos soñadores, y las mujeres lideran las

estadísticas; mencionan que los estudiantes estadounidenses presentan estadísticas mayores a estos valores, reportando que para Asia, Hong Kong y Malasia la estadística muestra que 47% tuvo calidad deficiente del sueño. En estos estudiantes se encontró que van tarde a la cama por su carga académica y el uso de los dispositivos antes de dormir.

Otro estudio peruano muestra la mala calidad del sueño en estudiantes de medicina en un 72%. De estos, solo en 4% se encontró que la carga académica y su adicción al Internet fueron las causas principales de su falta de sueño, y que los buenos soñadores se encuentran al subir de semestre, debido a que pueden organizar mejor sus tareas (Yrigoin-Pérez *et al.*, 2019).

Respecto a estudiantes de medicina chilenos, mencionaron ir a dormir entre 1:00 y 3:00 a. m. de la madrugada y levantarse en promedio a las 7:00 a. m., con afectación a su horario académico, ya que entre 7:00 y 8:00 a. m. es su hora de presentarse en su clase. Flores *et al.* (2022) reportaron que 91.8% mostró una mala calidad de sueño, un porcentaje de los más altos en comparación con trabajos equivalentes; en este trabajo no se encontraron diferencias en cuanto hombres y mujeres, y como repercusión se observó que la mayoría de los estudiantes presentaron disfunción diurna y somnolencia; de acuerdo con los autores, esta problemática está relacionada con la exigencia académica y con el aumento de sus prácticas hospitalarias o el aumento de las asignaturas por semestre.

Perotta *et al.* (2021) afirman que los estudiantes de medicina que tienen privación del sueño y somnolencia diurna están asociados con una peor percepción de la calidad de vida que afecta su entorno educativo, aunado a esto, hay una predisposición a padecer depresión y ansiedad; esto en su estudio realizado a 1 350 estudiantes de medicina, de los cuales 37.8% presentó valores altos de somnolencia diurna, ya que se vio que cerca de 550 participantes duermen en promedio 6 horas entre semana, lo que no corresponde a las 7 horas mínimas de sueño en la edad adulta, favoreciendo de este modo la somnolencia diurna que afecta el rendimiento del estudiante en corto, mediano y largo plazo.

Por medio del *Índice de calidad del sueño Pittsburgh*, adaptado para la comunidad colombiana (ICSP-VC), se realizó el estudio en 297 estudiantes de ciencias de la salud, con proporción 7:1 de mujeres respecto a hombres, donde se encontró que el riesgo de tener una mala calidad del sueño aumenta al estar durmiendo menos de 7 horas al día, además de

que se ve un pico en alumnas y alumnos que poseen un trabajo activo. Tener una mala calidad de sueño los merma en toda la estructura de su salud (Zapata-López y Betancourt-Peña, 2021).

López y Bravo (2017) mencionan que la higiene del sueño consta de varios factores y recomendaciones para mejorar la calidad del sueño, ejemplo de estos factores son el no consumir cafeína 4 horas antes de dormir, evitar usar la cama para otra actividad que no sea dormir o sexo, etc. Este conocimiento está presente en la mayoría de las personas, pero conocer esto no tiene una relación proporcional con la calidad del sueño ya que siguen existiendo en los estudiantes malos hábitos para dormir, lo que empeora la calidad del sueño y por ende afecta su productividad durante el día.

En un estudio analítico de corte transversal en estudiantes de medicina en México sobre hábitos protectores del sueño con 572 alumnos de primer semestre de medicina: 26.8% presenta dificultad del sueño, pero dentro los factores protectores, 84% no consume tabaco al igual que consumen cantidades muy bajas de alcohol, menos de 2 copas por día; aunque mostró que 35% no tiene cuidado con su alimentación y 34% no hacen ejercicio. Que 54 alumnos (26.8%) presenten dificultad de sueño desde el primer semestre es un porcentaje alto; debido a esto, es necesario implementar y hacer difusión sobre los hábitos del sueño ya que se ve afectada la población desde que inician la carrera (Tafoya *et al.*, 2013).

## **Discusión**

Los resultados encontrados en esta revisión son de llamar la atención porque en los países que fueron revisados las estadísticas son muy parecidas, aunque los factores culturales pueden diferir de los estudiantes con mala calidad de sueño, ya que los hábitos como ver televisión, estar en la computadora, los videojuegos, se consideran malos para el sueño, así como la ingesta de bebidas energizantes, con cafeína, son también hábitos que presentaron los estudiantes; otra cosa que llama la atención es que no exista una materia en su currícula que hable de cómo el médico debe mantener los buenos hábitos de salud, y además de que, desde su área de estudio, se ve sometido a trabajo intenso en diferentes horarios donde aprende a tener mala calidad de sueño y luego lo perpetúa durante su vida profesional.

De las repercusiones de la mala calidad del sueño, se encuentra que la mayoría padece de la somnolencia diurna lo cual les impide atender de manera efectiva sus clases diurnas y vespertinas, ya que algunos tienen clases en horarios mixtos, pobre desempeño escolar y su repercusión en salud debido a la mala calidad de sueño de manera crónica; empiezan a presentar cambios de ánimo, ansiedad, fatiga y malestar general. Algunos ya han presentado depresión como resultado de esta mala calidad de sueño.

Los estudiantes de medicina, incluso antes de su ingreso a la facultad, demuestran tener conocimiento sobre conductas que afectan la calidad del sueño, además de las consecuencias que trae consigo no tener un sueño de reparador de calidad, por lo que sorprende que, a pesar de conocer sobre el tema, no ponen en práctica lo que saben, pues suelen dormir en promedio 5-6 horas desde que ingresan al primer semestre de formación.

## Conclusión

Como bien indican algunos de los autores de estos trabajos, debe realizarse una intervención mundial por parte de las facultades universitarias para promover la salud de sus futuros médicos y para motivar a los estudiantes a tener los buenos hábitos de sueño, debido a que desarrollarán un perfil profesional de la salud.

## Referencias

- At-A-Glance: Healthy Sleep (Spanish)* (2013, 8 enero). NHLBI, NIH. <https://www.nhlbi.nih.gov/resources/glance-healthy-sleep-spanish>
- Benavides-Endara, P., y Ramos-Galarza, C. (2019). Fundamentos neurobiológicos del sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28(3), 73-80. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v28n3/2631-2581-rneuro-28-03-00073.pdf>
- Bosch, M. J., Riumalló, M .P., y Morgado, M. (2021) *Conociendo el sueño: beneficios y trastornos* (2021, 30 abril). <https://www.ese.cl/ese/centros-investigacion-area-de-interes/centro-trabajo-y-familia/trabajo-y-familia/bosch-m-j-riumallo-m-p-morgado-m-2021-conociendo-el-sueno/2021-04-30/115917.html>

- Canabal, A. M., y Arancibia, S. R. (2004c). Funciones de las prostaglandinas en el sistema nervioso central. *Revista de la Facultad de Medicina*, 48(5), 210-216. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2005/un055i.pdf>
- Carpi, M., y Vestri, A. (2022d). The Mediating Role of Sleep Quality in the Relationship between Negative Emotional States and Health-Related Quality of Life among Italian Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 26. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010026>
- Chen, J., Tuersun, Y., Yang, J., Xiong, M., Wang, Y., Rao, X., y Jiang, S. (2022c). Association of depression symptoms and sleep quality with state-trait anxiety in medical university students in Anhui Province, China: a mediation analysis. *BMC. Medical Education*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03683-2>
- De la Portilla Maya, S., Dussán Lubert, C., Montoya Londoño, D. M., Taborda Chaurra, J., y Nieto Osorio, L. S. (2019c). Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 84-96. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.8>
- Dube, N., Khan, K., Loehr, S., Chu, Y., y Veugelers, P. (2017c). The use of entertainment and communication technologies before sleep could affect sleep and weight status: a population-based study among children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0547-2>
- Durmer, J. S., y Dinges, D. F. (2005c). Neurocognitive Consequences of Sleep Deprivation. *Seminars in Neurology*, 29(04), 320-339. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1237117>
- Elsevier (s. f.-b). *Los 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos* (por la World Sleep Society). Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-10-mandamientos-de-la-higiene-del-sueno-para-adultos-por-la-world-sleep-society>
- Fabres, L., y Moya, P. (2021b). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 527-534. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.09.001>
- García López, S. J., y Navarro Bravo, B. (2017). Higiene del sueño en estudiantes universitarios: conocimientos y hábitos. Revisión de la bibliografía. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 170-178. Recuperado en 25 de marzo de 2023, de <http://scielo.isciii.es/>

[scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2017000300170y1ng=esytlng=es](https://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000300170y1ng=esytlng=es).

- Grimaldo, M., y Bossio, M. R. (2014). Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 50-57. [https://doi.org/10.1016/s0120-0534\(15\)30006-6](https://doi.org/10.1016/s0120-0534(15)30006-6)
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Adams Hillard, P. J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., y Ware, J. C. (2015c). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health*, 1(4), 233-243. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>
- Infante, J. M. I., Romero, M. L. F., Del Cid Amaya, P. M., Lara, D. V. R., y Saravia, H. E. M. (2022). Uso y abuso de dispositivos móviles y su rol en el desarrollo de trastornos del sueño en adolescentes. *Alerta*, 5(1), 50-56. <https://doi.org/10.5377/alerta.v5i1.11247>
- Mazar, D., Gileles-Hillel, A., y Reiter, J. (2021c). Sleep education improves knowledge but not sleep quality among medical students. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(6), 1211-1215. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9170>
- Miró, E., Cano-Lozano, C., y Buela-Casal, G. (2004). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14(14), 11-27. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3245867.pdf>
- National Center on Sleep Disorders Research (2022, 20 octubre). *National Center on Sleep Disorders Research*. NHLBI, NIH. <https://www.nhlbi.nih.gov/about/divisions/division-lung-diseases/national-center-sleep-disorders-research>
- Nsengimana, A., Mugabo, E., Niyonsenga, J., Hategekimana, J. C., Biracyaza, E., Mutarambirwa, R., Ngabo, E., y Nduwayezu, R. (2023c). Sleep quality among undergraduate medical students in Rwanda: a comparative study. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-27573-9>
- Perotta, B., Arantes-Costa, F. M., Enns, S. C., Figueiro-Filho, E. A., Paro, H., Santos, I. S., Lorenzi-Filho, G., Martins, M. A., y Tempski, P. Z. (2021e). Sleepiness, sleep deprivation, quality of life, mental symptoms and perception of academic environment in medical students. *BMC Medical Education*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02544-8>

- Schlarb, A., Claßen, M., Hellmann, S., Vögele, C., y Gulewitsch, M. D. (2017d). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of Pain Research, Volume 10*, 1189-1199. <https://doi.org/10.2147/jpr.s125421>
- Tafoya, S. A., Jurado, M. M., Yépez, N. J., Fouilloux, M., y Lara, M. C. (2013). Los hábitos de salud como posibles protectores de dificultades en el sueño en estudiantes de medicina de una universidad nacional de México. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(3), 187-192. Recuperado en 24 de marzo de 2023, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832013000300005&lng=esytlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000300005&lng=esytlng=es)
- Zapata-López, J. S., y Betancourt-Peña, J. (2021). Factores relacionados con la calidad del sueño según el cuestionario de Pittsburgh en estudiantes universitarios de Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.008>



# CAPÍTULO 11.

## UNA GUERRA SILENCIOSA: HABLEMOS DE BULIMIA. UN ACERCAMIENTO A LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

*Karyme Díaz García*  
*Sara Gabriela Flores Vilchis*  
*Mario Giovanni Mondragón Victoria*  
*Paulina Patricia Rábago Sánchez*  
*Alejandra Valencia Camacho*  
Universidad Autónoma del Estado de México.

### **Introducción**

Con base en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su quinta edición (DSM-V), los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por ser

una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, 2013).

En estos trastornos la persona se observa preocupada constantemente por su peso corporal y autoimagen. Estos patrones de la conducta alimentaria están asociados con angustia emocional, física y social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los TCA son considerados actualmente uno de los problemas de salud más importantes debido, en primer lugar, al gran número de personas afectadas (que va en aumento) y, en segundo lugar, a las muertes que ocasiona. Estos trastornos requerirán un tratamiento a largo plazo, puesto que pueden convertirse en una enfermedad crónica que lleve a la muerte (Vargas, 2013).

En la última década la incidencia de los TCA se ha intensificado, se calcula que 3% de los adolescentes presenta anorexia o bulimia y

que, posiblemente, 6% padecen variantes clínicas, como las conductas alimentarias de riesgo (Ayuzo del Valle y Covarrubias, 2019). Estas incluyen todas las manifestaciones de los TCA, como conductas restrictivas, purgativas y atracones, pero de menor intensidad y frecuencia, de manera que no cumplen con los criterios para un trastorno (Secretaría de Salud *et al.*, 2020).

En México, la Secretaría de Salud ha informado que desde 2017, se reporta de manera anual un aproximado de 20 mil casos de anorexia y bulimia, siendo la población de entre 15 y 19 años de edad la más afectada, destacando el mayor porcentaje de la incidencia en mujeres. La prevalencia de por vida de anorexia, bulimia y trastorno por atracón en la población adolescente de la Ciudad de México es de 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Entre 83 y 100% informan algún deterioro, y todos los que tienen anorexia y casi la mitad de los que tienen bulimia y trastorno por atracón informan un deterioro grave. Sin embargo, solo del 14 al 24% de las personas con un trastorno alimentario de 12 meses han buscado tratamiento a pesar del deterioro asociado. Hay una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, conducta suicida y adversidades psicosociales en las personas con un trastorno alimentario, que en las que no lo tienen. La etiología de estos patrones de la conducta alimentaria es multifactorial y se dan por la interacción de distintos factores fisiológicos, psicológicos, ambientales, culturales y genéticos. La bulimia nerviosa (BN) es una enfermedad psiquiátrica que generalmente afecta a los adolescentes y adultos jóvenes.

Según Fairburn (2017), la BN se da sobre todo en mujeres menores de 20 años, lo que convierte a este grupo en un objetivo para la prevención e intervención temprana. De manera común, los pacientes que padecen bulimia se encuentran involucrados en atracones. Entendemos a los *atracones* como el consumo rápido y desmesurado de alimentos, generalmente estos rebasan la cantidad normal de comida que debería consumir una persona del peso y talla del paciente. No existe un estándar acerca de los tipos de alimentos que estos pacientes consumen, sin embargo, suelen ser alimentos con altos contenidos de grasas y azúcares, además, suelen aparecer varias veces al mes, semana o incluso varias veces al día. Se desarrollan en momentos de soledad y secrecía, y generalmente se ven derivados de una situación de estrés. En la mayoría de los pacientes se ven precedidos por conductas compensatorias como la práctica excesiva de ejercicio, uso de laxantes o diuréticos injustificado,

ayuno y, sobre todo, vómitos autoinducidos. Los pacientes que padecen BN generalmente presentan un peso que fluctúa de manera constante, esto los lleva a tener una angustia y preocupación por su apariencia física, especialmente por su peso y medidas. Constantemente se ven invadidos por pensamientos asociados con bajar de peso rápidamente.

El examen físico puede mostrarnos a pacientes con la boca seca, dientes desgastados (debido a la presencia anormal de ácido gástrico en la boca, derivado de los vómitos inducidos de manera constante), vasos sanguíneos rotos en los ojos (por el esfuerzo que se realiza al vomitar) y palidez generalizada. El diagnóstico generalmente es clínico. El médico o personal capacitado deberá realizar una historia clínica detallada y guiar la entrevista hacia el tema de trastornos alimenticios para obtener toda la información que los oriente a un diagnóstico preciso, empatizando con el paciente y manteniendo una relación respetuosa. El médico podrá solicitar algunos estudios médicos para descartar alguna enfermedad orgánica, por ejemplo: una biometría hemática para cuantificar los niveles de glucosa, potasio, sodio, etc. Algunas pruebas sanguíneas específicas para descartar anemia o alguna otra patología. Incluso se podrían solicitar estudios de imagen (Granizo y Le Grange, 2022).

Se deberá contar con un equipo multidisciplinario para diagnosticar y tratar al paciente con bulimia. Para que el diagnóstico ocurra, se deberá contar con una prueba de psicodiagnóstico y posterior análisis de un psicólogo o psiquiatra que siga los criterios CIE10 y DSM-V. El tratamiento de elección es la terapia cognitivo conductual (Granizo y Le Grange, 2022), con grandes cifras de efectividad; sin embargo, se han realizado estudios donde se complementa y compara con otros enfoques farmacológicos y no farmacológicos con el fin de brindar un resultado más eficiente, disminuir el riesgo de recaídas y facilitar su disponibilidad para la población, sin olvidar el enfoque personalizado de la valoración.

## **Antecedentes**

Los antecedentes de los TCA se remontan a 1870, cuando las primeras pacientes con anorexia eran mujeres jóvenes, occidentales, de alto nivel socioeconómico. De manera inicial, los médicos describían este trastorno como una “histeria”, caracterizada por rechazo a los alimentos, debilidad y llanto. Desde entonces, ubicaron a la anorexia como un

problema electivo o superficial, cuya idea persiste en la sociedad a través de los siglos (Ayuzo del Valle y Covarrubias, 2019). Cabe señalar que el primer TCA en ser descrito fue la anorexia, que junto con la BN son los trastornos con mayor prevalencia en la actualidad. Desde entonces, se han estudiado estos trastornos con el fin de comprender su origen, su fisiopatología y lograr un abordaje objetivo hacia los pacientes, evitando el declive de su calidad de vida.

## **Objetivo**

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) como principal tratamiento de la BN, para contrastar si la perspectiva que sostiene sobre el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación; mientras que la mayoría de personas se evalúan a sí mismas basándose en la percepción que tienen de su propia ejecución en distintas áreas de su vida.

## ***Metodología***

Se utilizó la metodología de revisión documental de la literatura existente sobre la BN y el tratamiento actualmente aceptado, con el fin de simplificar la información existente sobre la BN y explicar en qué consiste el tratamiento, así como identificar posibles abordajes terapéuticos en un futuro. La selección de la bibliografía en cuestión se realizó de artículos de revistas de 2017 a 2023, en idiomas inglés y español, encontrando un total de 28 artículos. Posteriormente se analizó la información recabada, se discutió y sintetizó.

## ***Consideraciones éticas***

No hay implicaciones éticas, ya que es un escrito de revisión documental.

## ***Terapia cognitivo-conductual (TCC)***

Las conductas efectuadas en este trastorno pueden provocar complicaciones médicas que se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad;

es aquí donde se centra la necesidad de un tratamiento eficaz, duradero y disponible para quienes padecen BN. Actualmente, se ha dado mayor importancia al tratamiento no farmacológico, como parte de un abordaje integral en pacientes diagnosticados con BN, siendo la TCC el tratamiento de elección. Este es un modelo que ayuda al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas. La TCC es estructurada, activa y centrada en el problema del paciente, pudiendo ser abordada de manera grupal o individual. Es un tratamiento diseñado para un número de 15-20 sesiones de aproximadamente una hora, distribuidas en tres etapas con cerca de cinco meses de duración. Durante la primera etapa se orienta a los pacientes para que puedan reconocer los pensamientos intrusivos y cómo estos dan lugar a conductas compensatorias. Posteriormente, en la segunda etapa, se ilustra a los pacientes acerca de cómo generar cogniciones más equilibradas y adaptativas, exhortándolos a modificar las ideas dañinas que provocan el trastorno. Por último, la tercera etapa consistirá en mantener al paciente en una evaluación continua. El propósito de esta terapia es que al final los pacientes aprendan sobre el trastorno, sus síntomas y cuándo es más probable que estos se repitan, siendo esto posible al llevar un diario de los episodios de la ingesta de alimentos, atracones, purgas, así como las situaciones que pudieran haber desencadenado dichos episodios, de manera que puedan transformar los patrones de pensamientos intrusivos, y enfrentar los problemas diarios de manera diferente. Dentro de las variantes de la TCC, encontramos otros tipos de terapia, tales como la terapia dialéctico conductual y la terapia de aceptación, que se centran en que el sujeto admita lo que le está ocurriendo, de esta manera logra aceptar los síntomas, los pensamientos y el cambio. La terapia dialéctico conductual busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio. Mientras que la terapia de aceptación ayuda a poner el foco de atención del paciente en el tiempo presente, como ejemplo las terapias de mindfulness, que buscan que el paciente pueda centrarse en el aquí y ahora, promover esta flexibilidad y no enfocarse en funciones aversivas. Los resultados han arrojado éxito en disminuir o incluso detener las conductas problemáticas en los trastornos alimentarios. Existe evidencia que sugiere que las intervenciones de autoayuda guiada (por ejemplo, a través de un libro, manual o material audiovisual), basadas en los principios utilizados durante las TCC, podrían contribuir de manera positiva al tratamiento integral y constante

del paciente, incluso ser un recurso de ayuda para cuando este no tenga acceso inmediato, durante una crisis, al psicólogo o psiquiatra (Tamayo Velázquez, 2019). Además del registro continuo de los alimentos consumidos, las emociones identificadas, situaciones desencadenantes y la práctica o no de conductas compensatorias, lecturas que ayuden al paciente en momentos de crisis y ejercicios de escritura guiados que ayuden al paciente a expresar en papel sus emociones. Se ha comprobado el uso de escritura terapéutica como un recurso o herramienta que podemos usar para complementar el tratamiento psicológico.

## **Resultados**

La TCC es el principal enfoque de tratamiento, ya que este se adapta a las características y entorno del paciente. Como ya se ha mencionado, los tratamientos basados en evidencias que se utilizan para el tratamiento de la BN consisten en el uso de terapia farmacológica, demostrando que el uso de antidepresivos resulta clínicamente eficaz para pacientes con este trastorno (Aust NZJ Psychiatry, 2021). La TCC resulta también eficaz en el tratamiento de la BN, comparada con otras psicoterapias; los estudios revelaron una mayor eficacia de la TCC, esta se asocia con una mejora más rápida de la sintomatología (Tamayo Velázquez, 2019). Nuevos tratamientos han sido explorados, sin embargo, han demostrado poca eficacia en el proceso de avance de los pacientes diagnosticados previamente con BN.

## **Discusión**

Gracias al incremento en la incidencia de casos, los TCA, tales como la BN, han sido objeto de múltiples estudios en donde se abordan los factores etiológicos, la perspectiva psicosocial y las perspectivas neurobiológicas, con el fin de erradicar estos trastornos. Durante 2017, el Departamento de Ciencias Biomédicas Básicas, perteneciente al Instituto de Investigación Biomédica del Hospital de la Santa Cruz ubicado en Barcelona, declaró que,

*según la Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, publicada en 2008 por el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, uno de los tratamientos que presentaba un*

mayor porcentaje de éxito era el uso de terapia cognitivo-conductual, resaltando la importancia de concientizar a los pacientes acerca de conductas de riesgo que desencadenaran atracones y conductas compensatorias.

En 2018, la Universidad Autónoma de Madrid publicó un artículo a cargo de la doctora Carmen González Candela, donde expone que “el soporte psicológico es el tratamiento de primera línea, mientras que los psicofármacos, aunque eficaces y ampliamente utilizados, no son imprescindibles”.

En un ensayo controlado aleatorizado, se comparó el ejercicio físico guiado como una herramienta para facilitar la regulación de las emociones negativas, así como para restablecer rutinas de ejercicio saludables, y la terapia dietética enfocada en restablecer rutinas dietéticas saludables; no obstante, no resultó ser una opción terapéutica viable por la preocupación de que funcionara en entornos clínicos, el seguimiento de los pacientes, el personal capacitado y el riesgo de recaer en conductas obsesivas; sin embargo, el abordaje multidisciplinario con un nutriólogo y entrenador físico es de gran ayuda para establecer un estilo de vida sostenible y saludable, en conjunto con la TCC (Mathisen *et al.*, 2017). Por otra parte, un ensayo clínico prospectivo confirmó la aceptabilidad por parte de los pacientes sobre los tratamientos de autoayuda guiada basados en la TCC. El 96% de los participantes elegibles aceptaron embarcarse en el tratamiento y 92% continuó hasta su finalización, 40% de los participantes lograron la abstinencia de los síntomas, y el número de episodios de atracones y purgas mejoró significativamente (Setsu *et al.*, 2018). En cuanto al costo-beneficio de la terapia cognitivo conductual, se esquematiza respecto al número de sesiones requeridas dentro del tratamiento, con un promedio de 15 a 20 sesiones que pueden ser costeables para los pacientes y la familia; en un ensayo clínico aleatorizado publicado en 2019 (Rodríguez), se concluyó que la relación coste-efectividad y coste-utilidad muestra que la TCC-GT es preferible al tratamiento farmacológico.

## Conclusiones

Con base en la investigación realizada, se concluye que, dentro de los TCA, la BN es una enfermedad grave, de carácter crónico y con una etiología multifactorial. Dada su complejidad, la detección temprana

de la BN favorece un mejor control de la enfermedad y el manejo de sus secuelas. Los criterios diagnósticos facilitan al personal de salud de primer contacto la detección y el inicio de una terapia precoz, que como se ha analizado, llevan a un mejor pronóstico.

En la actualidad, la TCC ha probado fungir como la base del manejo de la BN, sin embargo, se deberá tomar en cuenta la necesidad de individualización del manejo o tratamiento empleados en cada paciente, por lo que la reevaluación constante es vital en este trastorno.

Por último, es recomendable realizar estudios de mayor magnitud sobre los tratamientos de la bulimia nerviosa para así perfeccionar las intervenciones enfocadas a mejorar el estado de salud de las y los pacientes, no olvidando que lo ideal es la promoción y prevención a partir de campañas informativas, conferencias y charlas dirigidas a la población en riesgo.

Esta investigación recopiló y arrojó diversos resultados que pueden dar espacio a nuevas investigaciones dentro del grupo estudiado: la integración de diferentes terapias, como la terapia dialéctico conductual y la terapia de aceptación.

Concluimos con la necesidad de resaltar la importancia y urgencia de realizar estudios con una mayor magnitud en el tema, para así poder desarrollar y formular políticas públicas, tratamientos psicológicos y farmacológicos dirigidos a tratar a los pacientes que padecen bulimia. Es de suma importancia promover y promocionar la salud mental entre la población en general, hablar de los TCA y eliminar el estigma social que se le atribuye al tema, esto a partir de conferencias y talleres, como estrategia principal para la prevención de los TCA.

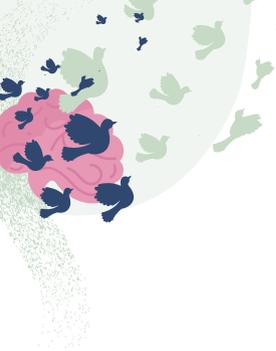
## Referencias

- Agras, W. S. (2019). Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arroyo-Izaga, M., Andía Muñoz, V., y Demon, G. (2016). Diseño de un programa de educación nutricional destinado a mujeres saharais residentes en los campamentos de Tinduf (Argelia). *Nutrición*

- Hospitalaria: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 33(1). <https://doi.org/10.20960/nh.25>
- Ayuzo-del Valle, N. C., y Covarrubias-Esquer, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86. Epub 27 de noviembre de 2020. Recuperado en 02 de abril de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tyt=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tyt=es).
- Barakat, S., Maguire, S., Surgenor, L., Donnelly, B., Miceska, B., Fromholtz, K., Russell, J. *et al.* (2017). El papel de la alimentación regular y el autocontrol en el tratamiento de la bulimia nerviosa: un estudio piloto de un programa de TCC de autoayuda guiada en línea. *Ciencias del Comportamiento*, 7(4), 39. <http://dx.doi.org/10.3390/bs7030039>
- Bello, N. T., y Yeomans, B. L. (2018). Safety of pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opinion on Drug Safety*, 17(1), 17-23. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1395854>
- Bermúdez Durán, L. V., Chacón Segura, M. A., y Rojas Sancho, D. M. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(8), e694. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.694>
- Castillo, M., y Weiselberg, E. (2017). Bulimia nervosa/purging disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.00>
- Celis Ekstrand, A., y Roca Villanueva, E. (2021). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33.
- Fairburn, C. (2017). *La superación de los atracones de comida*. Pardos.
- Gómez Candela, C. (2017). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 34(5). <https://doi.org/10.20960/nh.1562>
- Gorrell, S., y Le Grange, D. (2019). Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. *Eating Disorders in Child and Adolescent Psychiatry*, 28(4), 537-547. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.002>
- Hail, L., y Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: Prevalence and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 11-16. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135326>

- Hamdan Pérez, J. A., Melo Botina, A. D., Pérez Hormiga, M., y Bastidas, B. E. (2017). Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *RFS. Revista Facultad de Salud*, 9(1), 9-19. <https://doi.org/10.25054/rfs.v9i1.1827>
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal. Medicine Journal*, 50(1), 24-29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- Hay, P., Touyz, S., Claudino, A., Lujic, S., Smith, C., y Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalization and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.pub2>
- Jiang, M. Y., y Vartanian, L. R. (2016). The role of memory in the relationship between attention toward thin-ideal media and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 21(1), 57-64. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0196-x>
- Matheson, B. E., Gorrell, S., Bohon, C., Agras, W. S., Le Grange, D., y Lock, J. (2020). Investigating Early Response to Treatment in a Multi-Site Study for Adolescent Bulimia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 92. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00092>
- Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friberg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Svendsen, M., Stensrud, T., Bakland, M., Wynn, R., y Sundgot-Borgen, J. (2017). The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise –and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC. Psychiatry*, 17(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1312-4>
- Miller, A. E., Racine, S. E., y Klonsky, E. D. (2019). Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms. *Eating Disorders*, 1-14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642034>
- Monroy Fontalvo, T. P. (2012). Tratamientos integrales en el POS para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia. *Nuevo Derecho*, 8(10), 29-39.
- Perkins, N. M., y Brausch, A. M. (2019). Body dissatisfaction and symptoms of bulimia nervosa prospectively predict suicide ideation in adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(8), 941-949. <https://doi.org/10.1002/eat.23116>

- Rodrigues, A. M. G. D. L. (2022). *Impacto de vários tratamentos na redução do escaldão solar em maçãs Gala* (Doctoral dissertation, ISA). Secretaría de Salud (SSA), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), e Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19*.
- Setsu, R., Asano, K., Numata, N. *et al.* (2018) Un estudio piloto de un solo grupo de terapia conductual cognitiva basada en el tratamiento de autoayuda guiada para la bulimia nerviosa en entornos clínicos japoneses. *BMC. Res Notas*, 11, 257 <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3373-y>
- Terán, C. G. (2021). Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los ideales de belleza femenina. *UISEK*. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.22.2.38-55>
- Van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., y Covert, M. (2002). The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1007-1020. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00499-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00499-3)
- Vargas, B. M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Med. Cos. Cen.*, 70(607), 475-482.
- Wade, T. D. (2019). Recent Research on Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 21-32. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.002>



## ACERCA DE LOS COORDINADORES

### **Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz**

Licenciada y maestra en Psicología por el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON). Doctora en Educación por Nova Southeastern University – Florida. Licenciada en Derecho Burócrata. Diplomada en Terapia Familiar Sistémica. Profesora de tiempo completo del ITSON. Lleva dieciséis años trabajando en el área de la salud. Cuenta con cerca de 42 publicaciones (divididas en artículos de revistas, capítulos de libros, así como libros), como coordinadora y de autoría. Cuenta con reconocimiento del perfil prodep y pertenece al Sistema Nacional de Investigación (SNI).

### **Victor Alexander Quintana López**

Profesor de tiempo completo en la Facultad de Medicina Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California. Licenciado en Psicología por el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON), titulado. Maestro y doctor en Ciencias con especialidad en Nutrición y Salud Pública por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Línea de investigación: factores de riesgo asociados a la incidencia y reincidencia de cáncer de mama en mujeres. Entrenamiento en entrevista motivacional. Conferencista y tallerista a nivel nacional e internacional. Publicaciones en revistas internacionales y capítulos de libros. Ha realizado estancias académicas y culturales en México, España e Italia. Reconocido por el Colegio de Nutriólogos del Estado de Sonora como nutriólogo del año 2019 por su excelente trayectoria académica y profesional en el área de la nutrición y la investigación.

## **Mirsha Alicia Sotelo Castillo**

Doctora en Sistemas y Ambientes Educativos, maestra y licenciada en Psicología por el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON). Adscrita como profesora de tiempo completo al Departamento de Psicología desde el 2008. Profesora de la Licenciatura en Psicología e integrante del núcleo básico de la Maestría en Investigación Psicológica (PNPC), Maestría en Psicología (SNP) y Doctorado en Investigación Psicológica (PNPC). Integrante del cuerpo académico “Actores y Procesos Psicoeducativos” (Consolidado). La línea de generación y aplicación del conocimiento (LGAC) que cultiva es *Desarrollo de los estudiantes*. Ha sido responsable de proyectos relacionados con la evaluación del perfil del profesor universitario, percepción de aprendizaje, variables asociadas al rendimiento académico (autorregulación, motivación, autoeficacia, estrategias de aprendizaje), evaluación educativa de cursos en modalidad mixta, entre otros. Ha participado como autora y coautora en la publicación de artículos, libros, capítulos de libro y memorias en congreso en psicología y educación. Cuenta con reconocimiento del perfil PRODEP, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel 1 y es integrante de la Red Latinoamericana de Estudios sobre la Violencia.

## **Nadia Lourdes Chan Barocio**

Licenciada en Psicología y maestra en Investigación Psicológica por el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON), actualmente se encuentra estudiando el Doctorado en Tecnología Educativa en Centro Universitario Mar de Cortés, diplomada en Investigación por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), ha participado como autora y coautora en la publicación de artículos, capítulos de libro y memorias en congreso en psicología y educación. En la actualidad, es maestra en el área de psicología y responsable del área de formación de usuarios en el Departamento de Acceso al Conocimiento (ITSON).

El objetivo de *Salud mental y física en ambientes educativos* es compartir experiencias y sentar bases para diseñar estrategias de educación para corregir malos hábitos que afectan la salud mental y física de los estudiantes.

El libro consta de 11 capítulos a cargo de profesores, especialistas del área médica y algún estudiante, de licenciatura, especialidad y posgrado de diferentes instituciones del país. Los temas de los capítulos van desde la calidad del sueño, conductas alimentarias de riesgo, depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de posgrado, así como técnicas para mejorar el estilo de vida. También se incluyen temas sobre flexibilidad psicológica e ideación suicida, salud mental y física, calidad de vida después del COVID-19, y desórdenes alimentarios. Asimismo, trata del acoso laboral al personal que labora en las instituciones académicas; y se describe el efecto en el peso corporal en los estudiantes por el consumo de bebidas azucaradas; además trata sobre intervención educativa para mejorar la autoestima en estudiantes.

ISBN FONTAMARA  
978-607-736-844-1

